

UMA EXPERIÊNCIA EM GRUPO TERAPÊUTICO – CAPS I

AN EXPERIENCE IN THERAPEUTIC GROUP - CAPS I

Cláudia Susana Bolzan Pinto*
Giani Keffori*
Jefferson Silva Krug*

RESUMO: O presente trabalho é resultado de uma observação participante realizada junto ao CAPS I - Santiago. Tem como objetivo relatar as experiências em um grupo terapêutico, no qual, através de vários encontros, concluiu-se que é preciso um novo olhar ao portador de sofrimento psíquico, o qual sofre com a incompreensão familiar, com a falta de afeto e com a estigmatização social.

Palavras-Chave: Grupo terapêutico. Sofrimento psíquico.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge como resultado da observação realizada junto ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) - Santiago, referente à disciplina de estágio básico I, do Curso de Psicologia, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI/ Campus Santiago.

* Acadêmicas do Curso de Psicologia da URI - Campus de Santiago.

O QUE É O CAPS?

De acordo com o Ministério da Saúde, 2004, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo I, atende a uma população de 20.000 a 70.000 habitantes, adultos e em sua maioria pertencentes a comunidades de baixa renda. Constitui um serviço de saúde aberto, acolhedor e comunitário, vinculado ao SUS (Sistema Único de Saúde), onde são recebidas pessoas acometidas por sofrimento psíquico, desde psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, personalizado e promotor de vida. Busca abranger as necessidades individuais de cada usuário, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

O Sistema Único de Saúde (SUS) contempla e garante, em seus princípios fundamentais, os direitos reservados a todos os integrantes de uma sociedade, de forma igualitária, integral e acessível, alicerçando-se nos princípios de acesso universal e integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes (CONSTITUIÇÃO Federativa do Brasil, 1988).

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, tornando-se um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Os CAPS buscam a prática de um novo modelo em saúde mental, priorizando o atendimento em todos os seus aspectos, zelando pelo bem-estar e pela reconstituição da cidadania dos usuários portadores de sofrimento psíquico. Para que este serviço oferecido possa garantir uma assistência de qualidade, é necessário que haja uma constante reflexão e questionamento sobre o trabalho e as relações que estão sendo estabelecidas, tanto ao nível de equipe, como entre profissional e usuário, a fim de não haver uma reprodução do antigo modelo manicomial que tanto se deseja substituir. Além disso, a comunidade e os familiares devem ser chamados a conhecer o trabalho e a cooperar no tratamento, participando ativamente na construção de uma nova forma de pensar e lidar

com a "loucura".

Para que isto realmente seja possível é preciso que a equipe que vai trabalhar nestas unidades saia do modelo clássico de atendimento e funcionamento de trabalho, no qual não há dissolução e nem troca de saberes, predominando o distanciamento e as relações de poder entre técnicos e pacientes e entre os próprios profissionais da saúde que atuam no serviço, assumindo um papel bastante diferente, objetivando a desinstitucionalização do indivíduo acometido por sofrimento psíquico, numa busca constante da reconstituição da cidadania e da reinserção social, respeitando a individualidade e as limitações de cada usuário.

"É no lidar cotidiano com as pessoas e familiares de problemas mentais que, superando as formas anteriores de tratamento e assistência (internação em hospícios, isolamento, invalidação e mortificação), e exercitando novas formas de cuidado e acolhimento, centradas em novas escutas, em novas formas de convívio, em novas formas de ação terapêutica, que as mudanças são maiores" (AMARANTE, 1997, p. 176).

A permanência dos usuários no CAPS vai variar conforme a demanda de cada um. Segundo o coordenador da instituição, é importante ressaltar que o objetivo é promover um ambiente acolhedor ao paciente, com promoção de melhora no quadro clínico, visando um retorno à sociedade com melhores condições adaptativas. Conforme vai havendo uma melhora no quadro clínico, o projeto terapêutico vai sendo modificado (informação verbal)¹, podendo ocorrer de três maneiras, conforme o Ministério da Saúde (2004):

- a) atendimento intensivo: trata-se de atendimento diário, com pacientes em grave sofrimento psíquico, em crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua;
- b) atendimento semi-intensivo: o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o paciente apresen-

¹ Informação fornecida pelo psicólogo Dalnei M. Delevati, Coordenador do Caps I / Santiago, em conversa informal, em setembro de 2006.

ta melhora no sofrimento psíquico, com uma possibilidade maior de relacionamento, mas que ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia;

c) atendimento não-intensivo: é oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe, podendo ser atendido até três dias no mês.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 pacientes/dia em regime de atendimento intensivo, deverá ser composta por 1 médico com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, pedagogo, terapeuta ocupacional ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 4 profissionais de nível médio: técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou artesão, segundo o Ministério da Saúde (2004).

