

CAPÍTULO 1

Desafios e potencialidades da formação profissional em Saúde Mental: uma experiência com o Grupo Comunitário de Saúde Mental

Bruna Cardoso Pinheiro

Carmen Lúcia Cardoso

Este capítulo é fruto de estudos conduzidos pelas autoras acerca do Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM), modalidade original de cuidado, que busca integrar aspectos de natureza ôntica, ontológica, educativa e cultural. Ele foi escrito com o objetivo de compreender as experiências de estudantes e profissionais da área da saúde/saúde mental com o GCSM, considerando o processo de formação profissional em saúde mental por meio de um programa, que se encontra afinado ao modelo de atenção psicossocial e aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Assim, cabe inicialmente uma retomada, ainda que breve, dos propósitos e intencionalidades da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no sentido de compreender melhor seus princípios norteadores e a implementação do modelo de atenção psicossocial.

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como peculiaridade o fato de ter sido moldado no bojo das lutas sociais pelo processo de redemocratização do país e pela organização de uma sociedade mais justa, democrática e cidadã (Amarante & Nunes, 2018; Guljor & Amarante, 2017). Ao mesmo tempo, sofreu influências de experiências e movimentos internacionais, que vinham sendo empreendidos desde o final da Segunda Guerra Mundial, particularmente da experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana. Tais movimentos lançavam crítica à instituição psiquiátrica, ao modelo asilar e à lógica que o fundamenta, centrada na tutela, segregação, exclusão social e normatização do diferente, que

geraram as consequências historicamente observadas de rompimento da rede de relações interpessoais e sociais, empobrecimento existencial, anulação de subjetividades, culminando na “mortificação do eu”, processo marcado pela supressão e despojamento da identidade, autonomia e historicidade da pessoa em sofrimento psíquico (Amarante & Torre, 2018; Kinker, 2017; Martinhago & Oliveira, 2015; Sousa & Jorge, 2019).

Embora inspirada pelas concepções e conquistas italianas, a Reforma Psiquiátrica Brasileira não conseguiu extinguir os hospitais psiquiátricos, que ainda coexistem e participam da rede de serviços que surgiu para ser substitutiva a esses, permanecendo como um dos maiores desafios, a superação da lógica manicomial, inclusive nos aparelhos substitutivos que se propõem a combatê-la (Guljor & Amarante, 2017; Martinhago & Oliveira, 2015). Importa considerar, sobretudo, que a noção de “reforma psiquiátrica” não se restringe ao simples mecanismo de reorganização ou mudança nos tipos de serviços e terapêuticas oferecidas, nem se encerra na extinção dos hospitais psiquiátricos. Trata-se de um complexo e multifacetado processo de transformação social, política e cultural, que tem como cerne a construção de um novo lugar social para a “loucura” (Amarante & Nunes, 2018; Guljor & Amarante, 2017; Sousa & Jorge, 2019).

Assim, pode-se afirmar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo ainda em construção, cuja consolidação depende não apenas da transformação de estruturas, instituições, programas e políticas públicas, mas, sobretudo da transformação de pessoas, capazes de assumir um compromisso ético com a vida, cidadania e dignidade humana (Amarante & Nunes, 2018). Sob essa perspectiva, o modelo de atenção psicossocial constituído como o paradigma norteador do cuidado em saúde mental, no bojo da Reforma Psiquiátrica, apresenta como cerne a concepção do sujeito em sofrimento psíquico como sujeito de direitos e do território como espaço privilegiado de produção de cuidado e cidadania. Dessa forma, trata-se de uma realidade dinâmica, em que os diferentes atores sociais desempenham um papel ativo na

abertura e expansão de espaços de negociação, participação social e emancipação da pessoa em sofrimento psíquico (Amarante & Nunes, 2018; Amarante & Torre, 2018).

Nesse processo, ganha destaque o tema da formação dos profissionais de saúde mental, tendo em vista o lugar estratégico que ocupam como produtores de cuidado (Emerich & Onocko-Campos, 2019). A esse respeito, um dos grandes desafios envolvendo a formação de recursos humanos em saúde mental compreende a baixa carga horária dedicada às disciplinas de saúde mental nos cursos de graduação da área da saúde, assim como a escassa aproximação com os serviços substitutivos durante estágios e aulas práticas. Tal realidade se reflete futuramente na dificuldade, por parte dos profissionais, em trabalhar de maneira interdisciplinar e intersetorial, culminando em práticas eminentemente individuais e descontextualizadas (Sales & Dimenstein, 2009; Silva, Esperidião, Cavalcante, Souza, & Silva, 2013; Wetzel, Kohlrausch, Pavani, Batistella, & Pinho, 2018).

Além disso, deve-se considerar a dimensão estruturante do modelo psicossocial, que implica na construção de processos de ensino-aprendizagem capazes de viabilizar o desenvolvimento de uma práxis, orientada pelo e para o cuidado em liberdade e a produção de autonomia, cidadania e vida (Emerich & Onocko-Campos, 2019; Scafuto, Saraceno, & Delgado, 2017).

Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde e a Educação Interprofissional emergem como potentes recursos na consolidação de um processo formativo mais afinado ao modelo de atenção psicossocial, por oportunizarem um saber/fazer que aproxima o sujeito da aprendizagem da realidade cotidiana dos serviços, do trabalho em equipe e das necessidades dos usuários atendidos (Sousa, Severo, Félix-Silva, & Amorim, 2020). Além disso, por permitirem a construção de espaços coletivos de reflexão e diálogo, operando na micropolítica do trabalho cotidiano, favorecem a ruptura com modelos instituídos, na medida em que o trabalhador, ao assumir a condição de protagonista do processo formativo, passa a produzir o conhecimento em ato (Rézio,

Fortuna, & Borges, 2019; Sousa et al., 2020). Dentro dessa perspectiva de protagonismo na produção do cuidado e da formação profissional em saúde mental, insere-se o Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM), objeto do presente estudo.

Contexto de Estudo: Grupo Comunitário de Saúde Mental

O GCSM é uma modalidade de cuidado em saúde mental, com propósitos terapêuticos, educativos e de promoção da saúde, que visa ampliar, diversificar e integrar práticas de cuidado na atenção psicossocial. Foi criado em 1997, no contexto do Hospital-Dia, vinculado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e, desde então, encontra-se em expansão para outros serviços e espaços de atenção e formação em saúde mental (Ishara & Cardoso, 2013).

O GCSM possui, como objetivo central, promover um exercício pessoal e continuado de atenção e reflexão acerca da vida cotidiana, em articulação a um trabalho grupal, de forma a contribuir para o desenvolvimento de uma rede de cuidado à saúde mental aberta à comunidade (Ishara & Cardoso, 2013; Loureiro, 2013). Ressalta-se que o termo “comunitário”, presente na denominação do grupo, reflete seus fundamentos teóricos, que se encontram afinados à perspectiva fenomenológica, segundo a qual a comunidade constitui uma dimensão ontológica do ser humano. Ao mesmo tempo, refere-se à proposta de trabalho grupal, ou seja, todos os participantes são convidados a contribuir com o grupo na condição de protagonistas, colaborando com a construção coletiva da tarefa (Ishara & Cardoso, 2013; Rocha & Cardoso, 2017).

