

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

KATYA CYANA COSTA FERREIRA TANAKA

**GRUPO TERAPÊUTICO PARA PACIENTES USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS EM UM CAPS II DE SÃO LUÍS-MA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

São Luís
2010

KATYA CYANA COSTA FERREIRA TANAKA

**GRUPO TERAPÊUTICO PARA PACIENTES USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS EM UM CAPS II DE SÃO LUÍS-MA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra.

São Luís
2010

Tanaka, Katya Cyana Costa Ferreira.

Grupo terapêutico para pacientes usuários de álcool e outras drogas em um CAPS II de São Luís-MA: relato de experiência. Katya Cyana Costa Ferreira Tanaka. - São Luís, 2010.

32 f.

Monografia (Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Álcool. 2. Drogas. 3. Intervenção terapêutica. 4. Psicoterapia. 5. Relato de experiência. I. Título.

CDU 615.851

KATYA CYANA COSTA FERREIRA TANAKA

GRUPO TERAPÊUTICO PARA PACIENTES USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM UM CAPS II DE SÃO LUÍS-MA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Janete Valois Ferreira Serra (Orientadora)

Mestre em Psicologia Social

Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

A Deus, todas as glórias, eterna fonte de luz e inspiração, sem o qual seria impossível viver e sobreviver.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida.

Aos meus pais, José Djalma Costa Ferreira e Raimunda Ferreira pela dignidade, amor e carinho dedicados a mim.

A meu querido esposo Kenji Tanaka e minha amada filha Mariana Tanaka, que tornam minha existência mais completa e feliz.

A meus irmãos, Mahatma Djalma, Symone Pacheco e Izabella Matos por todo o apoio e companheirismo.

À Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra, minha orientadora, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

A todos os usuários do CAPS, cada um em sua singularidade, contribuiu para meu crescimento profissional e pessoal.

A todos os meus colegas de turma, por oportunizar a troca de conhecimentos e de experiências.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram para a elaboração deste trabalho.

Os grupos de auto-ajuda têm como princípios básicos de funcionamento: 1. Compartilhar experiências; 2. educação/aprendizagem; 3. auto-administração; 4. aceitação da responsabilidade por si próprio; 5. existência de um objetivo único; 6. participação voluntária; 7. concordância na mudança de vida; e 8. anonimato e respeito pelos demais participantes do grupo.

(Neide Aparecida Zanelatto: Manuel Morgado Rezende).

RESUMO

Relato de experiência sobre o grupo terapêutico para pacientes usuários de álcool e outras drogas em um CAPS II de São Luís-MA, cujo objetivo consiste em descrever sobre o funcionamento do referido grupo. Relata-se a aplicação de técnicas terapêuticas a um determinado grupo de pacientes com finalidades e características próprias, com vistas a conduzi-los ao autoconhecimento, e à redução de determinados sintomas, promovendo assim, a melhora do seu quadro de sofrimento. Destaca-se os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, pois concebem os grupos terapêuticos como auxiliares no tratamento em saúde mental através da troca de experiências, melhor conhecimento do sofrimento psíquico do paciente, e percepção dos que também enfrentam o problema. Os resultados do estudo demonstraram que a utilização do grupo terapêutico contribuiu de forma efetiva não apenas para a criação de vínculos com o terapeuta, mas também com o próprio serviço oferecido, proporcionando uma maior perspectiva de adesão ao tratamento. De acordo com essa análise, as práticas desenvolvidas no contexto grupal foram muito importantes para a melhoria das relações familiares e sociais, assim como na reabilitação psicossocial dos sujeitos envolvidos. Consagra-se, pois, apesar das dificuldades, o importante papel do Grupo Terapêutico Renascer, acreditando-se na sua consolidação e atuação como um mecanismo auxiliar no tratamento das implicações mentais do grupo de pacientes, na medida em que adquiriu com o passar dos tempos, novas proposições, ultrapassando a sua finalidade inicial.

Palavras-chave: Álcool. Drogas. Intervenção terapêutica. Psicoterapia. Relato de experiência.

ABSTRACT

Experience report on the therapeutic group for patients who used alcohol and drugs in a CAPS II São Luís-MA, whose goal is to describe the functioning of that group. We report the application of therapeutic techniques to a particular group of patients with the purposes and characteristics, in order to lead them to self-knowledge, and the reduction of certain symptoms, thus promoting the improvement of its board of suffering. We highlight the Psychosocial Care Centers-CAPS, since they conceive therapeutic groups as auxiliaries in the mental health treatment through the exchange of experience, best knowledge of the patient's psychological distress, and perception of those who also face the problem. The study results showed that the use of group therapy contributed not only effective for the establishment of links with the therapist, but also with the service rendered, providing a greater perspective of adherence to treatment. According to this analysis, the practice developed in the group context were very important for the improvement of family and social relationships as well as the psychosocial rehabilitation of persons involved. Devotes itself because, despite the difficulties, the important role of the Therapeutic Group Reborn, believing in the consolidation and performance as an auxiliary mechanism for the treatment of mental implications of the group of patients, as it acquired with the passage of time , new propositions beyond its original purpose.

Key-words: Alcohol. Drugs. Therapeutic intervention. Psychotherapy. Experience report.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVO	21
4 RELATO DE EXPERIÊNCIA	21
4.1 Caracterização do campo	21
4.2 Caracterização dos sujeitos	22
4.3 Seleção das sessões	22
4.4 Análise da experiência	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A maneira de conceber e tratar a loucura sofreu grandes transformações no decorrer da história, ultrapassando um modelo hospitalocêntrico centralizado na instituição psiquiátrica e nos tratamentos morais causadores da exclusão e estigmatização do doente mental, para um novo modelo de atenção na saúde mental concebendo as pessoas portadoras de transtornos mentais como sujeitos de direitos (AMARANTE, 1997; ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Amarante (1997) aponta a incapacidade de o modelo hospitalar psiquiátrico, em atender (de forma prolongada) as pessoas em sofrimento psíquico, pois as mesmas eram submetidas a condições desumanas até o Século XX. O descontentamento com este modelo resultou num processo de transformações que impulsionou a Reforma Psiquiátrica em vários países, inclusive no Brasil. O movimento da Reforma Psiquiátrica tem como suas principais metas o fim gradual das instituições psiquiátricas e a criação de uma rede substitutiva de atenção à saúde mental que considere a liberdade e o acesso à cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Por sua vez, Tenório (2002) diz que a partir desse percurso, reflete uma mudança de paradigma, pois não se tratava mais de melhorar ou reformar as estruturas vigentes, mas da criação de novas tecnologias de cuidado demandando novos posicionamentos da clínica psiquiátrica. A finalidade maior passa a ser a substituição de uma saúde mental focada no hospital por outra.

