

# GRUPOS DE DISCUSSÃO COMO FERRAMENTA DE INTERVENÇÃO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

## *DISCUSSION GROUPS AS A TOOL TO INTERVENTION IN PUBLIC HEALTH SERVICES*

Eduardo Cavalheiro Pelliccioli <sup>1</sup>

Denise Zanatta <sup>2</sup>

**RESUMO:** Este artigo discute a funcionalidade de Grupos de Discussão na rede pública de saúde a partir de uma pesquisa em andamento: "O grupo como possibilidade de intervenção em usuários de psicotrópicos e com trabalhadores da rede pública de saúde de Frederico Westphalen". Essa se desenvolve utilizando como ferramenta de trabalho grupos de discussão com usuários e trabalhadores da rede pública de saúde. Entendemos que o grupo pode ser uma forma de constituir processos de autonomia junto aos seus integrantes, no sentido de poderem decidir sobre suas próprias vidas de maneira legítima e coletivamente construída. Diante dessas discussões, em que relatos de vida são tornados públicos, ocorre um conjunto de produções de sentidos na esfera da saúde coletiva, em

---

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia - PUCRS e Especialista em Teoria Psicanalítica - UNISINOS, Professor da URI/Campus de Frederico Westphalen e orientador da pesquisa "O grupo como possibilidade de intervenção em usuários de psicotrópicos e com trabalhadores da rede pública de saúde de Frederico Westphalen".

<sup>2</sup> Psicóloga e Mestranda em Psicologia Clínica na UNISINOS e bolsista PIIC pela URI nos anos de 2004/2005 na pesquisa supracitada.

que as palavras do trabalhador e do usuário ocupam espaços de reconhecimento no campo simbólico nos quais se inscrevem, proporcionando assim, a valorização de suas ações e a abertura de um campo de diálogo sobre seus fazeres.

**Palavras-Chave:** Grupos de discussão. Rede pública de saúde. SUS.

## 1 INTRODUÇÃO

Este artigo propõe uma discussão sobre a operacionalidade e funcionalidade de grupos de discussão na rede pública de saúde. Abordamos como foco os resultados parciais da pesquisa intitulada ***O grupo como possibilidade de intervenção em usuários de psicotrópicos e com trabalhadores da rede pública de saúde de Frederico Westphalen***, realizada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen, mais especificamente, através do Curso de Psicologia.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil data de 1988 e tem demandado um contínuo trabalho de inserção das suas formas de se apresentar e servir à população através do desenvolvimento de seus serviços e da criação de novos dispositivos que possam incrementá-los. No interior do sistema complexo do que é o SUS, um conjunto extenso de serviços emerge na qualidade de operadores que convergem no intuito de seu sucesso operacional, entre eles, o Programa de Saúde da Família (PSF), a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro, por exemplo, opera em uma lógica onde a informação para a comunidade é a tônica, realizando importantes intervenções educativas em saúde e pondo em prática a idéia que trabalhar com saúde na rede pública é, também, necessariamente, lidar com processos preventivos. A segunda, a UBS, sempre foi considerada um dos principais pontos de tratamento diretos à população e, talvez por essa mesma razão, tenha se constituído em sinônimo de práticas emergenciais e meramente curativas, o que, por certo, trata-se de um equívoco. Atualmente, ela desponta como um local convergente para o encaminhamento e solução de problemas de baixa complexidade, o que a

torna, pois, em um espaço privilegiado no campo da Saúde Coletiva contemporânea: é pelas portas das UBS que passam, diariamente, milhares de brasileiros com inúmeras reivindicações e demandas e são nas suas dependências que se realizam práticas em saúde que ultrapassam a simples intervenção curativa de cunho particular.

Segundo Feuerwerker e Almeida (2000), a UBS passa a se reordenar em função das diretrizes que os Programas de Saúde da Família imprimem no contexto social e, especialmente, nas lidas em saúde. Segundo esses autores, ocorre uma espécie de reorganização e substituição do modelo vigente de atenção em saúde, trazendo em si a incorporação dos princípios do SUS - integralidade, controle social, universalidade e equidade. Todos esses termos ordenadores e radicais reforçam o projeto de cunho humanitarista e globalista do SUS, dando condições para as UBS de funcionarem não só como um mero local de passagem, mas como um precioso elemento a mais que se integra para compor, dar base de sustentação e funcionalidade aos planos terapêuticos dos usuários.