No Centro de Atenção Psicossocial de Santiago (CAPS I), o atendimento é diário e sua população é somente adulta. Conta com uma equipe multidisciplinar, composta por 2 psicólogos, 1 psiquiatra, 1 enfermeiro, 1 assistente social, 1 médico, 1 pedagoga, 1 motorista, 1 técnico administrativo, 1 cozinheira, 1 monitor, 2 técnicos de enfermagem e 2 estagiárias.

Atualmente, atende a 25 usuários em tratamento intensivo, 40 semi-intensivo, e 55 em tratamento não-intensivo. Estes últimos retornam ao CAPS mensalmente, para rever a necessidade ou alteração na medicação.

O atendimento começa a partir das 8h. Ao chegarem, os pacientes recebem a medicação e o café da manhã, e quando necessário recebem tratamento individual por parte da equipe. Após participam de oficinas, grupos terapêuticos, roda de chimarrão. Há pacientes que gostam de colaborar na manutenção da limpeza, ajudando a varrer a sala depois do café e na lavagem da louça.

O almoço é servido lá mesmo; há rotatividade durante os dias da semana entre os usuários. A equipe demonstra atenção e afeto, buscando entender as necessidades e os limites de cada um.

A OBSERVAÇÃO

A proposta inicial do estágio era realizar observações do comportamento de cada paciente durante a participação em um grupo psicoterapêutico, aberto, tendo em média 10 usuários, sendo coordenador o professor supervisor do estágio. O grupo funcionava uma vez por semana, sempre nas segundas-feiras, pela parte da manhã, no período de 18 de setembro a 06 de dezembro. Em alguns dos outros dias, visitamos a instituição, a fim de também conhecermos melhor como funcionam as oficinas, o atendimento e a relação entre usuários e equipe.

Durante a dinâmica de grupo, participaram vários usuários de diferentes idades, todos com transtornos mentais consideráveis e persistentes, em tratamento intensivo, vários deles já tendo passado por internações em hospitais psiquiátricos, embora alguns tivessem uma maior capacidade de organização do pensamento.

O objetivo do grupo era tratar de questões relacionadas à família e ao convívio social, o qual recebeu o nome de "Grupo Conviver". Funciona através da discussão de temas trazidos pelos próprios pacientes, sempre tentando um direcionamento para o objetivo inicial. Entre os temas sugeridos, elegeu-se o de maior ressonância no grupo para ser desenvolvido no encontro. No decorrer das discussões, foram trazidos temas como amor, família, suicídio, demonstração de carinho, necessidade de encontrar trabalho, dúvidas constantes sobre medicações e efeitos colaterais, possibilidades de cura, sintomas, entre outros.

A terapia em grupo visa à construção de um espaço de relação e trocas interpessoais; de reflexão a respeito de si e do outro e viabiliza a busca de uma maior apropriação e responsabilização, por parte dos pacientes, de suas doenças, seus sofrimentos e suas atitudes. Isto ocorre através do acolhimento, da possibilidade de expressão e da ressignificação de posições assumidas na vida.

A terapia de grupo busca ajudar os pacientes na socialização, proporcionando um ambiente onde podem ser criados relacionamentos com a função parental. O contexto grupal pode permitir ao terapeuta obter uma maior familiaridade com as relações objetivas internas dos pacientes em um tempo muito mais curto (GABBARD, 1998).

Segundo Zimmerman et al (1997), o campo grupal propicia uma série de fenômenos de funcionamento que são úteis no trabalho terapêutico, e sua utilização é o que caracteriza as diferenças entre o atendimento individual e o grupal. Especialmente em pacientes regressivos, exageradamente defensivos, o trabalho em grupo abre uma possibilidade de contraírem novos vínculos, fundados em maior confiança, respeito e solidariedade mútuos.

Nos primeiros encontros, ainda não havia sido criado um vínculo com o grupo, sendo que havia uma maior rotatividade entre os participantes. No entanto, no decorrer do trabalho foi-se criando uma relação mais próxima, com mais confiabilidade. É muito importante considerar que a maioria conseguiu aderir ao trabalho proposto, participando continuamente e dando uma maior possibilidade de discussão, conhecimento das angústias, inseguranças e características de cada um.