É nesse contexto de amplos debates e mobilizações que começam a ser criados serviços de saúde mental com uma nova proposta alternativa ao modelo psiquiátrico tradicional, dentre eles, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que foram escolhidos como os novos dispositivos substitutivos na saúde mental para preencher as necessidades produzidas pelo fechamento das instituições psiquiátricas (CORRÊA, 1999).

De acordo com o Ministério da Saúde, o CAPS é um serviço de saúde vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), aberto, acolhedor e comunitário, que recebe pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico como psicoses, neuroses graves, e outros transtornos cuja gravidade ou persistência justifique a permanência

neste espaço de cuidado intensivo, personalizado e promotor da vida. Esse tipo de serviço conta com o apoio de uma equipe multiprofissional geralmente composta por psicólogo, psiquiatra, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, farmacêutico, terapeuta ocupacional, e outros profissionais que devem sempre estar compartilhando informações para a adequada construção do plano terapêutico de cada usuário, possibilitando um atendimento diferenciado (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde ainda ressalta que a oferta de atendimento à população de sua área de abrangência configura-se como o grande objetivo do CAPS, realizando ainda o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários através do fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2006).

O sistema de permanência dos usuários no CAPS segue a indicação do Ministério da Saúde em que, à medida que vai havendo uma melhora no quadro clínico, o projeto terapêutico vai sendo modificado, e sua permanência pode ser caracterizada por três modalidades de assistência:

- 1. Intensivo:** é um atendimento diário direcionado àqueles pacientes em grave sofrimento psíquico, que estão em crise ou com dificuldades intensas no convívio social e familiar, necessitando de atenção contínua.
- 2. Semi – intensivo:** o atendimento é realizado em até 12 dias no mês quando o paciente apresenta uma melhora em seu sofrimento psíquico, com uma possibilidade maior de relacionamento, mas que ainda demanda atenção direta da equipe.
- 3. Não – intensivo:** Quando o paciente não precisa de acompanhamento contínuo da equipe, podendo receber atendimento em até 3 dias no mês (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde um tipo de serviço como o CAPS pode oferecer diversos tipos de atividades terapêuticas aos usuários como: oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, artísticas, de orientação e acompanhamento medicamentoso, atendimento domiciliar e familiar, psicoterapia individual ou em grupo, e muitas outras (BRASIL, 2006).

Com tantas opções de atividades terapêuticas disponíveis, alguns autores como Lancetti (1993); Guanaes; Japur (2001) indicam que os atendimentos em grupos representam a nova configuração dos serviços em saúde mental, sendo, portanto, um dos principais recursos terapêuticos a serem utilizados nesses espaços.

Tal concepção vem de encontro à orientação do Ministério da Saúde de acordo com a Portaria nº 336/GM, de 2004, juntamente com a tendência mundial da Reforma Psiquiátrica, em que os atendimentos são realizados preferencialmente em

grupos, principalmente pelas possibilidades de trocas que o grupo proporciona a seus participantes, seja pelo nascimento de novas relações, e sentimentos de pertencimento e empatia com o outro (LANCETTI, 1993; GUANAES; JAPUR, 2001).

Para que um tipo de serviço da saúde mental como o Caps cumpra com a finalidade de não mais reproduzir o antigo modelo manicomial, é necessário que haja uma constante reflexão e questionamento sobre o trabalho e as práticas que nele estão sendo desenvolvidas, especialmente com relação às atividades que acontecem entre a equipe técnica e os usuários nos denominados grupos terapêuticos.

A definição de grupo, segundo o dicionário consiste na “reunião de pessoas, coisas ou objetos que se abrangem no mesmo lance de olhos ou formam um todo” (FERREIRA, 2004). Para Rodrigues (1999) o grupo representa a junção de duas ou mais pessoas que interagem e partilham objetivos comuns, possuem uma relação estável, são mais ou menos independentes e percebem que fazem de fato parte de um grupo. Ainda que coerentes, as definições acima não satisfazem completamente a nossa compreensão do que representa um grupo.

Existem vários tipos de grupos na sociedade, com diferentes composições e finalidades e características próprias. Munari; Furegato (2003) afirmam que grande parte das atividades desenvolvidas pelos seres humanos é realizada em grupo, sendo o seu estudo muito importante. Assim, o grupo a que este estudo se refere possui propriedades mais específicas, como os nomeados grupos terapêuticos.

Para Vinogradov; Yalom (1992) o grupo terapêutico tem como característica primordial, a aplicação de técnicas terapêuticas a um grupo de pacientes. As interações entre os participantes e de cada um com o terapeuta, ocorrem em um *setting* de grupo com uma duração que varia de acordo com os objetivos desejados. O próprio grupo e as intervenções realizadas pelo terapeuta servem como uma ferramenta para a mudança.

Os autores anteriormente citados, indicam a existência de uma abrangência da terapia de grupo e que há numerosos exemplos de grupos realizados que utilizam esta técnica, destacando-se os da área da saúde como os realizados em hospitais, ambulatórios, e de forma mais específica, na área de saúde mental.

Ressaltam Vinogradov; Yalom (1992) que as especificidades que distinguem o grupo terapêutico de outros grupos como os de auto-ajuda, de apoio ou operativos, é o instrumento terapêutico do *setting* grupal. A relação proporcionada pela

convivência no grupo auxilia o aprendizado dos participantes a lidarem com os sentimentos despertados no mesmo (inveja, competição, medo, agressividade e outros). Para Guanaes; Japur (2001), o grupo é um espaço adequado para a exploração da subjetividade, ao possibilitar a reprodução de papéis e relações vivenciadas no dia a dia.

Bechelli; Santos (2004) esclarece que Joseph Pratt é considerado o criador da psicoterapia de grupos, pois através de sua atuação em um contexto hospitalar, criou um grupo com pacientes diagnosticados com tuberculose, e estabeleceu uma nova forma de cuidar, indicou a necessidade de se ir além dos cuidados clínicos, forneceu orientações sobre como enfrentar a doença de forma positiva.

