



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Fundação Estatal Saúde da Família

LIZ FONTENELLE BASTOS

**GRUPOS TERAPÊUTICOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE
UM CAPS AD**

Camaçari

2018

LIZ FONTENELLE BASTOS

**GRUPOS TERAPÊUTICOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE
UM CAPS AD**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da FESF-SUS/FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Déborah Santos Conceição

Camaçari

2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	4
2. METODOLOGIA -----	6
3. CENÁRIO DA EXPERIÊNCIA -----	8
4. REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA -----	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS --	20

1. INTRODUÇÃO

A atenção integral em saúde prescinde de estratégias diversificadas de cuidado, deste modo se faz necessária a utilização de ferramentas, métodos e recursos para garantir o vínculo, acesso, integralidade e equidade de modo universal. Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais para uma assistência de qualidade. Assim, ofertar cuidado a toda a população de forma universal e igualitária é transformador e desafiador.

O SUS tem sido defendido como política de Estado, e na sua essência contempla de forma progressiva o que é comum e de direito de todos, abrangendo nos seus objetivos, a importância da identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como a relevância da assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

As práticas grupais consistem como estratégia de cuidado que viabiliza e enfatiza a promoção da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida do indivíduo e coletivo. A promoção de saúde vai muito além de apenas efetuar a prevenção de doenças, mas também melhorar a qualidade de vida e bem-estar, tentando trazer em equilíbrio os aspectos que afetam a saúde.

Os grupos podem ter tipos e objetivos diversos. Dentre as modalidades existentes, os grupos terapêuticos são os voltados para a saúde de uma forma ampla, envolvendo tanto a dimensão biológica do indivíduo, quanto as demais. Nesse sentido estes grupos englobam práticas de promoção da saúde, prevenção e tratamento, como também em programas de reabilitação. Assim se fazem como recurso potencializador de vínculo, mobilização e transformação, viabilizando uma construção de cidadania e de interação do indivíduo com a sociedade. (ZIMERMAN,2007)

Os grupos terapêuticos em saúde promovem não apenas um espaço de cuidado em diversos âmbitos e aspectos, mas traz também novas abordagens para compreender os fatores que perpassa pelo indivíduo de uma forma

singular, potencializando através de trocas dialógicas e compartilhamento de experiências, uma melhora individual e coletiva de questões relacionados a saúde, sejam elas físicas ou psíquicas.

O presente trabalho surgiu a partir da minha inserção num Programa Integrado de Residência de Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, onde tive a oportunidade de vivenciar a utilização desta estratégia de cuidado, quando em estágio no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de um município do interior da Bahia. Durante este período, percebi, através da participação nos grupos terapêuticos do serviço, que esta ferramenta de cuidado permite não apenas uma interação e maior integração dos profissionais com os usuários, como também se torna um facilitador do vínculo ao serviço, a adesão ao tratamento e um condutor a melhora, deste modo justificando a importância deste trabalho que tem como objetivo relatar as reflexões sobre os grupos terapêuticos como estratégia de cuidado na Atenção Básica à Saúde, a partir das reflexões provenientes da vivência de um estágio no CAPS AD.

2. METODOLOGIA

O presente estudo consiste num relato de experiência de uma residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que teve como campo de inserção um município do interior da Bahia. Este município é conhecido por ser uma "Cidade Industrial", uma vez que nela está situada um importante Polo Industrial do País, sendo uma das cidades mais populosa do estado, com uma população atualmente estimada em 296.893 habitantes.

A rede de serviços de saúde organiza-se em oito regiões de saúde, sendo composta por 41 Equipes de Saúde da Família, 18 Equipes de Saúde Bucal e 01 equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família tipo 01. As equipes atualmente estão distribuídas em 33 Unidades de Saúde da Família. Além disso, o município possui 08 Unidades básicas de saúde, 05 Unidades de Pronto Atendimento, 03 Centros de Atenção Psicossocial, 01 Centro de reabilitação, 01 Centro de especialidades odontológicas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 01 Unidade do Centro de Referência Especializado (CRES), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 01 Hospital Geral, entre outras unidades de rede de atendimento de Média e Alta. (CAMAÇARI, 2017)

A Residência está implantada na Região 4 do município, inserindo-se em cinco Unidades de Saúde da Família, com residentes de categorias multiprofissionais, sendo estas de enfermagem, medicina, odontologia, nutrição, professor de educação física, fisioterapia e sanitaristas compondo as equipes mínimas, do NASF e do Apoio Institucional desta região.