Ao pensarmos em saúde, em um sentido geral, podemos entendê-la como nos sugere Testa (1992), na qualidade de uma prática social constituída historicamente. Contudo, ao pensarmos em saúde, em um sentido estrito, devemos distinguir aqui dois termos: saúde pública de saúde coletiva. Veremos adiante que ambos diferem não só nas suas origens históricas, mas que também se opõem pelas suas bases epistemológicas.

A construção de um território de atuação na rede pública que preze um modelo de atenção que sustente os princípios do SUS, sobretudo no que se refere às formas de articulação e interlocução que contemple diferentes campos do saber formal disciplinar (Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Medicina e outros), configura-se hoje, como o norte a ser seguido, o objetivo a ser alcançado na sua plenitude. Ainda que de caráter utópico - no sentido clássico da acepção - é a partir dele que se configuram determinadas práticas e que se justificam alguns planos de ação e intervenção. Novas tecnologias não-materiais, por exemplo, são forjadas a partir de um espaço de liberdade de pensamento e criação que se constitui ao incluímos, sem restrições político-partidárias e ferramentais, cada parte do todo ideacional que compõe o Sistema Único de Saúde no Brasil. No Rio Grande do Sul temos alguns exemplos recentes e bastante

próximos disso, como o Projeto Acolhimento (SEMINOTTI; GUARESCHI; PELLICCIOLI, 2004) e o Acompanhamento Terapêutico em grupo na rede pública (PELLICCIOLI, 2004).

Assim sendo, pensar em grupos de discussão com usuários e trabalhadores na rede pública de saúde na forma como descreveremos adiante, não é outra coisa senão a própria idéia de um interacionismo pragmático que põe em ação as potencialidades criativas do ser humano, respeitando suas condições, sua história, enfim, sua forma de ser e se compreender no mundo. A noção de uma articulação generalizada aqui, vai ao encontro da proposta de se conceber, de forma organizada e fundamentada, novas tecnologias que privilegiem o aspecto humano na análise sobre as resolutividades e efetividades que se extraem dos serviços na rede pública. A questão da produção de subjetividades - e o quanto isso tem a ver direta e/ou indiretamente com a saúde dos usuários e trabalhadores - desponta para nós como elemento de destaque. O conjunto de produção de saberes que resulta dos espaços grupais aqui referidos cria uma rede ampla de inter-relações no tecido social que transcende a questão de um saber puramente técnico e tecnicizado ante um saber do senso comum. A criação, do ponto de vista do usuário, de uma consciência sobre si e sobre aquilo que lhe é imposto sob o rótulo de um diagnóstico, passa a ser reformulada e reconstruída enquanto um saber que lhe pertence intimamente e em relação ao qual ele possui uma compreensão engajada e particular (ainda que composta coletivamente).

## **2 SAÚDE COLETIVA X SAÚDE PÚBLICA: DIFERENCIAÇÃO TERMINOLÓGICA**

Ao pensarmos em novas alternativas em Saúde Coletiva, surge um problema conceitual: que terminologia usar, Saúde Pública ou Saúde Coletiva? Campos (2000) indica que esta última nasceu de uma crítica aos modelos positivista e biomédico sob os quais operava a Saúde Pública tradicional no final dos anos 70. A idéia central era a de que a Saúde Coletiva pudesse ampliar suas fronteiras no que concernia às disciplinas que acolhia no seu seio teórico-prático, marcando uma diferença substancial em relação às práticas tributárias de um campo de gestão política e intervenções inflexíveis diante das fronteiras disciplinares. Uma das alter-

nativas possíveis seria a de "combinar política, gestão e epidemiologia (disciplinas que fazem parte da tradição da Saúde Coletiva) com clínica, psicanálise, pedagogia e análise institucional" (CAMPOS, 2000, p.06). Assim, a Saúde Coletiva, através do apoio aos sistemas de saúde e da elaboração e execução de políticas, trabalharia com a tríade saúde-doença-intervenção de forma que levasse em conta a possibilidade de atuar, sim, com disciplinas e planos sanitários específicos e programáticos, mas sem perder de vista a capacidade de absorver novas práticas e incorporar novos saberes.

Esta discussão perpassa uma esfera importante que é a político-legislativa. Na Constituição Federal de 1988 reconhece-se a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Segundo o texto constitucional, é obrigação do Estado garantir a saúde da população através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a "redução do risco de doenças e de outros agravos", quanto ao "acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação". É a partir deste viés que se organiza um sistema de saúde integrado pelas intervenções e pelos serviços públicos, no caso, o conhecido Sistema Único de Saúde - SUS. São três os eixos que o organizam: a descentralização, a atenção integral e a participação da comunidade.