Esta proposta foi sendo empregada em variados contextos nos Estados Unidos para o tratamento não apenas de pacientes com tuberculose, mas também com pacientes portadores de doenças mentais. Pratt utilizava uma metodologia com o formato de aulas, destacando os seguintes princípios “da universalidade, aceitação e instilação de esperança” (Pratt apud Bechelli; Santos, 2004).

Lazell¹ foi um dos pioneiros na realização de trabalho com grupos com pacientes esquizofrênicos, também fazendo uso do formato de aula discutindo diversos assuntos como, por exemplo, amor-próprio, medo da morte, numa perspectiva psicanalista. Enquanto isso, Marsh², iniciou o trabalho com grupos de pacientes com diagnósticos completamente diferentes um do outro (heterogêneos). Marsh e Lazell desenvolviam a terapia de grupo com pacientes internados, Burrow³ o realizava em nível ambulatorial com pacientes não psicóticos, e em 1925, o mesmo concebeu o termo análise de grupo (BECHELLI; SANTOS, 2004).

De acordo com os autores citados anteriormente, na segunda metade dos anos 20, Metzel⁴ elaborou um sistema de aconselhamento em grupo com pacientes alcoólatras, e a maior parte das proposições acolhidas tempos depois nos Alcoólicos Anônimos, foi baseada em seu sistema.

Na década de 30, a psicanálise exercia uma influência muito significativa na psicoterapia de grupos. Contudo, a sua utilização com pacientes internados era limitada e cheia de dificuldades. Nesse mesmo período, Wender; Schilder⁵ fizeram

1 Médico Clínico Geral que utilizou a abordagem psicanalítica no manejo terapêutico com grupos.

2 Exerceu a função sacerdotal em um hospital psiquiátrico, graduando-se em Medicina, posteriormente.

3 Psicanalista, criou o termo Análise de Grupo.

4 Pioneiro no trabalho com grupos de pacientes Alcoólatras.

5 Médicos psiquiatras, pioneiros na utilização da Terapia de Grupo.

uso da terapia de grupo como um dos recursos para o tratamento daqueles pacientes com doenças mentais consideradas como não graves. Na década de 30, Schilder começou a psicoterapia de grupos no atendimento ambulatorial. Em 1933, Lewin, fundou o Centro de pesquisa para Dinâmicas de Grupo, desenvolvendo neste espaço, estudos experimentais sobre as relações humanas (BECHELLI; SANTOS, 2004).

Segundo Bechelli; Santos (2004), até a Segunda Guerra, a procura pelo atendimento com um profissional da área de saúde mental era analisada com desconfiança e preconceito, como se fosse um comprovante do fracasso da pessoa, sendo motivo de vergonha para a família e um rótulo para a sociedade. Entretanto, com as transformações oriundas da guerra, houve a modificação desse paradigma, ocorrendo uma maior necessidade de assistência psicológica. Além disto, havia um número reduzido de psicoterapeutas, o que deu um grande impulso à psicoterapia de grupos que desde esse momento, começou a ser considerada como um importante recurso terapêutico.

Houve um período de desenvolvimento, em que a psicoterapia de grupo atravessou momentos de expansão teórica nas décadas de 1950 e 1960, e a seguir se consolidou na década de 1970 e de amadurecimento nas décadas de 1980 e 1990.

A aceitação desta modalidade de tratamento se expandiu, e se desenvolveu em diversos setores contemplando, não apenas aqueles direcionados ao atendimento de pacientes da saúde mental, mas também nos setores público e privado, assim como na assistência a pacientes com diversas condições médicas, acompanhados em ambulatórios e hospitais gerais, e a população em geral amparada por organizações comunitárias de auto-ajuda (BECHELLI; SANTOS, 2004).

Aos poucos, outras abordagens como a Gestalterapia, a Cognitivo-Comportamental e a Humanístico Existencial passaram a ser incorporadas à psicoterapia de grupo. Atualmente encontra-se grande variedade de modelos de tratamento em várias abordagens.

De forma breve, pode-se dizer que a psicoterapia de grupo de forma gradual passou a se estruturar de acordo com o número de participantes; freqüência e duração das sessões; grupos homogêneos e heterogêneos; admissão ou não de novos membros; regras e preparo de pacientes e o emprego conjunto com a psicoterapia individual (BECHELLI; SANTOS, 2004).

Nas últimas décadas, diversas técnicas dessa modalidade de atendimento têm sido organizadas para o atendimento de populações específicas de pacientes, com as mais diversas características médicas e sociais, evidenciando-se uma tendência de crescente interesse, assim como mudança acentuada rumo a uma maior especificidade de tratamento.

Entretanto, tal tendência não revela a superioridade desta modalidade em relação às demais técnicas psicoterapêuticas, ainda que a mesma seja tida como mais vantajosa no uso da psicoeducação, na abordagem aos transtornos psiquiátricos e psicológicos (BECHELLI; SANTOS, 2004).

Para Bechelli; Santos (2004) , grupos com participantes apresentando a mesma condição costumam facilitar: a identificação, a revelação de particularidades e intimidades, a oferta de apoio ao semelhante, a construção de objetivos comuns, a redução de diferenças, e ainda: diminuem o isolamento social e possível estigma imposto pela própria.

A princípio, todos os grupos contêm os mesmos elementos, os quais podem ser empregados em diferentes combinações. Nesse sentido, novos modelos de grupo têm sido propostos. Assim, o grupo terapêutico é atualmente muito utilizado, e um dos seus principais objetivos segundo Angerami (1994), independente de sua orientação teórica, consiste em conduzir o paciente ao autoconhecimento, ao autocrescimento e à extinção de determinados sintomas.

Cordioli (1995) ressalta que a percepção de outros com as mesmas dificuldades e que já apresentam uma melhora em seu quadro de sofrimento, acaba servindo de estímulo aos demais pacientes a se empenharem a querer ultrapassar suas próprias dificuldades. Atualmente o grupo terapêutico é amplamente utilizado em contextos de saúde mental, especialmente em CAPS, evidenciando sua gradual aceitação como forma válida de tratamento psicológico. Através do grupo terapêutico, os pacientes trocam experiências entre si, conhecem melhor seu sofrimento psíquico, e percebem também que outros o enfrentam (MELO FILHO, 2000).

Sobre a psicoterapia fenomenológica existencial, Camon (1998) pontua que esta surgiu no início do século XX, com as abordagens humanistas e existenciais como uma tentativa de superar certa insatisfação com a psicanálise, tanto em relação a seus resultados clínicos quanto com seus postulados teóricos, buscando também respostas sobre algumas questões da existência humana. Acrescenta ainda que os

primeiros psicoterapeutas a utilizarem esta abordagem foram: Erwin Strauss e V.Gebstall na Alemanha; Eugene Minkowsky na França; Ludwig Binswanger, A.Stroch, Medard Boss, G.Bally e Roland Kuhn na Suíça; e J.H.Van Den Berg, F.Butendijk na Holanda.