Segundo Zimmerman (2001), vínculo significa uma união, uma atadura com características duradouras. É uma forma de ligação entre as partes que estão unidas e inseparadas, embora permaneçam claramente delimitadas entre si.

Bion (apud ZIMERMAN, 2001) conceituou vínculo como "uma estrutura relacional-emocional entre duas ou mais pessoas, ou entre duas ou mais partes separadas de uma mesma pessoa" (ZIMERMAN, 2001, p.428). Do ponto de vista psicanalítico, vínculos são elos de ligação, permanentemente presentes e interativos. São sempre de origem emocional, e potencialmente transformáveis. Devem ser entendidos por meio do modelo da inter-relação continente-conteúdo.

Segundo Bion (apud ZIMERMAN, 2001), continente é o lugar do psiquismo do analista onde o paciente vai colocar o conteúdo, um conjunto de necessidades, angústias e objetos. Em qualquer indivíduo ou grupo, há um conteúdo, representado pelas suas necessidades, angústias, emoções, ansiedades, defesas etc., o qual necessita de um continente que possa contê-lo. O próprio grupo pode funcionar como um continente.

Sendo assim, o próprio grupo constituiu-se em um espaço continente, onde os pacientes puderam sentir-se amparados e aceitos, identificando-se entre si, absorvendo as fantasias, angústias e confusão existencial de cada um.

"O termo identificação designa um processo psicológico central, realizado ativamente pela parte inconsciente do ego, pelo qual o sujeito se constitui e se transforma, assimilando ou se apropriando, parcial ou totalmente, dos aspectos, atributos ou traços das pessoas mais íntimas que o cercam" (ZIMERMAN, 2001, p. 204).

A identificação é um processo ativo do ego do indivíduo e consiste em fazer com que este se torne idêntico a outro. A reprodução de tais processos identificatórios é freqüentemente observada nos grupos (ZIMERMAN, 2000). Assim, a psicoterapia de grupo possibilita um colocar-se no lugar do outro, identificando-se com seus sentimentos, sintomas e experiências. Isto aumentou a possibilidade dos pacientes relatarem e compartilharem seus sofrimentos, medos, angústias e experiências relativas ao adoecimento e ao convívio social.

Pode-se exemplificar a "identificação" no discurso de uma paciente durante o grupo:

- "Olha só que engraçado! Ela chora e ri ao mesmo tempo, que coisa estranha..." (EL)²

- Logo o coordenador do grupo pergunta:

- "Mas por que tu achas engraçado?"

- "De vez em quando eu faço isso também!" (EL)

- "Tu percebes isto em ti também?"

- "Sim. Várias vezes eu choro e logo dou risada. Estou triste e alguém fala alguma coisa e eu já fico rindo..." (EL)

Pode-se perceber aí a identificação de uma paciente com o sintoma da outra, o que possibilitou discutir um sintoma de uma forma mais dinâmica. Essas identificações, quando expostas ao grupo, podem ser uma maneira de fazer com que os outros comecem a perceber seus sentimentos, suas dúvidas, suas ansiedades e angústias de uma forma diferente, possibilitando uma maior compreensão.

Neste exemplo, podemos também observar a labilidade emocional ou instabilidade afetiva, que é um estado especial em que a mudança do

² As iniciais referem-se a nomes fictícios de alguns integrantes do grupo psicoterapêutico observado.

humor ou estado de ânimo é produzida rapidamente e sem motivo aparente, sempre acompanhada de forte intensidade afetiva, tornando as pessoas incapazes de controlar a intensidade de suas reações diante do mundo exterior (PAIM, 1993).

Percebeu-se que em certos momentos, o grupo assumiu uma função de maternagem. "A grande função de maternagem do analista consiste em entender as profundas necessidades que se expressam por diferentes meios, particularmente nas situações psicóticas" (ZIMERMAN, 2001, p. 263).

A profunda fraqueza do ego encontrada no paciente esquizofrênico pode ser amparada pela atividade do terapeuta. Se o julgamento do paciente está prejudicado, o terapeuta pode ter que ajudá-lo a pensar nas conseqüências de suas atitudes (GABBARD, 1998). Durante as observações, notou-se a formação de um subgrupo, com pacientes com uma maior capacidade de organização do pensamento e com algumas funções do ego mais preservadas, como controle de impulsos, juízo crítico, maior capacidade de demonstração de afeto. Em certas ocasiões, estes agiam como um ego auxiliar ao companheiro, fazendo comentários, corrigindo palavras, tentando dar sentido às frases, buscando palavras de conforto e saídas para alguns dos conflitos relatados. Estes momentos se fizeram muito importantes, pois os pacientes puderam encontrar apoio e algum suporte emocional entre o próprio grupo, não sendo tão necessária a intervenção do coordenador.