A Lei 8.080 que institui o SUS no Brasil diz que "a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais". Ora, um espectro que comporta variáveis diversas como as acima relacionadas por certo que encontraria dificuldades em operar dentro de um sistema rígido de disciplinas, conforme fez a crítica anteriormente Campos (2000). Uma abordagem diferenciada em relação a este sistema seria da ordem de uma necessidade e é aí que entra a Saúde Coletiva. Mas para isso é preciso atualizar e problematizar o(s) conceito(s) de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como parâmetro uma definição de saúde que a coloca em uma posição diferencial e excludente à doença, ou seja, saúde seria - entre outras coisas - ausência de doença, além de uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (OMS, 2001). Ora, a busca de um "perfeito bem-estar" não só nos

lança em uma condição programática irreal (ou seja, de que é impossível alcançarmos tal condição), como também indica uma referência de qualidade pré-determinada em que, necessariamente, o sujeito-cidadão não é consultado ou que possa haver uma certa naturalização deste conceito em nível global. Segre e Ferraz (1997) explicam que é, no mínimo, complicado falarmos em "perfeito bem-estar" e que até "entende-se que, para fins de estatística da saúde, as formas de 'avaliação externas' sejam necessárias; não seria exequível 'qualitativar-se' esse tipo de mensuração" (p. 33).

Existe ainda outro problema que a definição de saúde da OMS encerra. Segundo Segre e Ferraz (1997) ela "ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão 'medicina psicossomática' encontra-se superada, eis que, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também interagente, de forma nem sempre muito clara...". Nesta perspectiva, faz-se necessário ampliar a visão de saúde e, então, de Saúde Coletiva: uma abordagem que privilegie o ser humano, não enquanto um objeto de cura, mas dotado de afetos, sentimentos e desejos. Este é o posicionamento que me interessa e em relação ao qual procuro balizar minhas ações enquanto pesquisador no campo da Saúde Coletiva.

Mesmo sendo a saúde um dever do Estado, quando se trata de operacionalizar e efetivar os princípios do SUS, tendo em vista esta multiplicidade de fatores, existe a necessidade de um olhar diferenciado, mais abrangente, ou seja, uma visão multidimensional para conceber a complexidade da Saúde Coletiva que, a partir do SUS e com SUS, se produz no país. Trata-se do desejo de uma Saúde Coletiva que seja construída na articulação entre diferentes campos disciplinares - epidemiologia, administração e planejamento, ciências sociais, biomédicas, psicológicas, entre outras - e que considere as distintas dimensões do ser humano, como o trabalho, a habitação, a educação, o lazer, bem como seu contexto social-histórico.

Uma vez que se passa a conceber que Saúde Coletiva é também um campo de saber a ser explorado e estudado na sua articulação intrínseca com o corpus social, atravessado por variáveis econômicas, ambientais, políticas, educacionais, não mais se pode efetuar uma prática que negue estes valores e suas conseqüências. A natureza multidisciplinar

que compõe o campo da saúde nos leva a repensar antigas práticas dicotomizadas e compartimentadas em disciplinas estanques. Busca-se, desta forma, a efetiva produção de um novo modelo, onde as ações e os serviços possam ser operacionalizados coletivamente e transdisciplinarmente. Somente nesta articulação é que se poderá reconhecer a amplitude dos territórios de atuação possíveis em Saúde Coletiva. É por esta razão que se sublinha a importância da produção de sentidos - e de subjetividades - nos serviços públicos de saúde, onde as palavras do trabalhador e do usuário ocupem espaços de reconhecimento no campo simbólico nos quais se incluem, proporcionando assim, a valorização de suas ações e a abertura de um campo de diálogo e debate sobre seus fazeres.

Portanto, a Saúde Coletiva da qual se fala aqui, configura-se nas interações entre os profissionais que compõem as equipes de trabalho, os usuários dos serviços e a comunidade onde se encontra a rede básica de saúde. O conjunto de interações produzidas entre os trabalhadores de um serviço cria organizações e uma rede de trabalho e de relações que tem seus efeitos diretamente ligados à atenção à saúde dispensada aos usuários. Neste sentido, produz-se um conceito de saúde que deixa de ter um caráter mercantil e passa a ser considerado como um direito de todos: uma saúde que inclui a interação entre o saber técnico, os diferentes interesses e necessidades sociais da população para a construção de uma consciência sanitária dos usuários e trabalhadores. É nesta direção que cabe pensar em um processo possível de humanização da saúde.