Entretanto, Camon (1998) destaca que um dos grandes pioneiros na utilização dos princípios existencialistas e fenomenológicos na terapia de grupos foi Jacob. L. Moreno, ao criar a técnica do Psicodrama, retratando uma nova forma de atendimento, diversa da utilizada até então pela psicanálise centrada no uso do divã para a busca de novas possibilidades na relação terapêutica, considerando: a existência humana, a intencionalidade da consciência e ação, o encontro entre os membros do grupo, e principalmente a espontaneidade.

Vale lembrar que Carl Rogers, muito contribuiu para a crescente utilização de grupos terapêuticos na abordagem fenomenológica existencial, sendo considerado um dos seus mais influentes incentivadores ao criar os chamados “Grupos de Encontro” que seriam grupos vivenciais.

Em tais grupos, acompanhando os pressupostos da Terapia Centrada no Cliente, o facilitador (terapeuta) privilegiava o processo de relações estabelecidas entre os participantes e a recriação da singularidade por meio do encontro e do confronto entre as diferenças. O trabalho era centrado na relação fenomenológica entre o facilitador (Terapeuta) e os membros do grupo, e não na aplicação de teorias e técnicas (CAMON, 1998).

Segundo Davidoff (2001) a psicoterapia de grupos na abordagem fenomenológica existencial se desenvolveu muito desde então, especialmente por seu grande uso na Terapia Centrada no Cliente ou na Gestalterapia, outras vertentes dessa mesma abordagem, sendo atualmente muito utilizada em diversos países. Destacando – se que aproximadamente, cerca de 15% dos psicólogos seguem esta orientação nos EUA.

Na concepção de Aranha (1986); Penha (1998) tratar da psicoterapia fenomenológica existencial tanto em sua forma individual ou em grupos é falar do Existencialismo e da Fenomenologia, que lhe dão sustentação. O existencialismo é uma corrente filosófica que traz fundamentos para se entender o homem, sua estrutura básica (aspectos que fazem o homem ser homem), suas angústias e forma de ser e de se relacionar com o mundo, com os outros homens, seres e coisas.

De acordo com Angerami (2002) o existencialismo embasa as práticas da psicoterapia individual e grupal com uma concepção de homem que só existe enquanto "ser-abertura", e "ser-com", ou seja, é um ser que se relaciona e é afetado pelo mundo. Portanto, o olhar para o ser humano é sempre centrado em suas relações e no modo como é afetado por elas.

A fenomenologia, de acordo com Piccino (2000) por sua vez, é o caminho a seguir nas práticas psicoterápicas, ou seja, é o método, trazendo uma nova maneira de estudar o homem, utilizando-se ele próprio como referência e não os modelos teóricos. Por sua vez, a psicoterapia fenomenológica existencial tem como objetivo facilitar no cliente o autoconhecimento, uma autonomia psicológica suficiente para que ele possa assumir livremente sua existência (CARVALHO, 1988).

Para Angerami (2002), não há a utilização de técnicas destinadas à "cura", mas sim intervenções cuja finalidade principal é ajudar o crescimento pessoal e facilitar o encontro do indivíduo com a autenticidade da sua existência, de forma a assumi-la e a projetá-la mais livremente no mundo. Em qualquer caso, o centro é o indivíduo e não a sua dificuldade ou doença.

Considerando-se que não existe uma, mas várias propostas de psicoterapia existencial serão abordadas, de forma sucinta, alguns de seus objetivos mais gerais, destacados por Piccino (2000); Angerami (2002):

- 1. Redução fenomenológica:** Trata-se da suspensão de nossos conhecimentos, ou seja, por entre parênteses nossos pré- conceitos e pré-juízos. No momento do encontro com o cliente não deve haver julgamentos.
- 2. Relação terapeuta-cliente:** É o acolhimento dos conteúdos do cliente, é o "estar - com", face a face, o respeitando, aceitando e acompanhando no caminho que ele escolher, esclarecendo sua responsabilidade pela escolha.
- 3. Diálogo:** Tirar a ilusão de que o terapeuta detém um saber prévio, é assumir um desconhecimento que facilite o revelar-se.
- 4. Contrato:** Geralmente é feito na primeira sessão, devendo ficar claros os papéis do terapeuta e cliente no processo psicoterápico e início do vínculo.
- 5. Visão, audição e fala autênticas:** A visão autêntica é olhar para o outro e percebê-lo, é ir além do verbal. O ouvir terapêutico é a busca de significado e o que está além dele. A fala autêntica é a que permite o desdobramento dos sentidos, resignificações e mudanças.
- 6. Facilitação da autenticidade:** Processo gradual de auto-compreensão com a finalidade do cliente vi-a-ser mais verdadeiro e coerente consigo mesmo.
- 7. Clarificação de ações futuras:** Facilitação da abertura a novas possibilidades de vir-a-ser, diferente da desenvolvida até então.
- 8. Encontro existencial:** Trata-se da promoção do confronto e re- avaliação da compreensão que o indivíduo tem da vida, dos problemas e dos limites impostos ao seu estar no mundo.
- 9. Confronto existencial:** É o esclarecimento da inevitabilidade da morte, da liberdade de escolha, da solidão e de sentido para a vida.

10. Abertura existencial: O foco é a autoconsciência, enquanto consciência de si mesmo para favorecer o aumento do potencial de escolha.

No decorrer da história, o tratamento dos pacientes com transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas esteve relacionado à assistência psiquiátrica, que como vislumbramos anteriormente, caracterizava-se pela violação dos direitos humanos e má qualidade dos serviços, centrada num modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2004).

Segundo Amarante (2001) os debates e mobilizações acerca da dependência química são fatos recentes. Enfatizando que em um tempo não tão distante, o termo dependência se referia de forma específica somente às complicações clínicas do consumo, desconsiderando outros aspectos de igual relevância, como os comportamentais (psicológicos) e sociais; nesse período, a dependência era tratada com um cunho essencialmente médico-moral.