A experiência relatada ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), no período de Maio a Junho de 2017, durante o estágio optativo da residência.

Assim, foi acompanhado a rotina do serviço e os diferentes tipos de atendimento ofertados, como: o atendimento individual, atendimento em grupo (oficinas terapêuticas, oficinas geradoras de renda, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, etc.), atendimento para a família e individualizado, visitas domiciliares, atividades comunitárias, assembleias,

reuniões de equipe, entre outras. Essas atividades que são realizadas no CAPS articulam não apenas o cuidado para a saúde física, mas como também para mental e social, promovendo melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana. (BRASIL,2004)

3. CENÁRIO DA EXPERIÊNCIA

3.1 A Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Os Programas Integrados de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Medicina da Família e Comunidade são caracterizados por focar em metodologias ativas de aprendizagem, onde se faz presente a integração do ensino ao serviço, proporcionando que o residente se torne ator da sua própria história, permitindo construir coletivos.

O Programa referido neste relato, adota que uma perspectiva baseada em modelos de formação com densidade científica, superação da dicotomia teoria-prática, reconhecimento e respeito à subjetividade, e responsabilidade social. Assim, caracterizando superação do modelo de educação tradicional e construindo o conhecimento no cotidiano e através da reflexão sobre a prática, viabilizando o desenvolvimento da autonomia, criatividade e criticidade dos residentes. (FESF,2017)

A inserção/imersão ocorre na região 4 do município e os residentes que compõem as equipes das Unidades de Saúde da Família são profissionais de nível superior, de diversas áreas da saúde. No primeiro ano da residência o residente está imerso nos serviços da Atenção Básica, já no segundo ano, é proporcionada a possibilidade de ampliação do olhar, que são denominados como: os estágios optativos e o eletivo. Deste modo, são ofertadas imersões em outros pontos de atenção da rede, passando ser vivenciado o processo de trabalho e cotidiano daquele serviço durante três meses. A escolha do CAPS AD, foi o que possibilitou ampliar o olhar para a qualidade e efetividade dos grupos terapêuticos como uma forma de tratamento que pode ter um grande significado para a vida do usuário.

3.2 CAPS AD

A Reforma Psiquiátrica surge como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nas esferas governamentais federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos

profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública, que lutavam e buscavam uma reforma na atenção, no olhar, no modelo e cuidado dos pacientes com transtornos mentais.(BRASIL,2005)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram a partir da Reforma Psiquiátrica como um dispositivo antimanicomial, sendo um modo de se trabalhar com os transtornos mentais graves através de diferentes modalidades de serviços oferecidos pelos CAPS, buscando o resgate da singularidade do sujeito, de sua autonomia e da possibilidade de constituição de um laço social, sendo o primeiro CAPS do Brasil criado em 1987, na cidade de São Paulo.

Estes serviços de saúde possuem caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que incluiu os CAPS no SUS (Sistema Único de Saúde), reconheceu sua complexidade de serviços prestados e sua amplitude de atuação, tanto no território onde se encontra, quanto na luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde. A Política Nacional de Saúde Mental e da Lei n. 10216 de 2001, aborda que a pessoa com transtorno mental na rede de atenção à saúde (UBS, ESF, CAPS), terá todo o tratamento que precisar, sendo recepcionado desde os mecanismos que são considerados a porta de entrada até se chegar em níveis mais complexos de atenção.

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, foi instituída pela Portaria Ministerial nº. 3088/2011 e é uma rede de atenção à saúde que integra e articula os diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e com demandas decorrentes de transtornos mentais e os decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas.