Esta humanização diz respeito à compreensão integral da dimensão humana, não se restringindo apenas à presença ou à ausência de alguma enfermidade, como acentua Campos (1995):

(...) toda a política de saúde... encontra sua razão de ser no HOMEM, considerado como sujeito e beneficiário, e não como simples objeto e receptáculo dos cuidados que lhe são prestados (...) é no atendimento da Pessoa Humana, no seu todo, que se encontram as ações de saúde, ética e moralmente corretas. (p.60).

Importante agora é fazer diferença entre cuidado e tratamento, uma vez que o primeiro - em contraposição ao segundo - não objetiva necessariamente uma hierarquização entre trabalhador e usuário, mas sim, um confronto na complementaridade, a partir do momento em que a saúde se sustenta na "hipervalorização das relações humanas, numa proposição ético-profissional que redefine a qualificação, ao mesmo tempo, como técnica e relacional" (LOPES, 1998, p. 48). A necessidade acima afirmada justifica-se na medida em que compreendemos que a tarefa de cuidador nos serviços de saúde deve se estender a todos os profissionais que a integram - trabalhadores de nível médio e técnico. Nessa compreensão, ressaltar a importância das interações e reafirmá-las enquanto fundamentais para a produção de vínculo e de responsabilização no cuidado ao usuário torna-se um modo de contraposição ao cuidado como um ato que não respeite as necessidades emergentes nos serviços públicos.

Conceber o ser humano - na sua complexidade e multiplicidade psicológica, social, orgânica, cultural, identitária - como alvo principal das ações oriundas de agentes e órgãos públicos faz com que a saúde seja tomada não como o objeto primeiro de nossa - minha, das ats, da equipe do CAIS-Mental - intervenção (que seria o sujeito em sofrimento), mas como um resultado possível e desejado no campo destas ações. Segundo Minayo (1991), ela estaria muito mais na condição de um devir, de um vir-a-ser a ser conquistado. Diante disto, utilizaremos neste artigo o termo Saúde Coletiva por compreendê-lo mais abrangente e capaz de abarcar as múltiplas diferenças que comportam e constituem os sujeitos usuários dos serviços públicos.

### **3 OS GRUPOS DE DISCUSSÃO NA REDE PÚBLICA DE FREDERICO WESTPHALEN**

Os grupos eram realizados semanalmente com duração de cinquenta minutos, todas as quartas-feiras de manhã, tendo uma tolerância de cinco minutos iniciais para os que se atrasavam para o início do encontro. Era composto por dez integrantes e de forma heterogênea, não só porque incluía homens e mulheres, mas também porque estes apresentavam uma multiplicidade diagnóstica. A diversidade do grupo e a realização deste semanalmente proporcionavam, por um lado, um espaço de convergên-



cia de diferentes formas de pensar a si, com distintos atravessamentos histórico-subjetivos. Por outro, era ali mesmo que se operava, no sentido da criação de outras condições possíveis de transversalizações e desvios subjetivos, o encontro pacífico do diferente (ZIEGELMANN, 2005). A idéia de mesclar patologias e idades e sexos em um grupo de discussão toma como princípio a premissa de que os diferentes podem - e devem, dependendo do caso - funcionar como reguladores entre si no campo grupal. A partir desse pressuposto, passamos a funcionar de forma periódica e ordenada no espaço público.

O trabalho com grupos na rede pública de saúde não é novo. De fato, desde há muito vem se utilizando este expediente para dar conta da demanda nas UBS, CAPS e PSF pelo Brasil (BENEVIDES, 1994; ZIEGELMANN, 2005; RIBEIRO, 2002). Em Frederico Westphalen já existiam, na rede pública, por exemplo, os seguintes grupos em andamento: grupos com gestantes, hipertensos/diabéticos, adolescentes, alcoólicos anônimos, prevenção à DST/AIDS (doenças sexualmente transmissíveis) e outros. A questão é que, na condição de trabalhadores acadêmicos, nos deparamos com o seguinte fato: certo dia, em função de uma reunião sobre o Estágio em Psicologia Social-comunitária, recebemos a informação de que a Prefeitura local havia aumentado significativamente o número de distribuição de hipnóticos e sedativos à população usuária dos serviços da sua rede de saúde. Em conversa com a psicóloga responsável por uma das UBS do município, não só confirmamos tal afirmativa como tivemos a grata surpresa de que ela, por iniciativa própria, havia iniciado uma pesquisa para fazer um levantamento desses dados. Este estudo certamente foi - e está sendo - um passo importante para instrumentalizar profissionais que atuam nesta rede para que possam, de forma coordenada e bem informada, projetar ações sanitárias. Propusemos, então, à Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus Frederico Westphalen, uma pesquisa que pudesse dar conta dessa questão de forma investigativa sem perder o objetivo de uma resolutividade em suas ações. Então, iniciamos em março de 2004 o estudo denominado ***Consumo de Sedativos e Hipnóticos por usuários da rede pública de Frederico Westphalen: intervenções sanitárias possíveis***. Após uma etapa que compreendeu uma série de reuniões com