Nesse sentido, o GCSM possui composição heterogênea, contando com a participação de usuários e ex-usuários de serviços de saúde mental, familiares, estudantes e profissionais da saúde/saúde mental e qualquer pessoa interessada no cuidado à saúde mental. Tendo em vista que o trabalho é norteado por uma lógica de horizontalidade do cuidado, independente dos lugares sociais e profissionais ocupados pelos diferentes participantes do

grupo, todos são convidados a participar ativamente, ocupando posições simétricas no espaço grupal, ou seja, todos os participantes, inclusive o coordenador, encontram-se na condição de pessoas que possuem experiências de vida e, portanto, podem compartilhá-las (Pinheiro, Ishara, & Cardoso, 2019).

Os encontros do GCSM acontecem com uma frequência que varia de semanal a mensal, a depender do espaço em que são desenvolvidos. Cada encontro do GCSM corresponde a uma sessão grupal única, com duração de uma hora e trinta minutos. Segue o formato de rodas de conversa, com a mediação de um coordenador e encontra-se estruturado em três momentos consecutivos e interligados, que compreendem: 1) Sarau – momento destinado ao compartilhamento, por parte dos participantes, de experiências vividas pela pessoa em seu contato com produções artísticas, jornalísticas, literárias, entre outras. Não se trata simplesmente da exposição de obras, mas de um exercício de reflexão e apropriação das experiências construídas por meio do encontro da pessoa com a cultura; 2) Relato de experiências – momento dedicado ao compartilhamento de experiências pessoais cotidianas, no qual tanto quem relata quanto quem ouve é convidado ao exercício de reflexão e apropriação do vivido; 3) Etapa Reflexiva – momento de encerramento do trabalho grupal, no qual os participantes são convidados a olharem para e compartilharem as repercussões daquilo que foi vivido no espaço do grupo, como exercício de apropriação das experiências cotidianas, a ser extrapolado para além das fronteiras do grupo (Ishara & Cardoso, 2013).

Além dos grupos desenvolvidos ao longo do ano, acontece, anualmente, o “Encontro Comunitário de Saúde Mental”, evento de maior proporção, que reúne os participantes de diferentes grupos comunitários, com participação aproximada de trezentas pessoas e duração de quatro horas, seguindo o mesmo formato de trabalho grupal que estrutura o programa (Ishara & Cardoso, 2013). Tendo em vista a expansão do trabalho, a qualidade do cuidado em saúde mental que oferece e, por se tratar de uma proposta teórico-metodológica original de grupo, atualmente é oferecido também

um Curso de Formação de Coordenadores do Grupo Comunitário de Saúde Mental, visando à formação de novos coordenadores (Prado & Cardoso, 2020).

Assim, além da dimensão da atenção e promoção da saúde, o GCSM atua como dispositivo de formação em saúde mental, articulando ensino e pesquisa a uma proposta vivencial (Loureiro, 2013; Pinheiro et al., 2019). Neste âmbito, surgiram questionamentos e possibilidades de compreensão sobre o processo de formação profissional na área da saúde/saúde mental, vivenciado no contexto do GCSM, visando ampliar a compreensão acerca da formação no campo da saúde mental.

Ressalta-se que esse estudo integra um projeto maior, elaborado em uma pesquisa qualitativa¹, em nível de mestrado, desenvolvido no contexto do GCSM, vinculado ao Hospital-Dia, serviço-escola que atua como campo de estágio e aprimoramento profissional para estudantes e profissionais de diferentes áreas da saúde. Esse trabalho contou com relatos de estudantes e profissionais em formação no campo da saúde/saúde mental sobre suas experiências com o GCSM, obtidos por meio de entrevistas abertas e cuja análise seguiu os parâmetros da Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 1977/2011). Os participantes desse estudo foram estudantes das áreas de Enfermagem (3 graduandos), Terapia Ocupacional (1 graduando) e Fisioterapia (1 graduando); e profissionais em formação das áreas de Psicologia (1 aprimorando de Saúde Mental), Medicina (8 residentes de Psiquiatria) e Serviço Social (1 aprimoranda de Serviço Social), que participaram do GCSM por, no mínimo, cinco encontros, possuindo, assim, certo grau de conhecimento da proposta. A pesquisa seguiu os preceitos

¹ Dissertação de mestrado intitulada “Grupo Comunitário de Saúde Mental: Formação de Recursos Humanos” (Pinheiro, 2017), desenvolvida pela primeira autora deste capítulo, sob orientação da Profa. Dra. Carmen Lúcia Cardoso, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

éticos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº 42548815.3.0000.5407.

Para a discussão do material, serão utilizados recortes das entrevistas em que os estudantes e profissionais em formação responderam a respeito da formação em saúde mental, a partir de sua participação no GCSM. Vale destacar que todos os nomes citados são fictícios, a fim de preservar a identidade dos participantes. A análise efetuada foi organizada em três categorias, que são apresentadas a seguir.

1. Contextos de Formação Profissional em Saúde Mental: desafios para a consolidação de uma formação orientada para o modelo psicossocial

Esta categoria apresenta experiências de formação em saúde mental, vividas pelos estudantes e profissionais entrevistados, tanto na graduação, como na especialização profissional; assim como concepções acerca de adoecimento mental, pessoa em sofrimento psíquico e trabalho em saúde mental, que vem perpassando seu processo formativo. Visa apresentar o contexto de formação dos participantes. Foi dividida em duas subcategorias, apresentadas a seguir.

1.1 Experiências de formação em Saúde Mental

Um dos desafios relatados por parte dos entrevistados, relacionado à atuação em saúde mental, refere-se ao contato superficial com a área durante a graduação em saúde, como ilustram os depoimentos a seguir:

Na graduação, a gente não tem nenhuma disciplina específica sobre saúde mental, não tem. A gente lê alguns textos, alguma outra coisa pra ter uma noção, mas é bem generalista, não tem. [...] É engraçado, porque a saúde, ela é o segundo campo que mais absorve assistentes sociais, mas a gente estuda mais a legislação, as leis, o SUS [...]. A gente não afunila pra saúde mental.

Então, a gente vê alguma coisa que o aluno fica mais interessado e busca alguns textos. [...] A gente não tem estágio. É muito raro alguém fazer estágio na saúde mental. (Jaqueline, assistente social, aprimoranda de Serviço Social/ Psiquiatria)

Gabriel: Eu tenho um pouco [de saúde mental] na saúde do idoso, a gente fala um pouquinho de demência, saúde mental, mas muito pouco assim, nem se compara.

Bruna: Na sua graduação, você tem a possibilidade de fazer estágio em saúde mental?