O consenso na literatura é de que os grupos terapêuticos dinâmicos devem ser heterogêneos em termos de conflitos dos membros, porém homogêneos em termos de um nível razoavelmente similar de coesão egóica (WHITAKER e LIEBERMAN, 1964; YALOM, 1985, apud GABBARD, 1998).

A simples necessidade de falar e ser ouvido foi queixa constante no grupo, a qual nos faz pensar no papel da sociedade e da família, que estigmatiza, não dá escuta e na maioria das vezes não se dá conta da agressão voltada ao doente mental, o qual ao contrário do que se pensa, sente e sofre sozinho. Em psicanálise, o conceito de "necessidade" alude a uma demanda, a um pedido desesperado por reconhecimento e amor, como forma de preencher uma antiga e profunda cratera de origem nar-

cisista, visando satisfazer o mínimo necessário para manter a sobrevivência física e psíquica, implicando em um indispensável tipo de vínculo com outra pessoa (ZIMERMAN, 2001). Neste sentido, pode-se observar claramente a dificuldade do portador de sofrimento psíquico na satisfação de suas demandas, sendo que várias vezes foram relatados sentimentos de desamparo, falta de reconhecimento, de carinho, afeto e compreensão.

Quando se mantém um padrão de "normalidade", torna-se inevitável que não haja certa forma de exclusão. Quando não escuto, quando não dou atenção, quando estigmatizo, o doente mental sofre sim. "As pessoas esquizofrênicas não são felizes em seu estado de isolamento" (REICHMANN, 1950, apud GABBARD, 1998, p.136). A capacidade de relacionamento interpessoal está presente mesmo nos esquizofrênicos mais isolados (SULLIVAN, apud GABBARD, 1998).

"A loucura, por si só, já suprime bastante o direito à autonomia e liberdade dos indivíduos, não é justo compactuarmos neste sentido. Não podemos permitir que a "ausência de razão", apresentada por alguns, seja pano de fundo para justificarmos nossa omissão face ao tratamento desumano a eles destinado. Caso contrário, para que serviria nossa irrefutável lucidez" (MARTINS, 2006).

Pode-se observar o sentimento de exclusão em alguns dos discursos dos pacientes, aqui descritos:

- "... Na minha casa ninguém me ouve. Eu falo, falo, e ninguém me escuta. Parece que estou falando para as paredes..." (MI).

- "... Meu irmão não toma mate comigo. A cuia dele é separada" ... (LU)

- "... Eu queria tanto receber um carinho..." (MI).

- "... Na minha casa sou tratada como um animal, pior do que um cachorro. Até fome eu passo..." (CA).

Estes discursos são apenas alguns de tantos outros os quais nos fizeram refletir sobre as dificuldades e vivências dos portadores de sofrimento psíquico. Osório (1996) define que a família é uma unidade grupal

que envolve relações pessoais de aliança, filiação e consangüinidade, e que cabe a ela fornecer condições aos sujeitos para a aquisição de suas identidades pessoais. Na prática cotidiana, geralmente a família e o usuário não costumam questionar o mito da loucura (VIEIRA FILHO, 2001, apud VIEIRA, 2005), contribuindo, muitas vezes, para aumentar o sofrimento psíquico.

Percebe-se a necessidade de um acolhimento maior por parte dos familiares, não esquecendo que estes também sofrem, sentem-se angustiados e precisam de apoio emocional para entender o doente psíquico em seu processo de vida e de transformações, modificando sua visão e atitude sobre o mesmo, colaborando assim para que mantenha sua posição dentro do grupo familiar e da sociedade.