De acordo com aquele autor, foi apenas na segunda metade do século XX, que a dependência química principiou a ser estudada como um transtorno mental, não mais como um problema moral. Com a influência da reforma psiquiátrica no Brasil, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 224/1992(Brasil, 2004) passou não apenas a financiar, mas também a normatizar novos serviços de saúde mental, incentivando e priorizando o tratamento ambulatorial de caráter interdisciplinar.

Surgiram assim a partir da iniciativa do Ministério da Saúde, como já destacado anteriormente, os CAPS, e de forma especial, os CAPS ad em nosso país, especialmente em decorrência da necessidade de enfrentamento dos problemas originados pela dependência química.

Com a redefinição no âmbito federal dos CAPS através da portaria GM/MS nº 336 (Brasil, 2004), são criados em todo país, os CAPS ad, caracterizados como um serviço de atenção psicossocial direcionado ao atendimento de pacientes com transtornos relacionados ao álcool e outras drogas.

Atualmente, os CAPS, e de forma mais específica, os CAPS ad segundo o Ministério da Saúde, são os locais estratégicos para o atendimento da dependência em álcool e outras drogas. Tais serviços propõem o acolhimento à população de seu território que demandam atenção em saúde mental, e mais particularmente no campo da dependência química.

Na opinião de Jungerman; Laranjeira (2001) a existência de uma equipe multidisciplinar para o atendimento nesses espaços, é um aspecto favorável por trazer uma nova forma de trabalhar a questão da dependência química. Nesse contexto, destaca-se o profissional da psicologia, cujo papel tem adquirido grande importância nas diversas modalidades de atendimento ali existentes, pois além das atribuições específicas próprias da profissão, têm ainda a possibilidade de atuar junto à clientela em grupos, dentre outras possibilidades terapêuticas.

Em tais espaços, o psicólogo pode estar contribuindo para a promoção da saúde mental em seus vários aspectos, como no trabalho da prevenção, reabilitação e integração social dos usuários.

Refletindo que os CAPS e CAPS ad são serviços ainda recentes e que devido à atuação do psicólogo nesses espaços, é provável que o mesmo seja um dos profissionais que estabelecem um contato mais próximo com os usuários, destacando que as relações estabelecidas com o psicólogo, seja no atendimento individual ou grupal, são apontadas como um fator que influencia de maneira positiva na adesão e nos resultados do tratamento (Salvendy, 1996).

No entendimento de Jungerman; Laranjeira (2001) a falta de adesão ao tratamento é um dos grandes obstáculos na clínica de pacientes usuários de álcool e outras drogas, ressaltando-se, portanto, nesse processo, a importância da utilização do grupo terapêutico como um instrumento que viabilize a criação de vínculos do paciente não apenas com o terapeuta, mas principalmente com o serviço, fator considerado como mais importante à adesão.

Guanaes; Japur (2001) também contribuem dizendo que a observação de diversos aspectos do funcionamento grupal favorece o reconhecimento daquilo que colabora para que o grupo funcione, considerando-se os objetivos para os quais ele foi criado. Portanto, torna-se conveniente esclarecer o representativo papel do grupo terapêutico como um instrumento de reabilitação e reinserção social dos usuários em álcool e outras drogas em um espaço como o CAPS, uma vez que pode contribuir para a adesão ao tratamento, complementa Salvendy (1996).

2 JUSTIFICATIVA

Decorrente das observações e vivências adquiridas pela pesquisadora durante período de atividade profissional no CAPS II, local onde a mesma organizou e conduziu um grupo terapêutico para usuários de álcool e outras drogas, experiência que considera enriquecedora, na medida em que teve a possibilidade de averiguar a importância deste instrumento para a adesão ao tratamento.

A relevância deste relato se justifica pela necessidade de reconhecimento do grupo terapêutico como elo entre pessoas que se sentem identificadas por algumas características semelhantes entre si, e se unificam quando se dão conta que tem condições de se ajudarem reciprocamente.

Outro ponto a considerar diz respeito à necessidade de reconhecimento do profissional terapeuta (psicólogo), que com sua capacidade de liderança, consegue por meio de técnicas específicas, propor e não impor ao grupo, situações que visam ajudar os participantes a alcançar os seus objetivos de crescimento pessoal.

Autoconhecimento, o aumento de sensibilidade, incremento da auto-estima, melhoria da auto-imagem e da capacidade de relacionamento interpessoal, eliminação de preconceitos, assim como ruptura de paradigmas, liberação da criatividade e aumento da capacidade de percepção, são algumas das possibilidades de superação proporcionadas por este profissional que justificam a importância de sua inserção e efetiva participação nos grupos terapêuticos.

3 OBJETIVO

Descrever o funcionamento de um grupo terapêutico de pessoas usuárias de álcool e outras drogas em um CAPS II de São Luís – MA.

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

4.1 Caracterização do campo

É um CAPS tipo II, de acordo com a classificação do Ministério da Saúde (Portaria 336/GM), situado em São Luís-MA, localizado no Monte Castelo, um dos bairros mais antigos da cidade, funcionando em uma casa de dois pavimentos, com

pequeno terraço, recepção, 1 sala de acolhimento e vídeo; 1 sala de Enfermagem; 1 sala do Serviço Social; 1 sala da Psiquiatria; 1 sala da Farmácia; 1 sala da Psicologia; 1 sala da Terapia Ocupacional; 1 sala da Psicopedagogia; 1 sala da Administração; 1 sala de Arquivo; 5 banheiros; 1 cozinha; 1 piscina e 2 áreas cobertas. A carga horária dos profissionais é de 25 horas semanais, com um fluxo de atendimento de 60 pacientes por mês. O horário de funcionamento é das 08:00 h às 17:00 h.

4.2 Caracterização dos sujeitos

Eram oito pacientes usuários de álcool e outras drogas, provenientes do Regime Intensivo, e que estavam iniciando o tratamento no CAPS. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (apenas uma do sexo feminino), na faixa etária compreendida entre 20 a 45 anos. Pertencentes à classe social de menor poder aquisitivo, possuem pouca escolarização, tendo grande parte deles, apenas o ensino fundamental completo. No que se refere ao estado civil, eram solteiros e/ou separados e sobre a atividade profissional, estão inseridos no mercado de trabalho informal.

4.3 Seleção das sessões

A escolha das sessões a serem descritas foi um processo árduo e difícil em face da grande riqueza de material disponível, destacando ainda, um volume acentuado daquelas. Diante desse quadro, optou-se pela escolha da primeira e da penúltima sessão. A opção pela primeira sessão se deu por considerá-la como muito importante para o estabelecimento dos primeiros contatos vinculares e afetivos não apenas com o terapeuta do grupo, mas também entre os próprios membros, enquanto que a penúltima, foi escolhida por assumir igual importância uma vez que, em virtude do tempo já percorrido, as relações estavam mais aprofundadas.