Gabriel: Não, lá a gente tem definido já quais são as áreas, que é respiratória, neuro, ortopedia, saúde do trabalhador, saúde do idoso, que é geriatria, saúde da mulher, que é mastectomia, essas coisas assim, mas saúde mental não há, mas assim, chega pra gente pacientes com demência e aí que é legal, porque a gente não sabe lidar [...] a pessoa chega lá com demência, variando e tal e se você souber abordar isso de uma forma legal, o seu tratamento é muito efetivo, mas se você não sabe abordar, se você não sabe nem do que se trata a coisa, não tem como você fazer nada, é inviável. (Gabriel, graduando de Fisioterapia do 4º ano)

Jaqueline caracterizou sua formação em serviço social como “generalista”, destacando que não teve disciplina específica ou oportunidade de estágio na área da saúde mental, durante a graduação, ficando a critério do aluno se aprofundar na temática. Da mesma forma, Gabriel descreveu um contato pontual com a saúde mental na graduação em fisioterapia. Porém, assinalou a presença de sofrimento psíquico em usuários atendidos durante os estágios, que esbarra no despreparo dos estudantes para realizar o manejo de tais casos.

O contato superficial com a área da saúde mental, durante a graduação, provoca repercussões também na especialização profissional, momento em que os profissionais deparam com desafios, circunstâncias e contextos que exigem o desenvolvimento de outros recursos e estratégias, para além do enfoque biológico, necessários à operacionalização do cuidado, como elucidam os depoimentos seguintes.

No começo [da residência médica em Psiquiatria], foi muito complicado assim, porque na verdade a ideia que eu tinha não é nada da ideia do que é. A gente tem uma ideia de que o psiquiatra é como se fosse, sei lá, que o médico, que é a ideia que acho que é vendida pra gente na faculdade, né, de um médico biológico, técnico. Então, assim, ah, você tem pressão alta, você vai lá e dá o remédio pra pressão, você tem diabetes, você vai lá, você tem esquizofrenia, você vai lá e dá um antipsicótico. Sabe, essa coisa assim, você faz um diagnóstico e você dá um remédio, remédio assim, não tô dizendo só o medicamento, você tem um diagnóstico e você tem um tratamento. E aí, na hora que eu entrei na Psiquiatria, eu vi que isso ia por água abaixo, né? Porque não é assim. Primeiro, que pra você fazer um diagnóstico, você tem que ter uma compreensão muito ampla, tanto de outras áreas, quanto do próprio paciente, da história dele, da evolução dele. Às vezes, num corte transversal, o paciente parece uma coisa, parece uma coisa, assim, no sentido de um diagnóstico, mas, depois de um tempo, você vai ver e não é nada daquilo e aí você tem que mudar, né, toda sua proposta terapêutica. (Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

No meu R1 [primeiro ano de residência médica em Psiquiatria], eu não conseguia ter esse discernimento pra entender o que que tava acontecendo, porque, pra mim, eu tava aprendendo tudo, entende, então, tudo pra mim era referência, né, e eu acabava ficando meio perdido, né, tem que aprender como agir, né, como trabalhar, você tá aprendendo o que que é Psiquiatria, você tá aprendendo o que é psicoterapia, o que que é trabalho numa semi-internação. Você não sabe nada! Você chega totalmente cru, e o trabalho em saúde mental, ele é completamente diferente de um trabalho como médico, o tipo de relação que a gente estabelece com o paciente, pelo menos dentro do que a gente é formado, do que você tem culturalmente, dentro da cultura médica é... é diferente do tipo de vínculo que você tem com o paciente em saúde mental. Então, essa confusão, né, pra mim, essa mudança de lugar pra mim foi muito difícil. (Rodrigo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Os relatos apontam dificuldades, por parte de alguns profissionais, ao depararem com as demandas e especificidades do trabalho em saúde mental, uma vez que a formação recebida na graduação esteve calcada na dimensão biomédica e técnica do cuidado. Nesse sentido, Roberta destacou que chegou à residência em

Psiquiatria com uma visão linear do processo de tratamento e cura, segundo a qual, para cada diagnóstico psiquiátrico, corresponde a “prescrição” de determinado tratamento, centrando-se a conduta terapêutica predominantemente no tratamento psicofarmacológico.

Na mesma direção, Rodrigo falou de uma ausência de referências em relação ao trabalho em saúde mental e à conduta do profissional, devido à carência de uma base conceitual e vivencial anterior. Ao depararem com a complexidade do cuidado em saúde mental, necessitam repensar condutas e modos de estar com o usuário, tendo em vista as peculiaridades do trabalho no campo da saúde mental. Tal perspectiva corrobora a literatura da área, que aponta a existência de um descompasso entre a formação acadêmica recebida pelos profissionais da saúde e as demandas presentes no cotidiano dos serviços de saúde mental. Esse descompasso se reflete na grande rotatividade de profissionais nos serviços substitutivos e no enfrentamento de conflitos, teóricos e técnicos, que os profissionais tentam superar por meio da formação complementar e da educação permanente que se delineia no trabalho em ato, no próprio cotidiano dos serviços (Pinho, Souza, & Esperidião, 2018; Rézio et al. 2019; Sousa et al., 2020; Wetzel et al., 2018)

Contudo, não se trata de realidade homogênea, visto que alguns dos participantes relataram que seus cursos de graduação oportunizaram contato com o campo da saúde mental, incluindo a possibilidade de desenvolvimento de estágios e projetos científicos na área:

Na TO [Terapia Ocupacional] tem essa parte bem social, bem da saúde mental. [...] Então, assim, eu percebo que a TO é mais esse campo, tem a saúde física também, que seria tipo uma reabilitação, mas eu percebo que essa parte do social e da saúde mental é bem forte dentro da TO, tem bastante projetos [de iniciação científica] nessas áreas [...] No primeiro ano, a gente vê muito abrangente e, no segundo ano, a gente já começa a ter a saúde mental, a saúde física, a saúde do adulto, a saúde da criança, dentro da terapia ocupacional. (Letícia, graduanda de Terapia Ocupacional do 1º ano)

A gente, desde o primeiro ano, tem estágios e a partir do segundo ano a gente tem estágio no hospital [geral]. [...] A gente passa pelo estágio obrigatório de Psiquiatria no terceiro ano e no nosso último ano, a gente faz estágio supervisionado e que são os estágios mais longos, é praticamente só estágio, no nosso último ano, e daí a gente pode escolher a área que a gente quer fazer estágio. Eu fiz os meus dois estágios na saúde mental. (Luana, graduanda de Enfermagem do 4º ano)

Letícia apontou a inserção do campo da saúde mental na graduação de Terapia Ocupacional, destacando, inclusive, a possibilidade de desenvolvimento de projetos de iniciação científica nessa área. De modo semelhante, Luana relatou a existência de estágio obrigatório em Psiquiatria, no terceiro ano da graduação em Enfermagem, assim como de estágios opcionais, na área, no último ano. Desse modo, observaram-se diferentes contextos de aprendizado em saúde mental no processo formativo dos estudantes e profissionais entrevistados.

A esse respeito, torna-se relevante considerar o processo de transição paradigmática pelo qual atravessam as áreas de atenção e formação em saúde/saúde mental. Conforme salientam Pereira, Reinaldo e Andrade (2015), existem pontos de avanço e retrocesso, não tendo sido possível ainda alcançar um ponto de equilíbrio e integração, cabendo destacar ainda a influência das políticas públicas, das lutas sociais e do conhecimento científico sobre a transformação do campo.