profissionais da rede pública do referido município, iniciamos com o grupo de usuários, que será o foco de nossas análises nesse artigo.

### **3.1 Grupos com Usuários**

Existia uma série de argumentos que nos levou a optar pelo grupo como ferramenta de trabalho. A idéia de que a participação real e estável da comunidade é necessária no campo da saúde encontra apoio em Testa (1992), quando este nos lembra que essa é uma forma de reforçar os mecanismos de uma democracia real reenviando a questão da responsabilidade social novamente para os cidadãos. Neste sentido é que a idéia de um trabalho grupal faz-se importante e necessária na construção de novas formas de perceber-se.

Conforme Ziegelmann (2005), uma equipe de trabalho formada por várias disciplinas busca, por meio da reflexão e discussão entre os participantes, uma consciência crítica que possibilite alguma mudança na qualidade de vida da população. O conceito de grupo, aqui, é entendido como um instrumento possível que se direciona ao sujeito com a perspectiva de construir uma clínica grupal, em que esta permita um outro olhar sobre este, não mais calcado na clínica tradicional, predominantemente regida por uma semiologia médica, que tenha como objetivos maiores a busca do diagnóstico e da cura.

O dispositivo grupal é uma forma de poder proporcionar conquista de autonomia (relativa e contingencial, sempre!) nos sujeitos para que possam decidir sobre suas próprias ações e desfrutar de possibilidades até então não permitidas. É uma forma de fortalecimento dos sujeitos conforme a síntese realizada por Paulo Amarante (1996) sobre a perspectiva metodológica que Franco Basaglia trabalhou:

"(...) se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objeto do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura', mas no processo de 'invenção da saúde' e de reprodução social do paciente" (p. 37).

Ele passa a ser um dispositivo composto por linhas que subjetivam, "linhas de invenção de modos de existir", como diria Benevides (1997: 187), visto que o grupo compõe-se de pessoas diferentes e de modos de existência também diferentes, em que as superfícies dos encontros depararam-se com novos modos de experimentação da vida e das práticas cotidianas.

#### **4 DISCUSSÃO DOS DADOS**

A partir dos encontros realizados com os grupos, selecionamos alguns dados que consideramos relevantes e que serão analisados e discutidos a seguir. Durante a realização dos Grupos de Discussão, uma das ferramentas metodológicas as quais recorremos foi o Diário de Campo. A partir dele e dos seminários que realizávamos (eu e minha bolsista), extraímos, então, apontamentos que emblematizam algumas linhas de atuação, representadas por enunciados dos próprios usuários. Optamos por nomear estas linhas de acordo com suas especificidades e sinais distintivos, mas também porque elas compõem, à sua maneira, uma rede discursiva que influi diretamente nas vidas cotidianas destes pacientes.

##### **4.1 Linha Medicamento - existe 'o melhor delineamento' de tratamento?**

Percebeu-se no grupo realizado uma concepção de que o tratamento das psicopatologias das quais os próprios usuários eram agentes, era, precisamente, o próprio medicamento, visto que este era expresso através de falas como "*o meu tratamento é o remédio, todo o meu tratamento é através do medicamento*". Podemos pensar que esta forma de entendimento está permeada por uma visão do trato das psicopatologias de base organicista e que deposita na droga a esperança absoluta de uma cura definitiva. A representação de uma condição curativa - e não preventiva ou apoiada na palavra- ligada ao sofrimento psíquico reflete um posicionamento ingênuo, ou até mesmo romântico em relação à questão do tratamento. É como se o sofrimento psíquico estivesse situado totalmente em alguma parte física do corpo e que, assim sendo, uma droga poderia corrigi-lo ou recondiçaná-lo.

