

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CARLOS HEBER DE OLIVEIRA MENEGHEL

**O GRUPO OPERATIVO COMO FERRAMENTA FLEXÍVEL Á PARTIR
DAS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL ORIUNDAS DO TERRITÓRIO
NA CIDADE DE CHAPADÃO DO SUL**

CAMPO GRANDE/MS

2024

CARLOS HEBER DE OLIVEIRA MENEGHEL

**O GRUPO OPERATIVO COMO FERRAMENTA FLEXÍVEL Á
PARTIR DAS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL ORIUNDAS DO
TERRITÓRIO NA CIDADE DE CHAPADÃO DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde mental e atenção psicossocial pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser sob orientação do Professor Dr. Fernando Pierette Ferrari.

CAMPO GRANDE (MS)

2024

Eles querem um preto com arma pra cima
Num clipe na favela, gritando cocaína
Querem que nossa pele seja a pele do crime
Que Pantera Negra só seja um filme

Eu sou a porra do Mississipi em chama
Eles têm medo pra caralho de um próximo
Obama, Racista filha da puta, aqui ninguém
te ama, Jerusalém que se foda, eu tô à procura
de Wakanda...

Buesman- Baco Exu do Blues

Os eruditos se envergonham do ócio. Mas há algo de nobre no ócio e no lazer. Se o ócio é o começo de todos os vícios, então ao menos está próximo de todas as virtudes; o ocioso é sempre melhor do que um homem ativo. Mas não pensem que, ao falar de ócio e lazer, estou me referindo a vocês preguiçosos. [...] Em nenhum outro tempo os ativos, isto é os intranquilos, valeram tanto. Logo, entre as correções que necessitamos fazer no caráter da humanidade está fortalecer um grande medida o elemento contemplativo.

Friedrich Nietzsche – Humano, demasiadamente humano.

RESUMO

Carlos Heber de Oliveira Meneghel. **O grupo operativo como método flexível de promoção e intervenção em demandas de saúde mental no território na cidade de Chapadão do Sul.** Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Tutoria. Fernando Ferrari. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. 2023.

A celeridade na fila de espera de pacientes em sofrimento e que demandam por atendimento em saúde mental tem sido um gargalo a ser sobrepujado na atenção especializada e na atenção básica, mais especificamente nos serviços de Psicologia. No município de Chapadão do Sul a demanda ambulatorial tem sido o ponto de enforcamento por dois motivos: primeiro, porque se consolida na imagem do terapeuta clássico com o divã e distante do paciente, o segundo vai de encontro com o próprio paciente que tem resistência em ser atendido em grupo. Mediante a necessidade de criar estratégias para dar celeridade na promoção de saúde mental, bem como de ter uma ferramenta maleável na presente empreitada, vimos o grupo operativo fundado nos princípios teóricos e metodológicos formulados por Pichon Riviére e René Kaés como um suporte a ser testado no município, no entanto faz-se necessário revisar a ferramenta teórica e testar sua aplicabilidade em demandas diferentes na atenção primária do município. Assim, o principal objetivo do trabalho é consolidar o grupo operativo como uma ferramenta ajustável e orientada às demandas do município na atenção primária a saúde. Após a revisão bibliográfica, voltamos para a fila de espera do município e construímos três grupos pilotos para aplicar o método, com primeiro grupo operativo voltado para atender adolescentes - doze adolescentes foram convidadas e quatro participaram no processo de intervenção no qual realizamos oito encontros nos valendo da metodologia -, o segundo grupo consiste de atendimento voltado para o grupo de adultos, sendo que nove pessoas foram convidadas e cerca de quatro mantiveram presença média ao longo dos encontros; por fim, realizamos um grupo misto do qual nos valem tanto do método de Educação Popular quanto do grupo operativo para realizar seis encontros com as gestantes do município com a finalidade de orientação para tomada de decisão em planejamento familiar. Obtivemos sucesso e conseguimos atingir os objetivos previamente planejados no primeiro e no terceiro grupo. Entretanto, no grupo voltado para os adultos, tivemos dificuldades como feriado e dificuldade dos membros em permanecer, optando por descontinuarmos as ações.

Descritores: Grupo operativo, atenção primária a saúde, saúde mental e atenção psicossocial

SUMÁRIO

1. Tema de interesse, necessidade de mudança e justificativa	6
2. OBJETIVOS	10
2.1. Objetivo principal da intervenção	11
2.2. Objetivos relacionados	11
3. Ações realizadas durante a intervenção para o alcance dos objetivos – seu percurso na intervenção	12
DISCUSSÃO DOS ENCONTROS E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	30
O grupo Operativo tendo como enfoque a intervenções com adolescentes.	30
Grupo terapia adultos	54
O grupo operativo para gestantes considerando um planejamento familiar mais amplo	60
4. Resultados observados durante e após a intervenção e os autores que o ajudou a refletir sobre a realidade e mudança	72
5. IMPACTO DA FORMAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O TRABALHO E A VIDA	77
6. EXPECTATIVA DA CONTINUIDADE DA INTERVENÇÃO APÓS O TÉRMINO DA FORMAÇÃO	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTILIZADAS PARA APOIO À INTERVENÇÃO	80
APENDICE	82
ANEXO	Erro! Indicador não definido.