4.4 Análise da experiência

O grupo terapêutico foi criado em março de 2007, após uma reunião da equipe técnica do CAPS. Ficando estabelecido o seu funcionamento em duas vezes na semana. Na segunda-feira, momento em que se trabalharia com recaídas acontecidas no final de semana, destacando a liberdade dada ao grupo para abordar qualquer outro aspecto que necessitasse. Na sexta-feira, como uma estratégia de prevenção a possíveis recaídas nos finais de semana. A duração das sessões ficou estipulada em 40 minutos, antes do horário do lanche, de acordo com a demanda do grupo, esse tempo poderia ter pequenos acréscimos. Ao todo foram realizadas 150 sessões.

Torna-se conveniente esclarecer que houve um primeiro contato da terapeuta antes da primeira sessão com os futuros membros do grupo terapêutico na sala de acolhimento e após execução de vídeo do CAPS, quando ficou estabelecido quais pacientes seriam acompanhados pela psicóloga (terapeuta), que no caso seria também a profissional de referência dos mesmos.

Nessa primeira conversa houve o convite para fazer parte do grupo terapêutico, com o esclarecimento de sua importância para uma satisfatória efetividade do tratamento, mas deixando claro o respeito pela liberdade de escolha em querer dele fazer parte ou não, pois de qualquer forma haveria o momento do atendimento individualizado segundo as normas de funcionamento do CAPS, ou seja, todos os pacientes deveriam ser atendidos segundo a sua necessidade, pela indicação da equipe técnica ou em casos de agravamento de suas condições psíquicas.

Ressalta-se que na ocorrência da primeira sessão, houve um momento escolhido como o mais apropriado para que fosse realizada uma apresentação de maneira informal, inclusive do terapeuta, e a construção conjunta do contrato terapêutico do grupo.

Apresenta-se abaixo a descrição das sessões já especificadas, pontuadas por algumas considerações da abordagem fenomenológica existencial.

1ª Sessão

A terapeuta, inicialmente, explicou aos participantes que eles estavam ali, naquele espaço, com a finalidade de favorecer um autoconhecimento, para que se

assim desejassem, modificassem alguns aspectos de suas vidas que consideravam lhes trazer prejuízos, danos ou sofrimento, como por exemplo, nas áreas da saúde, trabalho, relações afetivas, dentre outras que considerassem importantes.

Esclareceu-se inicialmente, que o grupo foi criado como uma estratégia de “prevenção” a possíveis recaídas nos finais de semana, mas que a sua finalidade não se encerrava nesse objetivo, pois outras questões poderiam ganhar igual importância de acordo com as necessidades colocadas pelo grupo. Foi dado um destaque maior para a importância da responsabilidade de cada um nas escolhas e decisões a serem tomadas.

Informou-se que nesses encontros, todos tinham a liberdade de se colocar, expressar suas opiniões, emoções, sentimentos, sem perder o respeito e o sigilo. A terapeuta esclareceu que não era uma “professora” como um dos membros tinha se referido à mesma antes do início do encontro, pois não estava ali para “ensinar”, ou “dar aulas”, mas sim para ouvi-los e facilitar a condução das conversas, e principalmente para aprender com eles.

Alguns participantes sugeriram que o grupo recém formado tivesse um nome, ficando acertado que essa escolha seria realizada na sessão seguinte, através de votação. Assim sendo, o nome escolhido para o grupo foi “Renascer”. Foi firmado o contrato terapêutico pelo grupo e duas questões foram colocadas como inegociáveis: o respeito e o sigilo. Algumas questões surgidas nesta sessão serão descritas abaixo:

a) Silêncio

Todos permaneceram em silêncio. Um silêncio manifesto não apenas na dificuldade da expressão verbal, mas também visual, no desvio dos olhares, cabeças cabisbaixas, pernas cruzadas.

O autor Angerami (2002) considera que o objetivo do trabalho terapêutico “é fazer com que o cliente se revele e há um evitamento de se mostrar seja nas falas ou no olhar dos participantes, indicando um medo da crítica, do julgamento, da não aceitação”, tornando claro que:

Para algumas pessoas, estar num grupo diferente dos que costuma freqüentar, como por exemplo, a família, é algo extremamente desagradável, pois representa algo novo, diferente. E as novidades nem sempre são bem aceitas quando o indivíduo experimenta uma existência acomodada, com medo do vir-a-ser. Contudo, às vezes o próprio silêncio fala por si, ou seja, revela algo que está para além das palavras, sendo, portanto, uma forma de comunicação a ser constantemente observada (Angerami, 2002).

b) Ansiedade

Apresentavam sinais corporais de ansiedade: pés e mãos agitados e inquietos.

Para Angerami (2002) a ansiedade faz parte da existência humana, e de forma inevitável, estamos sempre nos confrontando com ela, e dependendo do momento, a mesma pode ser vivenciada de maneira mais ou menos intensa, como em situações de perdas, situações novas, dentre outras. Não se trata de negar ou camuflar os sentimentos que surgem, mas de entrar em contato com os mesmos, aceitando-os como fazendo parte da própria realidade do existir.

c) Dependência química

A terapeuta lançou a indagação de como iniciaram o uso de substâncias psicoativas. Na ocasião, todos responderam ao mesmo tempo e, por esse motivo, foi solicitado, que cada um falasse por vez. Ao final, pode-se evidenciar que:

A maioria mencionou o uso de drogas como uma forma de “fuga” e de “alívio” do sofrimento originado dos problemas afetivos e ou profissionais. Com exceção, dois participantes mais jovens, que relataram o uso “por curiosidade, “lazer”, e “diversão”.

Segundo os princípios fenomenológicos existenciais (Angerami, 2002) discorre que o dependente químico não adocece (em termos psíquicos) porque começou a usar drogas, mas, por estar “doente” existencialmente faz do seu uso, uma tentativa de “curar” suas dores, anestesiando seu sofrimento e bloqueando a possibilidade de se conhecer melhor e crescer através do contato direto com as mesmas.

Nessa abordagem, a droga consumida é para seu consumidor, sem que ele tenha consciência plena disso, o significado de um “remédio”, ou melhor, de um

“mau remédio”, pois são conhecidas as graves conseqüências do seu uso e dependência nos mais variados aspectos.