Em 1946, Melanie Klein descreveu o conceito de "posição esquizoparanóide", a qual consiste em um indispensável uso de defesas primitivas, principalmente a dissociação e a projeção, forma esta do bebê livrar-se do medo de aniquilamento derivado da pulsão de morte (ZIMERMAN, 1999). A dissociação permite que a criança separe o bom e o mal, o amor e o ódio, o prazer e o desprazer, sendo uma forma biológica básica de ordenar as experiências, separando o ameaçador do ameaçado (GABBARD, 1998). A mãe é considerada como seio bom, sempre que o bebê sente-se gratificado, e seio mau quando este se sente frustrado e perseguido. Em condições normais, esta posição deveria estender-se até o terceiro mês de vida, sendo sucedida pela posição depressiva, onde a criança começa discriminar, reconhecer e integrar os aspectos clivados da mãe. Nesta posição, a mãe passa a ser vista como um objeto total, e a criança começa a assumir suas responsabilidades, exercitando suas capacidades reparatórias (ZIMERMAN, 1999). Para Winnicott (1975), uma mãe suficientemente boa é aquela que consegue manter um bom "*holding*", um equilíbrio entre a frustração e a gratificação.

A fala de uma paciente revelou ao grupo seu delírio persecutório e a dissociação seio bom/seio mau, relatando:

- "...A minha mãe de verdade é outra ... essa é má ... é ruim pra mim...ela me odeia. A minha mãe verdadeira é boa e rica e está me procurando... ela quer me encontrar..."

- "...eu odeio minha mãe. Ela me olha com uma cara tão feia, parece que quer me agarrar e entrar dentro de mim" (MI).

Esta paciente demonstrou um delírio compensatório para suprir a angústia de ter uma mãe frustradora, incapaz de sustentá-la afetivamente. Durante todos os encontros do grupo trouxe relatos de ser agredida não só pela mãe, mas também pelo irmão.

Muitos já trabalharam e atualmente dizem não conseguir mais emprego. O trabalho e o conhecimento fazem o indivíduo sentir-se útil, importante e dignificado. Embora os usuários do CAPS exerçam atividades nas oficinas, o trabalho remunerado é considerado como uma grande falta em suas vidas. Um dos pacientes em certo momento declarou sua insatisfação em não ter completado os estudos.

- "... Eu trabalhava, agora ninguém quer me dar emprego por causa dos remédios" ... (MA)

- "... O trabalho é o que dignifica a pessoa..." (VA).

- "... sem estudo, a gente não tem nem o que dizer..." (VA).

Um estudo informa que até 90% dos pacientes com problemas mentais graves encontram-se desempregados. Depois de um ano de trabalho, 40% dos pacientes esquizofrênicos que eram remunerados, obtiveram melhora em todos os sintomas e 50% informaram grande melhora nos sintomas positivos. Para os que não recebiam por seu trabalho, a melhora foi consideravelmente menor. Este estudo ainda mostra que menos de um quarto dos pacientes esquizofrênicos está em programas que ajudam a encontrar um trabalho para o indivíduo se manter (DURÃO e SOUZA, 2006).

Outro tema trazido pelo grupo por vários encontros foi relacionado com o tratamento e cura de suas enfermidades. Por várias vezes o grupo fez questionamentos sobre os efeitos colaterais da medicação e sobre sua eficácia. Muitos relataram sintomas como dor nas pernas, sonolência, tremor, excesso de salivação, falta de coordenação motora, aumento ou diminuição do apetite, entre outros.

Comprovadamente, o tratamento medicamentoso melhora os sintomas psicóticos, diminui a suscetibilidade da recorrência, mantém a estabilidade clínica e, possivelmente, previne a deteriorização em longo prazo (DURÃO e SOUZA, 2006). Embora haja eficácia nos sintomas positi-

vos, o tratamento exige abordagens psicossociais, pois os sintomas negativos e as relações interpessoais são menos afetados com a medicação. Há que se considerar que muitos pacientes não aderem ao tratamento farmacológico e devem ser orientados quanto à possibilidade de recaída em caso de suspensão (GABBARD, 1998).

No penúltimo encontro, retornamos a falar sobre o término do grupo. Neste dia, o grupo estava mais agitado, tendo em vista que o CAPS estava em reforma e alguns estagiários do curso de enfermagem fizeram-se presentes. Buscou-se trabalhar com eles de uma forma a aliviar e prevenir a ansiedade de separação, a qual é freqüente, principalmente em pacientes muito regredidos. Muitos pacientes podem suportar tranqüilamente uma longa separação, desde que tenham sido comunicados, no entanto podem desmoronar se ocorrer uma separação imprevista (ZIMERMAN, 2001).

Alguns pacientes relataram não querer o fim dos encontros. No entanto, ficou combinado que nossa despedida seria alegre e divertida. Alguns sugeriram fazer um baile, com muita música e dança, já que não havia outra maneira de continuar com o grupo.