No campo organizado por uma psiquiatria clínica (de cunho organicista), o medicamento é utilizado basicamente como o único instrumento eficaz sobre um conjunto articulado de sintomas que passam a ser a referência maior para a nomeação e criação de um complexo sindrômico, por exemplo. Esta referência maior dedicada à medicação soa arriscada, pois delega uma autonomia, um poder totalizador no medicamento que pode vir a excluir todas as outras formas e possibilidades de produção de novos modos de existência (ZIEGELMANN, 2005). Ainda podemos compreender que a idéia do medicamento ser o centro do tratamento e, por muitas vezes, considerado como a única forma de sê-lo, decorre de uma compreensão de que o sofrimento psíquico está localizado prevalentemente no corpo, e assim, o cérebro passa a ser apontado como o referente orgânico onde estaria determinada a sua falha biológica.

Identificamos no discurso coletivo dos participantes que o medicamento é o único - ou o principal - tratamento para o sofrimento psíquico, e que nele está depositada uma esperança vã, tributária de um conjunto de enunciados dogmáticos que pregam a soberania da droga sobre qualquer aparato psicológico. As conseqüências deste fenômeno não são simples nem simplórias, ao contrário, ajudam a compor um quadro existencial onde se acredita em soluções finais e que passam, inflexivelmente, pela questão do medicamento enquanto um elemento curativo, indispensável e final para os sofrimentos da alma. Isso pode ser exemplificado com a seguinte fala "*é só com o remédio para se controlar, porque ele vai até o cérebro*" ao que outro usuário complementa "*no meu caso, que faço injeção, é mais rápido ainda porque vai direto ao cérebro*". Fica clara aqui a representação de que só o medicamento seria capaz de curar e de que o sofrimento psíquico estaria, terminantemente, no registro corporal-orgânico. Pensando em uma perspectiva biologicista, em que se afasta a concepção de normalidade biológica, Testa faz algumas constatações:

"(...) na ideologia sanitária biologicista, os problemas de saúde são individuais e consistem em afastamento da normalidade biológica, seja qual for o critério com que esta se defina. A etiologia e a patogenia das enfer-

midades esgotam a questão da causalidade, bem como definem as formas de resposta possíveis, basicamente mediante a atenção aos problemas de enfermidades que as pessoas apresentam: a atenção médica." (TESTA, 1992; 169).

Existia, no grupo realizado por nós na rede pública de saúde de Frederico Westphalen, uma cultura em que ou a pessoa é doente ou é sadia, não havendo espaço para um equilíbrio entre os termos, restringindo, portanto, suas atividades. Era comum nos relatos dos pacientes surgir a idéia de que os familiares também entendem o sofrimento destes usuários como uma "mania", algo que muitas vezes não era entendido e aceito pelos que os cercavam. A incompreensão leva, não obstante, a um afastamento afetivo que provoca inquietação, tristeza e angústia. Uma das participantes contava-nos que pedia ajuda para um parente próximo em um momento de desespero ante a depressão que a supliciava. Este parente, por acreditar que seu problema de saúde era algo que poderia ser curado somente com remédios (e, por conseguinte, que se ela estava sofrendo era simplesmente porque não administrara o uso de drogas corretamente), fala-lhe asperamente, repreendendo-a. Assim, não lhe dispensou atenção senão aquela que servia para censurá-la diante de sua pretensa irresponsabilidade em esquecer de tomar suas drogas. Outra usuária relata o afastamento do marido e filhos em função de *"sua doença sem cura, a depressão"*.

É necessário, como sugere Quinet (2001) colocar a doença entre parênteses: não se trata de negar a existência do fenômeno psicopatológico, senão, recusar-se, sim, de pô-lo em uma posição de destaque absoluto na vida do paciente, sobretudo sob a égide transcendente da semiologia psiquiátrica. A medicação, pensamos, opera como um elemento que interfere nos movimentos existenciais que este protagoniza em sua vida e que pode situá-lo em uma posição mínima de equilíbrio frente aos seus padecimentos. Com efeito, as drogas comparecem neste exemplo como mais um expediente no interior de uma programação ampla do exercício clínico psicoterapêutico. De forma geral, aspirar um meio termo diante de situações crônicas e/ou agudas, quando se trata de psicopatologias, sem-

pre é o mais indicado. Queremos dizer que é o sujeito, a partir de sua condição histórica (portanto, discursiva, social, econômica, cultural, orgânica, genética...), que irá endereçar os rumos de um diagnóstico e a direção de seu tratamento. Por isso, para responder à pergunta que enunciávamos neste subtítulo, faz pouco sentido desejar criar uma hierarquia categórica entre tratamento medicamentoso e anímico.