Portanto, a consolidação do modelo psicossocial como paradigma norteador da formação profissional em saúde mental, não se restringe à inclusão de conteúdos relacionados à saúde mental nos cursos da área da saúde ou a mera existência de estágios e práticas em instituições e serviços da área. Deve-se atentar à intencionalidade com a qual se opera o processo de ensino-aprendizagem, visto que o embate de paradigmas, que opera no campo da atenção à saúde mental, permeia, também, os contextos de formação profissional.

1.2 Concepções sobre adoecimento mental, pessoa em sofrimento psíquico e trabalho em saúde mental

Ao analisar os relatos dos estudantes e profissionais entrevistados acerca de algumas de suas experiências e aprendizados em saúde mental, observou-se a sutileza com a qual operam diferentes paradigmas de cuidado. Como apontam os relatos seguintes, a lógica de tutela e controle, muitas vezes, atravessa de forma insidiosa as concepções que cercam o adoecimento mental.

[A saúde mental] é uma área em que você precisa ser muito humano, porque eu acho que você empresta, às vezes, sua mente, pra que a outra pessoa traga coisas pra você e você consiga dar um bem-estar pra ela, devolver esse bem-estar, tanto na forma de medicamento, quanto de outras formas, né, terapias, grupos, social, porque é complexo, né, o adoecimento em saúde mental. (Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

O papel do, vou falar do enfermeiro, por exemplo, que é minha área. A gente tem papel de facilitadores, não só a gente, mas acho que todos da saúde mental. É uma questão assim: você tem que trabalhar o paciente, pra que ele aprenda a trabalhar com as ferramentas que ele tem. [...] Mas, às vezes, o paciente vem com um monte de demanda e com uma visão deturpada de tudo isso, sem conseguir, às vezes o grau de sofrimento é tão grande que ele não consegue parar e refletir sobre tudo isso e eu sinto que a função é como se a gente pegasse um quebra-cabeça e jogasse aqui na mesa. Esse quebra-cabeça tem como você montar ele, às vezes vai ficar sempre faltando uma peça, às vezes vai, mas você vai chegar o mais próximo de terminá-lo. A nossa função é ajudar eles a encontrar as peças e encaixar elas. (Natália, graduanda de Enfermagem do 4º ano)

Os depoimentos anteriores revelam uma concepção acerca do trabalho em saúde mental atravessada por uma noção biologicista e mecanicista do processo saúde-adoecimento mental e de verticalidade da relação profissional-usuário, na qual o primeiro constitui a parte “ativa” e “saudável” da díade, responsável por

“emprestar a mente” ao “paciente”, sujeito “incompleto” e “impotente” de forma a lhe “devolver” o “bem-estar”. Destaca-se, ainda, o paralelo traçado por Natália entre a atuação do profissional de saúde mental, junto ao usuário e à manipulação de um quebra-cabeça, processo mecânico no qual o primeiro identifica o que “falta” ao segundo, com base em um modelo “ideal” e tenta enquadrá-lo o mais fielmente possível a esse modelo, com a ressalva de que, nos casos mais graves, poderá “ficar sempre faltando uma peça”.

Fonseca e Jaeger (2012) chamam a atenção para os fenômenos de naturalização de diagnósticos psiquiátricos e reprodução de concepções e modos tradicionais de lidar com o adoecimento psíquico, revestidos de novos nomes e materializados em novos procedimentos e espaços. Os autores destacam a importância de estar atento à manutenção de uma lógica dicotômica e reducionista, que avalia e classifica, com base em um padrão social esperado e termina por patologizar o diferente, medicalizar e segregar o sujeito dentro dos próprios serviços substitutivos, reduzindo, muitas vezes, o universo social do usuário.

Importante ressaltar que as concepções e compreensões descritas pelos estudantes e profissionais entrevistados não se circunscrevem ou refletem simplesmente percepções individuais, mas são perpassadas e traduzem uma lógica mais ampla, que permeia a formação e a atenção em saúde mental. Ou seja, o paradigma manicomial está constantemente disputando espaço com o modelo psicossocial, e seus fundamentos refletem-se, muitas vezes, de forma implícita na compreensão do sofrimento mental e nas formas de cuidado.

Nesse sentido ainda, os próximos relatos dão visibilidade a um dos grandes desafios para a transformação do cuidado em saúde mental, que é a superação de um olhar acerca da pessoa em sofrimento mental, marcado pela fragmentação e redução da mesma à doença, incapacidade e carência de recursos.

A minha mentalidade ainda é um pouco, mas tenho tentado mudar, daquele jeito de que o paciente é o negativo, é a doença, é algo que não tem recurso,

que só vai melhorar a poder de remédio, que vai ser difícil. (Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano)

Antes de eu ter contato [com a saúde mental] é isso que eu te falei, então eu tinha uma visão, era uma pessoa saudável que adoeceu, que tem uma doença e agora tem que tomar um remédio pra sair dessa doença e voltar a ser o saudável de antes, como se fosse bem assim, bem bê-á-bá. E quando eu entrei na Psiquiatria eu até pensei que fosse assim mesmo. (Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Miguel destacou seu empenho na modificação de uma concepção reducionista acerca da pessoa em sofrimento mental que vai ao encontro de diversos estudos, os quais apontam a permanência entre profissionais de saúde mental das noções de periculosidade, agressividade, imprevisibilidade, incurabilidade, carência e cronicidade, historicamente construídas em torno da doença mental e do sujeito em sofrimento psíquico, o que contribui para a reprodução de uma lógica de tutela e exclusão (Machado & Pereira, 2013; Miranda, Oliveira, & Santos, 2014).

Além disso, tanto Miguel quanto Roberta descreveram uma concepção inicial a respeito do adoecimento mental, que continua a permear a prática de muitos profissionais de saúde mental, atravessada por uma lógica organicista que circunscreve as possibilidades terapêuticas, exclusivamente, ao uso do medicamento, visto como instrumento de retorno à “normalidade”, assumindo, muitas vezes, a função de apaziguamento e contenção da pessoa em sofrimento psíquico, frente às urgências (Machado & Pereira, 2013; Miranda et al., 2014).

2. Primeiros Contatos com o GCSM: vivência e apropriação de um novo modelo

Esta categoria apresenta as vivências iniciais dos entrevistados com o GCSM, assim como os movimentos de apropriação realizados por eles em relação à sua proposta de trabalho. Deve-se

considerar que o GCSM se encontra inserido no processo de formação profissional dos estudantes e profissionais entrevistados e, portanto, tal experiência vincula-se a um contexto mais amplo, que abrange as especificidades e os desafios da formação no campo da saúde/saúde mental.

Para alguns dos entrevistados, os contatos iniciais com o GCSM estiveram atrelados às suas primeiras experiências em saúde mental, e com grupos, como ilustra o relato a seguir.