De acordo com a Portaria Nº 3.088 (2011), os CAPS, como serviços de atenção psicossocial especializada, são caracterizados por porte de habitantes do município, sendo organizados por modalidades:

- CAPS I - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;
- CAPS II - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS III - além das outras atribuições dos outros caps I e II proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive
- CAPS AD - atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo

doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

- CAPS infantojuvenil (CAPS i) - atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. (PORTARIA Nº 3.088,2011)

Deste modo, esta rede traz modos de cuidar do sofrimento psíquico não apenas tradicional/assistencial. Nos CAPS, as atividades grupais se constituem em um dos principais recursos terapêuticos neste contexto de atendimento, sendo regulamentado pelas portarias n. 224/1992 e 336/2002 nas modalidades de: psicoterapia de grupo, grupos operativos, atividades de suporte social e oficinas terapêuticas (BRASIL, 2002). Esta ferramenta de cuidar é bastante utilizada nos CAPS, inclusive no Caps ad que foi a vivenciada.

De acordo com Vieira (2003) inserido dentro do Sistema Único de Saúde, o papel dos Centros de Atenção Psicossocial é de, em articulação com outras Unidades de Saúde (US) e/ou equipamentos de outros setores, cumprir sua responsabilidade sanitária, ou seja, promover o cuidado e ser referência em saúde mental para a população residente numa determinada área da cidade, num dado território. Dentro de um modelo de ação interdisciplinar e antimanicomial, desenvolver ações intersetoriais com a Atenção Básica em Saúde (ABS) dentro ou fora de suas dependências para a promoção da saúde e da cidadania desses sujeitos os profissionais devem adotar perfil "(...) polivalente que deve levar em consideração a mobilidade dos papéis que assume (...) e a interdisciplinaridade do saber co-construído com diferentes atores sociais".

Nesse sentido o Ministério da Saúde aponta que:

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua

integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2009).

Assim, a atenção ao usuário de saúde mental pressupõe uma atenção não hospitalocêntrica e ofertada em centros de saúde territorializados que priorizam a inclusão e a reabilitação social, ou seja, priorizando os laços comunitários e seus vínculos sociais.

Os CAPS trabalham com atividades em grupo que objetivam desenvolver e potencializar diferentes aspectos/habilidades/capacidades dos usuários e são conduzidas por diferentes profissionais de sua equipe técnica. É através da troca de vivências e construção coletiva de sentidos sobre a experiência (de exclusão) da Loucura que esses sujeitos podem resignificar esses processos e investir em si através do seu “tratamento” (ZIMERMAN & OSÓRIO, 1997).

Dentro dos CAPS existe a modalidade de assistência dos grupos terapêuticos, que foi o ponto chave para o desenvolvimento deste trabalho, pois estes são espaços muito diversificados que unem diferentes profissionais e objetivos variados, possibilitando trocas entre os usuários do serviço e permitindo a expressão de sua singularidade através desses compartilhamentos.

Nesse sentido, pode-se inferir que o trabalhador em saúde mental no CAPS AD ou até mesmo na atenção básica são agenciadores da Reforma Psiquiátrica que devem estar atentos à forma de se relacionar com sujeito portadores de sofrimento psíquico até mesmo porque não basta apenas conhecimento técnico- científico para o manejo com os usuários da rede de assistência em saúde mental, é preciso o engajamento e a compreensão de um modo de se relacionar com o sujeito que sofre e não com a doença que o sujeito tem. Em outras palavras, a humanização no atendimento e, principalmente, a cidadania e inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico deve se materializar, cada vez mais, nas práticas cotidianas dos profissionais em saúde mental.