Coube à terapeuta esclarecer que a relação com droga não irá resolver seus problemas, nem as crises existenciais, pelo contrário, servirá apenas para o seu acobertamento ou para o surgimento de outras até mais graves.

Ao final da sessão, muitos participantes verbalizaram certa surpresa de como era fazer parte de um grupo terapêutico, que em suas concepções representava “algo chato”, “conversa mole”, etc., e depois dessa primeira experiência, consideravam como “uma coisa legal”, “de poder falar tudo”, “desabafar”. A sessão foi encerrada após 48 minutos de duração, sob aplausos do grupo.

Penúltima sessão

O clima na sala onde se realizavam os encontros do grupo terapêutico era de descontração. Muitos pacientes comentavam os acontecimentos do final de semana. Uns falavam e riam muito alto. Percebia-se que o grupo já tinha criado e estabelecido uma forma própria de existir e se relacionar, ou seja, era um grupo com sua própria história, seu percurso, suas dificuldades e satisfações, enfim, único em suas especificidades.

Antes do início da sessão, um dos participantes pediu para cantar uma música que gostava muito e que quando estava no culto da Igreja, o fazia lembrar-se do momento em que estava com o grupo terapêutico. Seu canto se iniciou, e logo um clima de emoção se apoderou do grupo. Alguns choravam, outros tentavam acompanhar o canto, enquanto outros permaneciam de olhos fechados apenas escutando. Após o término da canção, todos sentaram e ficaram quietos.

A terapeuta, respeitando esse momento do grupo, resolveu esperar um pouco antes de dar início à sessão. Passados cinco minutos, notou-se que já surgiam conversas entre alguns participantes. Nesse momento, a terapeuta iniciou indagando sobre o final de semana de cada um. Dois pacientes relataram o uso de álcool e merla. Destacando que foram esses mesmos pacientes que mais se mostraram muito emocionados no momento em que ouviam a canção religiosa, chorando (depois procuraram o atendimento individual com a psicóloga de referência).

Outros temas e questões surgiram sendo compartilhados e discutidos pelo grupo, tais como:

a) Solidão

Esse tema foi abordado pela única mulher do grupo, além da terapeuta, através da verbalização:

“Tenho medo de ficar sozinha no mundo”, pois segundo a mesma não tinha filhos e fora abandonada pelo antigo companheiro que “a trocou por outra”.

A terapeuta pontuou que o homem se caracteriza como um ser social, que está inserido numa dada sociedade, sempre se relacionando com o outro, mas apesar da solidão não ser uma experiência agradável, ela pode também indicar novas possibilidades à existência humana, sendo uma delas a possibilidade de se libertar da necessidade do outro, encontrando prazer e bem-estar em sua própria companhia (CAMON, 1998). A cliente respondeu que:

“Nunca tinha pensado dessa forma” e que “sua única companhia fiel até então, tinha sido a cachaça”.

Outro participante também se pronunciou dizendo que:

“Ainda tinha esperanças que sua ex esposa voltasse para ele, depois que abandonasse a merla.

Nota-se em seu discurso, além do medo da solidão, uma tendência ao adiamento de decisões e escolhas, não agindo, não escolhendo e permanecendo no mesmo caminho.

b) Rigidez existencial

Numa pequena discussão sobre relações afetivas, um dos pacientes fez o seguinte relato:

“Eu não deixava minha ex mulher trabalhar, pois mulher minha não trabalha fora de casa.”

Existem pessoas que vivem em si – mesmos, e seus critérios são utilizados como sendo o referencial de verdade absoluto, e qualquer situação que vá de encontro ao que acredita ser verdadeiro e único, adquire conotações negativas,

persecutórias, pois se colocam no centro de tudo, e todos estão errados ou estão contra ele, ou têm uma inveja muito grande de sua pessoa (TORRES, 2003).

Coube à terapeuta mostrar-lhe que existe o outro numa relação, descentrando o referencial do cliente de si mesmo, na aceitação de outros pontos de vista que não exclusivamente os seus.

c) Minimização do sofrimento

Ao falar do uso da droga, um dos pacientes se pronunciou dizendo:

“Perdi tudo o que tinha. Anos de trabalho jogado fora. Mas isso não foi tão ruim, um dia consigo recuperar minhas coisas novamente”.

Outro também se manifestou da seguinte forma:

“Até que sentia medo em fritar (usar Merla), mas o barato que ela dá, faz a gente esquecer-se de tudo, até de morrer.”

Segundo os pressupostos fenomenológicos existenciais, na maioria das vezes, minimizarmos a dor, é uma estratégia que permite o alívio. Contudo, a fuga da dor resultará numa vivência inautêntica, já que essa tentativa de diminuir a dor ocorre para não se entrar em contato com a realidade exatamente da forma que ela é (ANGERAMI, 2002).

Assim, coube à terapeuta apresentar a realidade como ela é, sem subterfúgios, mesmo que o cliente tenha a tendência a distorcê-la.

d) Responsabilidade e escolha

A respeito do tema acima, algumas falas foram apreendidas:

“A culpa por eu ser um viciado, é do meu pai que era um alcoólatra e me batia muito”.

“Que culpa eu tenho se me ofereceram drogas quando eu era mais novo?”.

“Para mim era melhor ficar doidão, entrar para a turma do que sofrer sozinho”.

Vislumbra-se em tais falas, o quanto é importante o terapeuta trabalhar com a questão da responsabilidade, esclarecendo ao cliente que a única coisa que pode mudar em sua vida, é ele mesmo, nunca as pessoas ou situações envolvidas em sua vida (TORRES, 2003).

Nesse sentido, o foco deve ser colocado nele, o cliente, invertendo-se a direção da ação, buscando-se trabalhar seus sentimentos e não algo fora dele, estabelecendo uma ligação entre o que se repete em sua história e o que ele faz para que tudo se repita.

Penha (1998) relata que escolher não é fácil, porque pressupõe decisões e renúncias. Quando se escolhe por algo, as outras opções geralmente são perdidas, ou seja, fazer a opção por uma coisa implica deixar de escolher outra.

Segundo Sartre apud Torres (2003), o homem é livre e consciente e assim se angustia na ação de escolher, ou seja, a angústia da liberdade é a angústia de fazer escolhas, significando assumir responsabilidades pela decisão que toma, e o indivíduo procura disfarçar tal condição fingindo escolher quando na verdade não escolhe.