Eu nunca tinha participado de grupo nenhum, de nenhuma forma e aí quando foi em junho, eu fui em um grupo [...] e foi lá na Escola de Enfermagem, mas, assim, eu achei uma coisa comum, porque era basicamente alunos e docentes, então eu achei normal. Aí, quando eu vim pra cá [GCSM do Hospital-Dia], eu senti um pouco de diferença, porque quando eu cheguei aqui é com os pacientes, aí eu fiquei um pouco apreensiva. [...] Eu não sei, acho que é porque eu nunca tinha tido contato, eu nunca tinha ido em um hospital psiquiátrico, nem nada... foi meu primeiro contato [com a saúde mental]. Aí eu fiquei quietinha, num cantinho e aí foi ainda um pouco difícil pra absorver o grupo, sabe? (Ester, graduanda de Enfermagem do 1º ano)

Diante de sua primeira aproximação com o GCSM, Ester destacou uma dificuldade inicial de adaptação e compreensão do mesmo, não apenas em função da especificidade de sua proposta de trabalho, mas por se tratar de seu primeiro contato com a área da saúde mental. Ressalta-se a distinção apontada por ela em relação a sua participação no grupo realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP e no grupo desenvolvido no Hospital-Dia, no qual ela teve seu primeiro contato com usuários de serviços de saúde mental.

A presença de um estranhamento e dificuldade inicial de compreensão da proposta de trabalho do GCSM perpassou os depoimentos de diversos entrevistados. Para aqueles, assim como Ester, que entravam em contato com a saúde mental, o GCSM se inseriu em um processo de aproximação e descoberta da área. Para aqueles com experiências anteriores em saúde mental e com grupos,

o contato com o GCSM foi marcado por um movimento de assimilação de um novo modelo, como exemplifica o próximo relato.

No R1 [primeiro ano de residência médica em Psiquiatria], quando a gente começou a participar do Grupo Comunitário, quando a gente tá no Hospital-Dia como residente, no princípio era difícil pra mim, entender o funcionamento, os objetivos, até como se portar no grupo [...] Eu acho que eu ficava muito presa ao modelo, a ter um objetivo final do grupo e tudo mais. Então, eu pensava, eu acho que eu ficava... que o Grupo Comunitário, às vezes tinha que ter, no sentido de ter uma finalidade naquele momento, sabe, assim por si só o grupo naquele momento tinha que ser terapêutico. (Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Conforme ilustra o depoimento de Roberta, os estudantes e profissionais em formação chegaram ao GCSM com algumas concepções a respeito da coordenação e dinâmica de participação em grupos de saúde mental, geralmente pautados pela centralização na figura de um coordenador e pela diferenciação entre profissional e usuário de serviços de saúde mental. Percebeu-se uma dificuldade inicial de compreensão da proposta de trabalho do GCSM, seus objetivos e modelo de cuidado, que diferentemente de grupos terapêuticos ou clínicos tradicionais, centrados nas queixas e problemas dos usuários, propõe um exercício de atenção e reflexão sobre a vida cotidiana.

Ressalta-se que a operacionalização da proposta de trabalho do GCSM depende do envolvimento dos participantes com o exercício proposto de compartilhamento de experiências cotidianas. Nesse processo, mostra-se como essencial a compreensão por parte dos integrantes do grupo dos objetivos e funcionamento do trabalho. Prado e Cardoso (2020), em estudo que investigou o papel do coordenador no GCSM, observaram que o enquadre desenvolvido pelo coordenador nos encontros grupais favorece a criação de um “contorno” para a proposta de trabalho, o qual contribui para sua operacionalidade. Destaca-se, ainda, conforme apontado pelas autoras, que o papel do coordenador no espaço do GCSM diferencia-

se do tradicionalmente observado em outros contextos grupais, pois ele se insere na atividade, ou seja, atua como facilitador do trabalho ao mesmo tempo em que compartilha com os demais participantes o percurso de constituição da tarefa grupal.

Considerando a complexidade da proposta do GCSM, notou-se que a compreensão mais aprofundada dela, por parte dos estudantes e profissionais entrevistados não se deu de forma automática, mas foi necessário certo tempo para sua apropriação, como pode ser visualizado no recorte a seguir.

E eu acho que a dificuldade, às vezes, é que pra alguém que tá chegando e entendendo o que tá acontecendo, porque é algo que quando você termina, que você vai entendendo com o tempo, porque é complexo mesmo. [...] E, às vezes, acho que a dificuldade é de entender direito qual que é o processo, qual que é o trabalho, como que é essa escolha de trazer alguma contribuição, alguma experiência, né, e como lidar com o que tá sendo ali dividido, pra realmente ir além do que tá sendo falado, de entender que o que tá sendo ali dividido é mais relato do que uma música, é uma música que me toca de uma certa forma, me faz sentir assim, me faz lembrar. Então, que isso vai além, que traz lembranças, que me transforma. [...] Nos primeiros saraus que eu participei, fiquei de trazer uma frase, mas na verdade não é trazer uma frase, é uma frase que de alguma forma me fez ver alguma coisa de uma forma diferente. (Paulo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Paulo apontou como aspecto importante para a realização do exercício proposto pelo GCSM, a compreensão adequada de sua proposta e de seu processo de trabalho. Tal compreensão perpassou por um movimento de atenção e apropriação por parte dos participantes em relação às contribuições que são levadas ao espaço. Conforme destacou Paulo, tratou-se de perceber tais contribuições para além de seu conteúdo explícito, reconhecendo o potencial de ajuda e crescimento pessoal que elas carregam. Nesse sentido, por se tratar de uma proposta original no campo da saúde mental, houve a necessidade da apropriação do modelo de trabalho do GCSM, o que demandou certo tempo de vivência, processo que foi gradativamente

acontecendo a partir da participação no próprio grupo. O relato abaixo exemplifica tal processo.

Eu entendo que é um exercício diário. Assim, quando a gente fala, como eu te disse, quando a gente fala parece fácil reexperimentar um cotidiano, reexperimentar uma rotina é uma coisa até muito difícil, mas eu acho que é um treino. Não acho que, igual eu falei, se a gente deixar vai passando, o dia vai passando, a semana vai passando, os anos vão passando, as experiências vão passando. Acho que quando você fala assim, olhar pra experiência é como se fosse uma pausa, dar uma pausa e pensar sobre aquilo, olhar pra aquilo, pode ser da mesma forma, mas só de você parar: “não, o que que eu tô fazendo? O que que é isso que tá acontecendo? Pra onde eu tô indo?” Então, quando você fala em olhar pra experiência, eu penso em parar e falar “vamos pensar o que que tá acontecendo, de que forma que eu tô levando isso, de que forma que eu tô encarando as coisas na minha vida”. (Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Roberta acentuou a importância de a proposta do GCSM de atenção às experiências cotidianas ser exercitada diariamente, considerando não se tratar de tarefa simples, pois implica em um processo que perpassa pelo desenvolvimento de um olhar atento e curioso para as descobertas, que nascem do encontro da pessoa humana com a realidade. Ressalta-se que a vivência da proposta do GCSM transcende o momento dos encontros realizados no espaço do grupo, pois seu “material de trabalho” é a própria vida acontecendo. Conforme ressaltam Rocha e Cardoso (2017), a pessoa e a experiência vivida formam uma unidade ativa, pois o sujeito não é um simples receptáculo de acontecimentos externos, mas opera sobre a vida, assim como a vida opera sobre ele. Nesse sentido, ao dar destaque para “aquilo que acontece” na vida cotidiana, a proposta do GCSM promove “uma abertura criativa de novos fazeres na interface entre a saúde e o adoecimento” (Rocha & Cardoso, 2017, p. 3).