Combinamos em realizar uma despedida que fosse ao encontro das expectativas do grupo, a fim de tentarmos manter uma imagem positiva, que os acompanhasse mesmo quando estivéssemos distantes. Ficou acertado que levaríamos torta, balões, refrigerantes e que seria confeccionado um grande painel onde cada um desenharia ou escreveria alguma lembrança positiva dos nossos encontros e depois seria exposto em uma das salas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos este trabalho como profundamente importante e gratificante. Tivemos a oportunidade de estar um pouco mais perto dos portadores de sofrimento psíquico. Percebemos a importância do CAPS na vida de cada um dos usuários, sendo que há um grande vínculo com a instituição e com a equipe técnica. Alguns chegaram a dizer que o CAPS era sua casa, que ali eram tratados com igualdade.

Sempre que o grupo se propunha a falar sobre amor, amizade, carinho, afeto, apoio familiar, o assunto acabava por desviar-se para discus-

sões opostas, como agressão, remédios, suicídio. Este fato denuncia a falta, é difícil falarem de coisas que não fazem parte do cotidiano de suas vidas.

Nos últimos encontros, fomos informadas por parte da instituição, da visível melhora dos integrantes do "Grupo Conviver". Foi-nos relatado que os pacientes estavam mais tranqüilos, integrados uns aos outros, com uma melhora na organização do pensamento. É importante ressaltar a grande satisfação em dizer que um dos pacientes que jamais quis participar de qualquer atividade na instituição, fez-se presente em vários encontros. Embora não tenha se manifestado verbalmente, acreditamos que tenha havido um grande benefício para o mesmo, que se encontra com um grande embotamento afetivo. O grupo teve a oportunidade de dizer-lhe o quanto é importante e querido por todos.

Confessamos sentir certo vazio ao nos afastarmos da instituição. É preciso que pessoas com transtornos mentais sejam reconhecidas como cidadãos com direito à dignidade, à liberdade e à integridade física e moral. Nos questionamos quanto ao olhar voltado ao portador de sofrimento psíquico. Para Winnicott apud Zimmerman (2001),

O primeiro espelho da criatura humana é a face da mãe,
o seu sorriso, o seu tom de voz, o seu olhar...
Olho e sou visto, logo existo...
Ocultar-se é um prazer, mas não ser encontrado é uma
tragédia...

Onde se encontrar? Uma frase dita por um dos pacientes resumiu de maneira profunda a sua condição:

"Eu me procuro... me procuro...e não me acho. ...Deixa assim..."

Necessita-se um esforço em conjunto para acabar com o preconceito por parte de profissionais da saúde, das famílias e da sociedade em geral. Reconhecemos a necessidade de um novo olhar ao doente psíquico, afastando cada vez mais o estigma e o mito da loucura, com respeito, afeto e sentimento de consideração ao próximo, sendo que este é o melhor caminho para a reconstituição da cidadania.

ABSTRACT: *The present paper is the result of a participating observation accomplished in CAPS I - Santiago. It has as goal to relate the experiences in a therapeutic group, where through several meetings, it was concluded that is necessary a new look toward the psychic sufferer who suffers with familiar misunderstanding, with lack of affection, and social stigmatization.*

Keywords: *Therapeutic group. Psychic sufferering.*

REFERÊNCIAS

AMARANTE P. **Loucura, Cultura e Subjetividade.** Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S (org.). **Saúde e Democracia.** A Luta do CEBES. Rio de Janeiro: Lemos Editorial, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas 2004. **Saúde Mental no SUS:** os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1988.

DURÃO, Ana Maria Sertori; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. Cotidiano de portadores de esquizofrenia, após uso de um antipsicótico atípico e acompanhamento em grupo: visão do familiar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2006.

GABBARD, Glen O. **Psiquiatria Psicodinâmica.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

MARTINS, Wedja. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/14375.html+loucura+exclus%C3%A3o&hl=pt-BR&gl=br&ct=clnk&cd=19>> Acesso em 25 de out. 2006.

OSÓRIO, L. C. **Família Hoje**. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

PAIM, Isaías. **Curso de psicopatologia**. 11. ed. São Paulo: EPU, 1993.

VIEIRA, Nilson Gomes. A prática complexa do psicólogo clínico: cotidiano e cultura na atuação em circuito de rede institucional. **Estud. psicol.** (Campinas). 2005, vol.22, no.3, p.301-308. Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000300008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0103-166X. Acesso em 11 nov. 2006.

ZIMERMAN, David E., et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

_____. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

_____. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975.