#### **4.2 Linha Relação Vertical entre Terapeuta e Paciente**

Através dos relatos dos participantes do grupo passamos a compreender com maior clareza a forma como alguns profissionais da área da saúde expressam suas avaliações sobre as questões que envolvem a psicopatologia aos seus pacientes da rede pública de saúde em Frederico Westphalen. Nem todos os psiquiatras que atendem pelo Sistema Único de Saúde, segundo alguns usuários, parecem dispensar atenção suficiente aos seus pacientes, de forma que as consultas passam a ter um caráter muito mais de renovação (ou não) das prescrições medicamentosas do que um atendimento de cunho psicoterapêutico. Dizia um participante *"é importante para mim vir aqui porque aqui eu posso falar com pessoas..."*. Outro contava-nos que, ao dar-se conta de que precisava de uma ajuda profissional para resolver seus *"problemas de cabeça"*, buscou um médico: *"só que ele mal olhava para mim! Eu entrava no consultório e ele já ia fazendo a receita... nem conversava! Tá certo isso?"*.

Embora acredite que deva existir, em alguns momentos, uma horizontalidade na relação médico-paciente, o que Ziegelmann (2005) observava em seus primeiros anos de profissão era um olhar cabisbaixo e de passividade do paciente frente o diagnóstico, indicando que a relação médico-paciente era atravessada e efetivada, direta e/ou indiretamente por uma relação de poder vertical, hierárquica entre medicalizador e medicalizado. Esta qualidade relacional entre o par acima citado parece recorrentemente nas histórias de vida contadas nos grupos: *"o que o senhor acha? Tenho cura ou não?"*, dirigia-me questionador um usuário. Sem obter um retorno direto, emenda *"bom, o senhor é doutor, não é mesmo? Então, com certeza, deve saber a resposta sobre a minha doença"*.

Não foram poucas as ocasiões em que os pacientes demandaram

respostas diretas sobre seus problemas. Que eles se ocupassem dessa forma diante destas questões, era compreensível, mas que nós - segundo eles, os doutores psicólogos - caíssemos nesta armadilha... mas que armadilha, poderia o leitor indagar? Ora, a mesma que nos coloca no lugar de um saber total sobre o outro, de tal forma que palavra deste outro acaba por esvaziar-se de sentido, de afetos, de sentimentos, diante da palavra incondicional do cientista/doutor. Este tipo de acontecimento faz recrudescer ainda mais uma relação motivada e amparada por um vetor explicitamente vertical e hierarquizado entre seus integrantes. Trabalhar assim, no sentido de uma desconstrução desses lugares, especialmente quando isso autoriza o sujeito a pensar autônoma e livremente, sempre foi o nosso norte e para tal nos aplicamos da melhor maneira que pudemos. Em determinadas situações de vida, o que pode ser mais precioso do que saber pensar livremente sobre si próprio? O que pode ajudar mais do que ter consigo as ferramentas que produzam autocrítica e reflexão sobre os próprios atos, de forma a conduzir o sujeito a uma nova condição perante a vida?

#### **4.3 Linha de Desconstrução**

Os grupos, nas suas formas de organização, podem servir a muitos propósitos, sabemos disso. Estes que organizamos e instituímos na referida rede pública tinham o claro propósito de funcionar, como nos diz Benevides (1997), como um espaço que comportasse relações de força e que se abrisse para a produção constante de subjetividades. É no seu espaço de operações que são forjados contornos que darão visibilidade a determinados afetos, sentimentos e percepções que os sujeitos têm de si e de suas maneiras de se relacionar com o mundo e as pessoas. No tecido que aí se trama, é possível detectar um sem número de jogos de força políticos, éticos, estéticos e de empuxos e repuxos enunciativos que se digladiam, não obstante, por um lugar de destaque e primazia no jogo discursivo.

Não é incorreto afirmar que no grupo ocorre aquilo que, insistentemente, nomeamos neste artigo de processo de subjetivação, ou seja, que ali se dá um intercruzamento de linhas de força - e de desejo - que arquitetam modos de existir, já que diferentes sujeitos, com diferentes histórias,

com diferentes versões e diferentes diagnósticos se encontram ou, se desencontram em um mesmo território discursivo. O grupo acaba sendo a arena onde se desenrolam não só momentos de conservação de forças, de idéias em potencial e de enunciados, mas também de sua desconstrução. É-nos extremamente caro que os usuários tenham condição e autoridade para poder desenvolver suas próprias idéias, discutir suas teorias sobre si de maneira engajada e crítica, viabilizando um ambiente de criação e manutenção de uma autonomia legitimada na palavra pronunciada, a partir da qual eles possam decidir, então, sobre os rumos de suas vidas. Sobre isso, Benevides nos fala:

Em nossa experiência com grupos temos observado que o experimentar ouvir o outro irradia uma experimentação de ouvir os outros - outros modos de existencialização, outros contextos de produção de subjetividades, outras línguas para outros afetos, outros modos de experimentar (1997: 189).