3. O GCSM como espaço de rupturas e descobertas acerca da pessoa em sofrimento psíquico

Esta categoria aborda as concepções e vivências dos estudantes e profissionais em formação com o modelo proposto pelo GCSM, com destaque para as vivências dos mesmos em relação aos usuários de serviços de saúde mental participantes do GCSM. O relato abaixo aponta como a participação dos entrevistados no GCSM permitiu um novo tipo de contato com as pessoas em sofrimento psíquico e demais integrantes do grupo:

Então, acho que, a partir do momento que, por exemplo, uma pessoa que é profissional conta uma experiência que é tão simples quanto uma que é da comunidade ou como a de um paciente, eu acho que isso iguala tudo, entendeu. A pessoa, às vezes, o próprio paciente vê que o profissional não é tão acima que ele, e o profissional também vê que ele não é tão acima do paciente ou de qualquer pessoa que tá ali da comunidade e isso vai se igualando assim. Você vê que as experiências são simples e são simples e tão aí pra todo mundo. As experiências não escolhem a gente, não é porque eu sou profissional que eu vou ter uma experiência mais sofisticada que a sua, jamais. Às vezes, hoje por exemplo, a experiência do Tales, que ele contou sobre o pai dele é muito mais sofisticada que a experiência de qualquer profissional, que falou qualquer coisa hoje. É uma pessoa que é simples, então eu acho que essa simplicidade das coisas que aproxima as pessoas, que iguala mesmo e também que eu falei de você vê o profissional chorar, que você acha que ele é o homem de ferro né, o profissional todo ali, postura, não, o profissional chora também, igual sabe, não tem dessa! Todo mundo é gente né, então, não tem separação disso. (Gabriel, graduando de Fisioterapia do 4º ano)

Como destacou Gabriel, a proposta de trabalho do GCSM de atenção às experiências cotidianas pode alcançar a todos, tendo em vista que a possibilidade de “fazer experiências” é comum a todos os seres humanos. Nesse sentido, a condição humana que aproxima todos os integrantes do grupo, assim como a oportunidade oferecida aos estudantes e profissionais em formação, de vivenciarem uma mudança de lugar em seu contato com os usuários de serviços de

saúde mental, parece favorecer uma ruptura com hierarquias e relações de poder que geralmente marcam o desenvolvimento do cuidado na saúde. Ao mesmo tempo em que os estudantes e profissionais se defrontam com novas facetas das pessoas em sofrimento psíquico, que revelam potências geralmente encobertas nos contextos tradicionais de atenção à saúde, tais pessoas, por sua vez, também deparam com aspectos e dimensões humanas dos profissionais de saúde, que favorecem o estabelecimento de relações mais horizontais entre eles.

Tal horizontalidade abre espaço para a descoberta e criação de novas possibilidades, especialmente a de se relacionar com o outro. Nesse contexto, os entrevistados descreveram o GCSM como um lugar que favorece a construção de relações de maior reciprocidade e troca, na medida em que possibilita aos participantes oferecerem como receberem ajuda uns dos outros.

Quando o paciente vem e ele te mostra, ou ele te traz alguma coisa que te faz bem, ou que te faz refletir, ele acaba te proporcionando uma coisa positiva pra sua saúde mental e talvez acabe... te faz perceber que não é só o paciente, que você tá ajudando o paciente, o paciente também tem coisas a oferecer, a acrescentar e acaba que você, no Grupo é muito claro isso, que todo mundo tem alguma coisa pra compartilhar e ensinar. (Luana, graduanda de Enfermagem do 4º ano)

Eu acho que... essa palavra potencial resume muita coisa, potencial que me lembra viver, porque eu acho que o Grupo Comunitário, ele traz muito essa palavra vida, tanto em questões minhas como das outras pessoas, que eu via como algo mais down, como se não tivesse coisas a acrescentar, igual o paciente, eu falava: "ah, esse paciente não vai aprender nada, esse paciente não vivencia nada". Então, eu percebo que é o contrário, que há uma vida, que há um potencial nas outras pessoas que eu posso aproveitar, que eu posso, ela pode trazer coisas que eu não pensava, que eu posso aprender com algumas das pessoas que eu achava que eu só poderia ensinar e, ao mesmo tempo, trouxe essas mesmas palavras pra mim, potencial e vida, o quanto que eu posso viver cada momento melhor, o quanto eu posso viver numa música, num poema, ou viver num filme coisas que eu não vivia e isso mostra o quanto que eu tenho de potencial. Então, saber que o mesmo efeito que

causou em mim, causa um efeito que eu vejo nas outras pessoas, me aproxima muito das pessoas, de trazer os pacientes, trazer os outros participantes pra perto de mim. (Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano)

Os depoimentos anteriores chamam a atenção à surpresa dos participantes ao reconhecerem nos usuários de serviços de saúde mental, potencialidades até então desconhecidas ou não reconhecidas em outros contextos. A descoberta de potenciais e recursos em pessoas, que antes ocupavam um lugar de falta, incapacidade, impotência, mostra-se surpreendente, não apenas por desvelar outras facetas da pessoa em sofrimento psíquico, como também por carregar um potencial de ajuda e contribuição para o próprio profissional de saúde. Conforme destacou Miguel, trata-se de um encontro com a vida que habita no outro e em si. Assim, promove uma maior abertura a si mesmo, ao outro e ao mundo, condição necessária para o cuidado em saúde mental.

Tal encontro com a vida e a potencialidade, presente em cada ser humano, parece favorecer um movimento de (trans)formação das concepções acerca da pessoa em sofrimento psíquico, como aponta o relato seguinte:

Eu acho que uma coisa que mudou bastante foi que, quando eu entrei no R1 [primeiro ano de residência médica em Psiquiatria], a gente fica muito com uma visão do doente, né, paciente, doente, tudo doente, né, não tem nada de saudável. O que era saudável se foi, acabou. Então, como que num grupo desses que as pessoas trazem espaços pra reflexão, coisas saudáveis, sejam elas alegres ou não, podem ser tristes também, como que pode trazer, né, se são doentes? Então, era uma visão muito marcada disso. Quando eu acho que foi o tempo passando, né, igual eu falei você vai aprendendo, você vai vendo outros lugares, outros espaços, a ideia que eu comecei a ter muito é de, não do doente, né, mas de uma pessoa que está adoecida e parte dela está adoecida. Ela ainda tem muitas coisas saudáveis dentro dela, só que às vezes ela não enxerga isso e nem os profissionais, nem a equipe de saúde mental e eu percebi o quanto isso atrapalha o tratamento e a melhora, a melhora de qualidade de vida, né, o tratamento que eu digo é a melhora de qualidade de

vida, porque aí fica a equipe e o doente buscando uma, uma utopia sabe, uma coisa assim “ah, então você é todo doente, agora a gente tem que buscar todo seu eu saudável”. [...] o doente, ele deixou de ser pra mim, sabe assim o paciente-doente só. Sabe, tem uma história por trás, tem esses aspectos saudáveis, tem além daquilo sabe, tem além da esquizofrenia, por mais que às vezes o que você vê é o paciente esquizofrênico, mas quem que é esse paciente, né, eu acho que isso faz diferença. (Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

A princípio, Roberta descreveu uma dificuldade em enxergar aspectos saudáveis nos usuários de serviços de saúde mental, tanto que se questionou sobre a capacidade de participação deles no GCSM, pois estava habituada a vê-los na condição de “doentes”, ocupando um lugar de falta, incapacidade e impotência. Com o passar do tempo, Roberta pontuou que ocorreu uma mudança de olhar em relação ao usuário, de alguém “doente” para “*uma pessoa que está adoecida e parte dela está adoecida*” [sic], chamando a atenção para o desafio que constitui a superação de tais concepções reducionistas por parte dos profissionais e das equipes de saúde mental.