3.3 CAPS AD da vivência

O CAPS AD do município vivenciado, foi inaugurado em 2009, tendo como objetivo ofertar atendimento à população do município, facultando atividades terapêuticas e preventivas aos usuários, como: atendimento aos usuários, acompanhamento do usuário, ofertando cuidados individualizados (PTS), acolhimento, consulta médica e com a equipe de enfermagem e os grupos terapêuticos, todas as ofertas seguindo na linha da redução de danos, vínculo e co-responsabilização. No momento da vivência, constava no serviço 25 Profissionais, sendo 02 Sociólogos, 03 Assistentes Sociais, 03 Psicólogos, 01 Enfermeira, 01 Farmacêutica, 02 Técnicos de Enfermagem, 02 Terapeutas Ocupacionais, 01 Artista Plástica, 01 Musicoterapeuta, 02 Professores de Educação Física, 01 Pedagoga, 01 Médico Psiquiatra, 01 Médico Acupunturista, 02 Auxiliares de Serviços Gerais, 01 Vigilante Patrimonial e a Coordenadora com horário de funcionamento de Segunda a Sexta das 8h às 17h.

Santos (2010) aponta os pressupostos da estrutura grupal básica que garantem seu bom funcionamento. Dentre os quais insere-se o enquadre (setting) do grupo: as condições físicas do ambiente para a realização das atividades são fundamentais, tais como uma sala ampla, arejada, iluminada, com acomodação para todas as pessoas; um setting circular das cadeiras é recomendado, pois facilita a visualização dos participantes entre si. O coordenador deve cuidar, na escolha do local, para que não ocorram interrupções consideradas indesejadas. Seu tamanho não pode exceder o limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto a visual como a auditiva, e a conceitual. Deve-se estabelecer o setting e o cumprimento dos combinados feitos no grupo (contrato terapêutico). Portanto, o grupo deve ter objetivos claros e contar com uma estabilidade de espaço (local das reuniões), de tempo (horários) e com algumas regras que delimitam e normalizam a atividade grupal proposta.

Os grupos existentes no serviço na época vivenciada eram de diversas linhas, entre: Grupo Cidadania, o Grupo Mais Saúde, Nova Vida, Terapêutico de Família, Lian Gong, Pilates, Musicoterapia, entre outros.

Vale ressaltar estes grupos eram coordenados por um ou dois profissionais da equipe, que já eram vinculados e produtores do grupo. Este profissional condutor e facilitador do grupo tem que saber se colocar como um indivíduo atuante, ouvinte, como alguém que está prestes a aprender a partir da observação da experiência. Ser facilitador requer o exercício contínuo e consciente de conciliação dessas diferentes qualidades e a coragem de reconhecer e superar as próprias limitações, promovendo a aproximação dos envolvidos, a redução dos ruídos na comunicação, a clarificação das ideias e a diminuição das ambiguidades.

Neste espaço de oferta diferenciada de cuidar, vivenciei como observadora participante de dois grupos ativamente. O grupo Cidadania, que acontecia nas quartas-feiras pela manhã, trazendo como foco contribuir com os usuários para a vida em coletividade, esclarecendo e estimulando o exercício de seus direitos e deveres com o intuito de reconstrução da cidadania e o grupo Mais Saúde que acontecia nas terças - feiras pela manhã, objetivando atuar junto aos usuários identificando suas dúvidas a saúde, para esclarecer e ajudar nas suas necessidades, através de orientações quanto à higiene diária, prevenção de doenças, esclarecimentos sobre DST's, proporcionando integração e conhecimento como também orientando os no que for necessário para contribuir com o equilíbrio biopsicossocial . Nos dois grupos os usuários não apenas escutavam as informações/conteúdos, como era sujeito participante ativo de todo aquele processo, se sentindo à vontade para expor e compartilhar suas dúvidas, dificuldades, angústias e melhoras.

Muitas vezes os usuários falavam das suas experiências, o que tinha passado, como estava, de que modo chegou ali, entre outras questões, e isso possibilitava uma troca rica de experiências para cada usuário, fortalecendo o vínculo não apenas com o serviço, mas até com os próprios colegas. As atividades desenvolvidas nesses grupos ocorriam de acordo com as demandas e relacionadas com a dinâmica dos participantes envolvidos em cada encontro. Sendo assim, tinha momentos em que o mesmo acontecia em formato de roda de conversa com temas levantados pelos usuários e em outros com debates ou exposições dos temas, permitindo a troca de saberes entre as participantes e os condutores, potencializando o espaço grupal.

4. REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA

A Atenção Primária ou Básica em Saúde (APS/ABS) é prestada em instituições denominadas de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Saúde da Família constitui a estratégia prioritária. Dessa maneira, cada UBS, com ou sem Equipe Saúde da Família, deve se organizar para atender a um público-alvo, ou seja, por um conjunto de famílias agregadas geograficamente. Para definição desse público-alvo é preciso que seja definido um “território-alvo”. (BRASIL, 2012)

Diante, a importância que a Atenção Básica tem para o sujeito e de todos os princípios e diretrizes que se deve contemplar a ofertar uma assistência, ainda se observa na prática dos serviços de saúde que os profissionais e a própria condução do serviço, se dá na assistência curativa, baseando-se na visão biológica da doença, abordando, sobretudo aos aspectos patológicos, distanciando e deixando de ofertar espaços de escuta e acolhimento. Apesar de se ter acolhimento nas unidades que fazem parte da residência, não se tem espaços, como grupos abertos à população, sem restrição ou estratificação de saúde-doença (como no CAPS AD) e sim grupos focados na patologia/situação, como: HiperDia, gestantes, entre outros. Entendo que se tem uma grande demanda por atendimento nas unidades de saúde da família, que acaba sendo um dificultador para ações de promoção e proteção da saúde, que os grupos terapêuticos podem promover.

A falta de grupos nas unidades sem estratificações impossibilita que sujeitos que às vezes não tem tais comorbidades/situação tenha um espaço de escuta, de acolhimento, de desabafo que seja inviabilizando o sujeito como um agente potencializador para a sua própria mudança. Assim como aqueles que apresentam uma patologia passam a ser vistos a partir dela, não considerando suas outras necessidades e potencialidades.

Essa vivência ativa nos grupos, despertou o olhar diferenciado para essa estratégia de cuidado e os impactos que esta tem na vida dos participantes, em como viabiliza a promoção da saúde fundamentada nos fatores determinantes

e condicionantes, trazendo ações de ampliação da autonomia, ou seja, os direitos e deveres enquanto cidadãos, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais etc.

Assim, estes grupos por não estarem estratificados por motivo pelo qual levou ao serviço, se torna um lugar seguro, onde podem se distanciar do preconceito e estigma, que ainda existe, permitindo compreender a saúde como não apenas ausência de doença, mas todos os condicionantes e determinantes relacionados ao indivíduo. A metodologia dos grupos abertos e não restringindo por doenças, possibilita um olhar diferenciado para a realidade e aprofunda a capacidade dos sujeitos de se tornarem responsáveis também pela sua saúde/situação, criando muitas vezes encorajamento para enfrentara as adversidades da vida.

Outro fator significativo é que apesar das ações nos grupos pelos profissionais de saúde do serviço serem desenvolvidas, não se tem um suporte adequado e consistente. É necessário que esses profissionais desenvolvam conhecimento específico para o manejo e coordenação das atividades grupais.

Nesse sentido, Fernandes e colaboradores (2008) afirmam que os profissionais que conduzem os grupos, devem além do conhecimento específico da área em que atuam, necessitam ter o domínio de fundamentos da dinâmica de grupo e da coordenação. Devem também decodificar as diferentes necessidades dos participantes do grupo e utilizar técnicas e estruturas específicas de acordo com o objetivo dos grupos. Alonso (1999) afirma que processo educativo desenvolvido em grupo valoriza a aproximação natural das pessoas, propicia o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania. Assim, os grupos favorecem não apenas a educação em saúde, mas na mobilização dos sujeitos e a compreensão do usuário como agente de sua própria mudança, possibilitando uma terapia diferenciada bem como o afastamento do modelo médico.