Considerar a subjetividade como eixo de análise no dispositivo grupal é prestar atenção para algo que, com efeito, pode ser separado analiticamente de idéias e comportamentos, mas que, entretanto, é o que os torna possíveis. Isso significa dizer que a experiência de si e as possibilidades em relação às transformações de si na composição de novos estilos de vida, pela transversalidade que se produz no grupo, é justamente o que o torna interessante este processo grupal.

## **5 LINHAS FINAIS**

Não tivemos, em nenhum momento, a ingênua intenção de criar o novo, sobretudo em relação a uma antiga prática, como a grupal. Apesar disso, temos a consciência de que pugnamos, junto aos usuários, pela produção de novas idéias, pela produção de novas formas de pensar antigas questões. Como uma tecnologia ao nosso alcance, o grupo operou como uma possibilidade de fala para pessoas que há muito haviam se perdido no silêncio. Silêncio este que demonstrou, não obstante, ser o moto contínuo de uma engrenagem produtora de loucura e sofrimento. Este trabalho, cremos, transcendeu aquilo que poderíamos chamar de "o



campo da clínica". Percebemos que os espaços de fala ali engendrados (de falas rompidas, construídas, fragmentadas, elucidadas) compuseram um quadro que nos remeteu para a reafirmação de uma cidadania há muito esquecida e, por que não dizer, perdida em determinados casos. Assim sendo, entendemos que cumprimos parcialmente nossa função como psicólogos, que não é outra senão a de propiciar espaços para a palavra e os seus sentidos múltiplos.

**ABSTRACT:** *The article discusses the role of Discussion Groups in public health services. A Discussion Group could be understood as a process to develop autonomy in the lives of their members. Autonomy means to decide about their own lives, considering an existence based on social relationships. The discussions express meaningful life experiences taken from the public health services context. The symbolic worlds of both worker and consumer are recognized and valued as specific places wherefrom the dialog occurs.*

**Key-words:** *Discussion groups. Public health service. SUS.*

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BENEVIDES, R. de B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica não-publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 1994.

BENEVIDES, R. de B. **Dispositivos em Ação**. In: LANCETTI, A. (Org). **Saúde e Loucura** (pp. 183 – 191). São Paulo: Hucitec, 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico de Senado Federal, 1988.

CAMPOS, T. **Psicologia Hospitalar**. São Paulo: EPU, 1995.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M.; ALMEIDA, M. J. O programa de Saúde da Família e o direito a saúde. **Revista Olho Mágico**. Londrina, v. 6, n.22, p. 22-26, 2000.

LOPES, M. J. M. **Imagem e Singularidade**. In: MEYER, D.; WALDOW, V. R.; M. LOPES, M. J. (org). **Marcas da diversidade**. (pp. 43-52). Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MINAYO, M. C. de S. Um Desafio Sociológico para a Educação Médica (Representações Sociais de Saúde-Doença). **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, n.º 5. p.26-30, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Manual de classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. **Revista São Paulo**: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português, v. 1,1993.

PELLICCIOLI, E. **O Trabalho do Acompanhamento Terapêutico em Grupo**: novas tecnologias na rede pública de saúde. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2000.

QUINET, A. (org) **Psicanálise e Psiquiatria**. Rio de Janeiro: D'água, 2001.

RIBEIRO, C. S. **Plano Grupal Transdisciplinar**: cartografando uma equipe de saúde mental. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

SEGRE, M. & FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**. V. 31, n.5. São Paulo, outubro,1997.

SEMINOTTI, N., GUARESCHI, N. e PELLICCIOLI, E. **Projeto Acolhimento**. In: ORTIZ, J. et al. (org.) **Acolhimento em Porto Alegre**. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2004.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre, Artes Médicas/ ABRASCO, 1992.

ZIEGELMANN, L. **Psiquiatria Social Contemporânea**. **Petrópolis, RJ: Vozes, 2005**.