A esse respeito, observam-se duas questões que perpassam o depoimento de Roberta, e que fazem parte dos desafios que se colocam atualmente para a efetivação do modelo psicossocial de atenção em saúde mental. A primeira questão consiste na histórica redução da pessoa em sofrimento psíquico à doença e ao diagnóstico psiquiátrico, dificultando que o profissional consiga enxergá-la para além da falta e da patologia. A segunda, envolve uma tentativa de superar essa lógica centrada na doença, mas que acaba por cair em novo reducionismo, na medida em que o profissional tenta olhar para a pessoa que há por trás do diagnóstico, mas o faz com base em um “ideal de pessoa saudável”, passando a nortear suas ações pela busca de enquadrar ou aproximar a pessoa em sofrimento psíquico de determinados padrões de subjetividade e de vida, socialmente dominantes, como ilustra o depoimento de Roberta: “*ah, então você é todo doente, agora a gente tem que buscar todo seu eu saudável*” [sic].

Severo e Dimenstein (2009, p. 65) lançam crítica à clínica fundamentada no diagnóstico psiquiátrico, que se mostra predominante nos serviços substitutivos de saúde mental. Segundo as autoras, o diagnóstico tem sido utilizado como critério definidor de parâmetros de normalidade/anormalidade, transformando-se em referência identitária para o sujeito, que, então, passa a nortear a própria vida por meio da busca incessante de se enquadrar em um “ideal de homem saudável”. Nesse sentido, os “serviços substitutivos produzem, constantemente, ‘usuários peritos’, que podem administrar a sua medicação, cuidarem de si, serem autônomos”, mascarando um histórico processo de assujeitamento, que busca homogeneizar as diferenças e criar modos de ser e viver padronizados, com base em modelos instituídos socialmente.

As autoras destacam ainda que, se a reforma psiquiátrica avançou em termos de reinserção social, o mesmo não ocorreu em relação aos modos da sociedade lidar com a loucura. Desse modo, apontam que “não há uma efetiva produção de saúde sem transformações sociais”, cabendo aos serviços substitutivos de saúde mental importante papel na legitimação social de diferentes modos de ser e viver, acolhendo e valorizando a singularidade e a diversidade humana (Severo & Dimenstein, 2009, p.66).

Sob essa perspectiva, a proposta do GCSM, ao desvelar a riqueza cotidiana, possibilita um reconhecimento genuíno do valor da pessoa humana que (se)constitui (n)o cotidiano, de maneira singular e única. A esse respeito, em seu percurso de participação no GCSM, os estudantes e profissionais em formação relataram a possibilidade de perceber a pessoa em sofrimento mental de forma mais integral, podendo romper com as dicotomias “capaz/incapaz”, “positivo/negativo”, “são/doente” permitindo olhar para a pessoa em sua totalidade. Essa forma de perceber, mostra-se surpreendente, conforme exemplo no recorte a seguir:

Eu acho sensacional, às vezes, uma coisa que o paciente traz é uma coisa que você fala “nossa, isso é muito elaborado”! Quando o Mateus traz uma poesia que ele escreveu, sei lá, eu estudei literatura, li vários livros, estudei

a vida inteira, mas não sei escrever algo tão bem assim, sabe. Uma vez, ele compôs uma música e terminou com um mi menor e falou “a gente nunca termina uma música com esse acorde porque fica um tom de dúvida, um tom de tristeza”, alguma coisa assim e eu estudei música e que sensacional ele pensar nisso, de colocar um acorde diferente no final da música. [...] eu acho que quando você chega no Grupo Comunitário e você vê um paciente com esquizofrenia, que escreve poesia muito melhor que você, isso é desestigmatizante sabe, ele é muito melhor que você em muitas coisas e aí faz interpretações e fala algumas coisas muito mais inteligentes que você falaria. Eu acho que isso é muito bom pra gente, é bom pros outros pacientes, desestigmatizar eles, eles frente a eles também. Eu acho que é muito importante, nesse sentido. (Paulo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Paulo apontou sua surpresa diante do reconhecimento da habilidade de elaboração, interpretação e criação de um usuário de serviço de saúde mental, que compõe e compartilha músicas e poesias de sua autoria no GCSM. Observa-se seu encantamento ao perceber o outro, geralmente visto sob uma perspectiva de falta, ocupando no contexto do cuidado um lugar de potência e criatividade. Assim, destaca-se que a vivência de um espaço no qual os estudantes e profissionais em formação podem presenciar os usuários ocupando um lugar de potência, falando de si para além dos sintomas e da doença, como portadores de outras histórias, outras possibilidades de ser/existir, revela-se um dispositivo potente para a superação de estigmas em relação a pessoa em sofrimento psíquico.

Ao presenciarem, vivenciarem e compartilharem de outras facetas da pessoa em sofrimento psíquico no contexto do GCSM, os estudantes e profissionais em formação podem romper com o lugar geralmente demarcado em torno dela, que a circunscreve à patologia e/ou à compreensão diagnóstica. Emerge, assim, a perspectiva do “sofrimento como um dado e não mais a totalidade de uma biografia” (Trajano & Silva, 2012, p. 30). Destacam-se as potencialidades de empoderamento em saúde mental contidas nessa perspectiva, na medida em que permite romper com relações

de saber/poder que colocam a pessoa em sofrimento psíquico sob a condição de assujeitado, para fazê-la emergir sob o lugar de sujeito potente, que pode estabelecer relações de troca com o profissional de saúde e participar como coautor do processo de produção do cuidado em saúde mental. Contudo, compreende-se que, no campo da saúde mental, o empoderamento é uma construção e conquista coletiva, que envolve a participação de diferentes atores, incluindo usuários, familiares, profissionais e sociedade mais ampla no processo de crítica e desconstrução de relações de opressão, exclusão e dominação, consolidadas e reproduzidas historicamente (Alves, Oliveira, & Vasconcelos, 2013).