Na penúltima sessão, a terapeuta esclareceu a todos que o trabalho com o grupo iria continuar, porém, em outro espaço e possivelmente com a orientação de um novo profissional que iria dar prosseguimento ao trabalho já iniciado, em decorrência de modificações na equipe do CAPS, por conta da demanda emergencial de profissionais para atuarem em uma nova modalidade de serviço de saúde mental recém criado: o CAPS ad.

A maioria dos pacientes demonstrou uma boa aceitação e compreensão desta mudança, porém, alguns verbalizaram sua insatisfação e talvez, insegurança, diante da nova realidade.

A terapeuta enfatizou a importância da existência deste serviço específico direcionado a pessoas usuárias de álcool e outras drogas, demonstrando suas vantagens, e pontuou que os maiores beneficiados seriam eles. Houve em seguida um pequeno debate a respeito do CAPS ad, onde muitas dúvidas foram esclarecidas.

Dois participantes, ao término da sessão, pediram o consentimento do grupo para realizar uma oração de agradecimento por todos os momentos vivenciados até aquele momento. Todos concordaram e se deram as mãos, fechando os olhos, seguindo a oração. Ao final, houve um emocionado abraço coletivo e como de costume, aplausos, encerrando a sessão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades encontradas para a formação e funcionamento do grupo terapêutico em estudo, em especial, as de ordem administrativa, acredita-se na sua consolidação e atuação como um mecanismo auxiliar no tratamento das implicações mentais do grupo de pacientes nele envolvidos.

Um aspecto que merece destaque é que o grupo foi criado inicialmente com o objetivo bem delimitado, o de prevenção a recaídas dos pacientes nos finais de semana, entretanto, com o passar do tempo foi adquirindo novas proposições, ultrapassando a sua finalidade inicial, ampliando de forma natural e espontânea os seus interesses.

Em decorrência do retorno dado pelos próprios participantes, através de suas verbalizações, justificadas pelo fato de se sentirem acolhidos e aceitos no grupo, por sua frequência e participação consideradas satisfatórias, pelo reduzido número de desistências e crescente adesão ao tratamento, assim como a melhoria nas relações familiares e sociais, considera-se que o grupo terapêutico apresentado, atingiu seus objetivos, o de atuar de forma terapêutica, auxiliando, portanto, na adesão ao tratamento. Tais considerações não descartam a ocorrência de falhas ou equívocos na condução do grupo por parte da terapeuta.

Um dos aspectos a se ressaltar nessa análise é a da abertura do grupo, ou seja, o fato do mesmo estar sempre admitindo novos participantes, havendo muita dificuldade em manter a coesão diante da entrada de novos membros, pois ocorria uma “quebra” tanto em nível afetivo, relacional e também no ritmo do trabalho.

Vale lembrar também que o trabalho com grupos, especialmente com dependência química, representa um grande desafio. Contudo, houve avanços e ganhos por conta do estabelecimento de um clima de cooperação e diálogo entre a equipe técnica e com os pacientes, assim como pelos esforços despendidos em conjunto por todos do CAPS.

Vislumbra-se, pois, a necessidade de constante capacitação do terapeuta de grupo, com estudos, pesquisas e práticas para que desempenhe melhor sua função. Uma supervisão adequada também se faz necessária para que se sinta mais seguro nas tomadas de decisões mais complexas.

REFERENCIAS

AMARANTE P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. Rio de Janeiro: Lemos, 1997.

_____; TORRE, E.H.G. A Constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: Análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde em debate**, V.25, n.58, p.26/34. 2001.

ANGERAMI, C. **Psicoterapia existencial**. São Paulo: Thompson Pioneira, 2002.

_____; C. O Psicólogo no hospital. In: _____. **Psicologia hospitalar**: teoria e prática. São Paulo: Pioneira, 1994.

ANTUNES, S. M. M.O.; QUEIROZ, M. S. A Configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil; uma análise qualitativa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 207-215, jan. 2007.

ARANHA, M.L.A. **Introdução à filosofia**. São Paulo: Moderna, 1986.

BEHELLI, L.P.C.; SANTOS, M.A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Rev. Latina – AM Enfermagem**, v.12, n.2, p.242- 9, mar./abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

_____. _____. _____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMON, A. **Psicoterapia existencial**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

CARVALHO, TEIXEIRA, A.M.; J.A. A posição fenomenológica e existencial em psicologia e psiquiatria. **Psiquiatria clínica**, v.9, n.1, p.33-43, 1998.

CORDIOLLI, A. V. **Psicoterapias**: abordagens atuais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

CORRÊA, J. M. **O doente mental e o direito**. São Paulo: Iglu, 1999.

DAVIDOFF, Linda L. **Introdução à psicologia**: 3. ed. Tradução de Lenke Peres. São Paulo, 2001.

FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 6. ed. Curitiba: Posigraf, 2004

GUANAES, C.; JAPUR, M. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 23, n.3, p. 134-40, 2002.

JUNGERMAN, F. S.; LARANJEIRA, R. Entrevista motivacional: a teoria e uma experiência de sua aplicação em grupos. IN: FOCCHI, G.R.A. et al. **Dependência química**: novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, 2001. p.19-49.

LANCETTI, A. Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: _____. **Grupos e coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1993. p.155-72. (Saúde e Loucura nº. 4).

MELO FILHO, J. et al. **Grupo e corpo**: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MUNARI, D.B.; FUREGATO, A.R.F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 2003.

PENHA, J.O **que é existencialismo**. 11. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998.

OLIEVENSTEIN, C.et.al.O sofrimento do sujeito desintoxicado.In: A clínica do Toxicômano – A falta da falta.Porto Alegre: Ed.Artes Médicas,1989.

PICCINO, J.D. Fenomenologia de Husserl. In: _____. **Fenomenologia e análise do existir**. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo, SOBRAPHE, 2000.

RODRIGUES, A.; JABLONSKY, B.; ASSMAR, E. **Psicologia social**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

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

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira de 1980 aos dias atuais**: história e conceitos: história, ciências, saúde. Manguinhos, RJ, v.9, n.1, p. 25-29, jan./abr. 2002.

TORRES, A.R. **Psicoterapia existencial**: uma ilustre desconhecida. São Paulo, 2003. Disponível em: [HTTP://www.psicooexistencial.com.br](http://www.psicooexistencial.com.br). Acesso em: 3 mar. 2010.

VINOGRADOW, S.; YALOM, I. D. **Psicoterapia de grupo**: um manual prático. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.