Munari e Furegato (2003) trazem que a convivência com um grupo que congrega pessoas com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de muito valor terapêutico. Essa situação ajuda

os participantes a quebrar barreiras, especialmente pela possibilidade de receberem feedback e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas.

Com base nesta ferramenta consegue-se, avançar, aprofundar discussões, ampliar conhecimentos e melhor conduzir o processo de educação em saúde, de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obter maior autonomia e viver mais harmonicamente com sua condição de saúde, além de promover uma vida mais saudável (SILVA, 2003).

Deste modo, os grupos terapêuticos podem ser considerados como uma das principais ferramentas em saúde mental no que tange ao meio de tratamento oferecido no CAPS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica, enquanto movimento organizado, evidencia a importância de refletir sobre os modos e processos de subjetivação, assim através dos grupos terapêuticos viabiliza à consolidação de uma oferta de saúde de qualidade e integral, através de uma abordagem diferenciada.

Os grupos terapêuticos não apenas fortalecem o vínculo entre o indivíduo e o serviço, como oferta acolhimento e escuta coletiva e individualizada, sendo espaços que proporciona o desenvolvimento da autonomia do sujeito e conseqüentemente uma possível melhora. Assim, a criação/abertura de grupos terapêuticos, não focados em doenças, se torna um recurso potente para uma abordagem diferenciada para a melhora do indivíduo, ou apenas um espaço de auxílio/ajuda ao momento ou situação vivenciada. A utilização de grupos como estratégia de intervenção em saúde assume ações e posturas que reforçam a importância da promoção da saúde, que capacita os indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde e a autonomia. Além disso, a promoção viabiliza renovação das práticas em saúde coletiva com novas conformações de saberes e fazeres para aumentar a qualidade de vida e saúde da população, proporcionando não apenas cuidados específicos, mas buscando sanar dúvidas, acolher as emoções, e isto enfatiza a importância da educação em saúde.

Desse modo, para que as possibilidades terapêuticas aumentem por meio do processo terapêutico grupal de atenção à saúde, é primordial que a assistência promova informação, educação em saúde, reflexão e suporte. O grupo é uma forma de explorar estes aspectos, e deve perpassar a necessidade de atender uma grande demanda ou uma forma informal de prestar assistência.

Apesar de se ofertar acolhimento nas unidades básicas de saúde, não se tem espaços/grupos, sem estratificação de saúde (como em grupos abertos)

.Assim, é preciso que nas Unidades de Saúde da Família, se façam grupos terapêuticos voltados não apenas para doenças ou situações específicas, mas que se trabalhem os grupos na perspectiva e linha de ação do CAPS AD, ou seja, de forma ampla e generalizada, permitindo deste modo, que qualquer pessoa se sinta e faça parte daquele espaço efetivo de mudanças não apenas na saúde, como cidadão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, J. K. **O processo educativo em saúde na dimensão grupal**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 122-132, Jan./Abr. 1999.

ALVAREZI SQ, GOMES GC, OLIVEIRA AMN, XAVIER DM. **Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):102-108.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e a atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental; 2009.

Brasil. Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 17 set. 2004. Seção 1:51.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 3088**, de 23 de dezembro de 2011.

FERNANDES, C. N. S. et al. **Habilidades e atributos do enfermeiro como coordenador de grupos**. Rev. RENE, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 146-153, jan./mar. 2008.

JORGE, M.S.B. **Práticas de abordagens terapêuticas grupais dos trabalhadores de saúde na produção do cuidado em saúde mental**, Fortaleza/CE. Relatório final da pesquisa. Fortaleza: GRUPSFE-UECE, 2009.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. 2. ed. Goiânia: AB, 2003.

SANTOS E.G. O grupo como estratégia terapêutica nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Espírito Santo [dissertação]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2010

SILVA, D. G. V. da et al. **Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 97-103, Jan./Mar. 2003.

VIEIRA, F. N. G. (Org.). **Clínica psicossocial: terapias, intervenções questões teóricas**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2003.

ZIMERMAN, OSÓRIO, & cols. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997

ZIMERMAN, D.E. **A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade**. Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA), 2007.