Assim, percebe-se que a proposta do GCSM de atenção às experiências cotidianas, por carregar em si uma perspectiva de cuidado empreendida no encontro eu-outro, sujeito-comunidade, favorece o reconhecimento do valor único que cada pessoa possui, bem como da potência do encontro, capaz de reunir a singularidade e a diversidade em uma amálgama fecunda à emergência do inédito. Tal perspectiva pode constituir um recurso valioso à consolidação, tanto da formação, quanto da prática em saúde mental, orientada pelo modelo de atenção psicossocial, por meio de uma abertura e valorização da pessoa humana, como elemento central e dinamizador do cuidado.

Considerações Finais

A consolidação do modelo de atenção psicossocial, como orientador da formação em saúde mental, demanda, não apenas a transformação de currículos, mas, principalmente, a criação de outro *“espaço social para a loucura”* no processo de ensino-aprendizagem em saúde/saúde mental. Como revelou a análise empreendida nesse capítulo, a lógica manicomial se manifesta, muitas vezes, de forma sutil nos modos de operar o cuidado, mascarando o estigma à pessoa em sofrimento mental sob condutas, nomenclaturas e práticas rotineiras e naturalizadas. Nesse sentido, destaca-se a importância de espaços, práticas e

experiências capazes de estabelecer pontos de ruptura com o instituído, abrindo brechas para a emergência de novos modos de aprender e fazer saúde mental.

Com base nas análises efetuadas, pode-se afirmar que a proposta de trabalho do GCSM, ao promover a aproximação dos participantes àquilo que é próprio do humano, desvela potenciais que permanecem, muitas vezes, encobertos nos contextos tradicionais de atenção em saúde mental. Ao entrar em contato com outras facetas da pessoa em sofrimento psíquico, que a revelam sob um lugar de potência, os estudantes e profissionais em formação podem desconstruir conceitos reducionistas e estereótipos, centrados na patologia, na falta e na impotência. Ao mesmo tempo, os encontros entre pessoas oportunizados pelo grupo, parecem favorecer uma percepção mais realista por parte dos estudantes e profissionais acerca de suas próprias fragilidades humanas. Tal movimento permite uma ampliação das possibilidades de desenvolver relações de cuidado em saúde mental, ao abrir espaço para o inédito, que só emerge mediante a ética do respeito ao diferente.

Referências

- Alves, T. C., Oliveira, W. F., & Vasconcelos, E. M. (2013). A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 51-71. doi: 10.1590/S0103-733120130001 00004
- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. doi: 10.1590/1413-81232018236.07082018
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista*

de *Administração Pública*, 52(6), 1090-1107. doi: 10.1590/0034-761220170130

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).

Emerich, B. F., & Onocko-Campos, R. (2019). Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170521. doi: 10.1590/interface.170521

Fonseca, T. M. G., & Jaeger, R. L. (2012). A psiquiatrização da vida: arranjos da loucura, hoje. *Polis e Psique*, 2(3), 188-207. doi: 10.22456/2238-152X.40327

Guljor, A. P., & Amarante, P. (2017). Movimentos sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária. *Cadernos do CEAS*, 242, 635-656. doi: 10.25247/2447-861X.2017.n242.p635-656

Ishara, S., & Cardoso, C. L. (2013). Delineamento do Grupo Comunitário de Saúde Mental. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, delineamento metodológico e estudos* (pp.19-40). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.

Kinker, F. S. (2017). Um hospício em crise: imagens de uma experiência de desinstitucionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(60), 189-198. doi:10.1590/1807-57622016.0163

Loureiro, S. R. (2013). Experiência de Formação com Graduandos no Grupo Comunitário de Saúde Mental. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, delineamento metodológico e estudos* (pp.117-132). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.

Machado, M. P., & Pereira, M. A. O. (2013). Percepção da doença mental por profissionais de saúde: possibilidades de ampliação

- do cuidado. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(1), 125-138. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v13n1/v13n1a08.pdf>
- Martinhalgo, F., & Oliveira, W. F. (2015). (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 24(4), 1273-1284. doi: 10.1590/S0104-12902015136741
- Miranda, L., Oliveira, T. F. K., & Santos, C. B. T. (2014). Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(3), 592-611. doi: 10.1590/1982-3703001662013
- Pereira, A. A., Reinaldo, A. M. S., & Andrade, D. C. L. (2015). Formação dos enfermeiros em saúde mental que atuam na atenção primária à saúde: contribuições teóricas. *SANARE*, 14(1), 8-14. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/601/318>
- Pinheiro, B. C. (2017). *Grupo comunitário de saúde mental: formação de recursos humanos*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-20032018-132235/pt-br.php>
- Pinheiro, B. C., Ishara, S., & Cardoso, C. L. (2019). Grupo Comunitário de Saúde Mental: centralidade da pessoa humana no processo de formação profissional. *Revista De Medicina*, 98(2), 120-131. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v98i2p120-131
- Pinho, E. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 141-152. doi: 10.1590/1413-81232018231.08332015
- Prado, A. P. C., & Cardoso, C. L. (2020). Coordenação grupal em uma modalidade de cuidado: Grupo Comunitário de Saúde

- Mental. *Psicologia em Estudo*, 25, e42129. doi: 10.4025/psicolestud.v25i0.42129
- Rézio, L. A., Fortuna, C. M., & Borges, F. A. (2019). Pistas para a educação permanente em saúde mental na atenção básica guiada pela Socioclínica Institucional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3204. doi: 10.1590/1518-8345.3217.3204
- Rocha, R. M. G., & Cardoso, C. L. (2017). A experiência fenomenológica e o trabalho em grupo na saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 29, e165053. doi: 10.1590/1807-0310/2017v29i165053
- Sales, A. L. L. F., & Dimenstein, M. (2009). Psicólogos no processo de Reforma Psiquiátrica: práticas em desconstrução? *Psicologia em Estudo*, 14(2), 277-285. doi: 10.1590/S1413-73722009000200008
- Scafuto, J. C. B., Saraceno, B., & Delgado, P. G. G. (2017). Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). *Comunicação em Ciências da Saúde*, 28(3/4), 350-358. doi: 10.51723/ccs.v28i03/04.277
- Severo, A. K. S., & Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(1), 59-67. doi: 10.1590/S1413-294X2009000100008
- Silva, N. S., Esperidião, E., Cavalcante, A. C. G., Souza, A. C. S., & Silva, K. K. C. (2013). Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de Saúde Mental. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 22(4), 1142-1151. doi: 10.1590/S0104-07072013000400033
- Sousa, F. M. S., Severo, A. K. S., Félix-Silva, A. V., & Amorim, A. K. M. A. (2020). Educação interprofissional e educação permanente em saúde como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(1), e300111. doi: 10.1590/s0103-73312020300111

- Sousa, F. S. P., & Jorge, M. S. B. (2019). O retorno da centralidade do Hospital Psiquiátrico: retrocessos recentes na Política de Saúde Mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1), e0017201. doi: 10.1590/1981-7746-sol00172
- Trajano, A. R. C., & Silva, R. (2012). Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. *Polis e Psique*, 2(3), 16-36. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40318/25985>
- Wetzel, C., Kohlrausch, E. R., Pavani, F. M., Batistella, F. S., & Pinho, L. B. (2018). Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Supl. 2), 1729-1738. doi: 10.1590/1807-57622017.066