1. Tema de interesse, necessidade de mudança e justificativa

No município de Chapadão do Sul, Mato Grosso do Sul (MS) temos um grande fluxo de pacientes que são encaminhados para atendimento psicológico o que gera uma fila de espera extensa, havendo casos de pacientes que aguardam atendimento há três anos. Na época em que fizemos a inscrição para o processo seletivo tínhamos como foco delinear estratégias para redução da fila de espera, sendo uma das ações mapear como estava a saúde mental do município. Ainda, não contávamos que, ainda no final de 2022 as triagens fossem realocadas para as Unidades de Saúde do Território e os psicólogos do então NASF se tornarem responsáveis para avaliar os pacientes em seus respectivos territórios e posteriormente dar encaminhamento para os usuários, seja para o atendimento focal breve ou grupal na unidade, seja por meio do atendimento na Atenção Especializada no Centro de atendimentos ou no CAPS.

Considerando a totalidade dos encaminhamentos tínhamos duas instâncias em relação, a primeira se configura pelo conjunto de pacientes que dependem de acompanhamento psicológico advindo das mais diversas redes, seja da saúde nos três níveis de complexidade na saúde, assistência social nos três níveis de complexidade, educação, ministério da justiça, conselho tutelar e demais órgãos que identificam a necessidade de acompanhamento psicológico dos sujeitos.

A segunda instância era a discriminação de quais os dispositivos de saúde e quais os níveis de intervenção e estratégias de acompanhamento psicológico ou serviços o paciente tinha em cada um destes dispositivos, seja ele pela atenção básica, clínica ampliada pela figura do NASF ou dos atendimentos clínicos oriundos das atividades do centro de atendimento especializado.

A totalidade dos encaminhamentos nos daria condição de averiguar quais as possíveis estratégias para o manejo da fila de espera. Entretanto, ainda que considerássemos os diversos encaminhamentos advindos dos dispositivos municipais (CREAS, Ministério Público, ESFs, etc) temos um ponto de partida que é o arranjo da semi totalidade dos casos de intervenção de saúde mental do município, uma vez que aqui não se encontram tanto os encaminhamentos do CAPS quanto do Hospital Municipal.

Assim, dentre os fluxos de pacientes considerados, temos as demandas absorvidas pelo Centro de especialidades e pelo NASF na atenção primária, assim como o movimento de alta dos pacientes de ambos os dispositivos.

Dessa forma, tínhamos delineado como objetivo mapear como estava a saúde mental do município considerando uma análise quali-quantitativa das triagens que se acumulavam no centro de especialidade do município e, daí em diante formularmos os passos seguintes para estruturar estratégias de intervenção considerando quais os tipos de transtornos frequentes ou mesmo quais as possibilidades de intervenção coletiva.

Ao tabelarmos os dados de todas as triagens para pensarmos a primeira etapa desta pesquisa tínhamos que formular quais os critérios de organização dos dados para daí extrairmos categorias e por fim analisá-las. Assim, ao partirmos dos dados nos valem da estratificação como fonte de dados e metodologicamente nos valem da análise de conteúdo formulada por Laurence Bardin (1977) que entende que a análise de conteúdo se fundamenta pelo menos dois objetivos que são a ultrapassagem da incerteza: o que eu julgo ver na mensagem estará lá efetivamente contido, podendo esta visão muito pessoal ser partilhada por outros? Por outras palavras seria a minha leitura generalizável? E o enriquecimento da leitura, se um olhar imediato espontâneo e já fecundo não poderá uma leitura atenta aumentar a produtividade e a pertinência? Por outro lado, poderíamos compilar em categorias aquilo que poderia ser generalizável e, por conseguinte, estabelecermos parâmetros para análises coletivas.

Ao somarmos ainda em 2022 quais os pacientes de responsabilidade dos psicólogos junto ao território nos deparamos com uma demanda inicial de 43 pacientes que seriam acompanhados pelo psicólogo responsável pela presente pesquisa, sendo o critério de recorte os pacientes que passaram por triagem e apresentaram transtornos mentais comuns leves de baixa complexidade os quais seriam acompanhados por mim na região que englobam os bairros: Esperança, Planalto e posto central, ao total foram 43 pacientes oriundos destes três bairros.

Feita a leitura das triagens elaboramos filtros os quais levavam em consideração a faixa etária dos pacientes, o tipo de transtorno, quais ações que poderiam ser voltadas para tais pacientes, bem como já pensávamos os grupos operativos ou focais voltados para os diversos públicos no território.

No segundo momento fizemos a distribuição dos pacientes por faixa etária onde pudemos correlacionar o primeiro critério para a separação dos grupos, lembrando que este foi um critério oriundo da pouca quantidade de pacientes inerentes a região, mas essa divisão pode cruzar faixa etária e tipos específicos de demanda.

No terceiro momento, recortamos da tabela os descritores que marcavam as demandas da triagem coma finalidade de agrupar quais as unidades de significação, marcamos de cores diferentes as palavras que descrevem o estado descrito do paciente na triagem e daí geramos as unidades significativas dos pacientes.

Considerando o arranjo então temos a planilha dos dados que sugerimos ser carregada a cada 15 dias, levando em consideração as seguintes informações:

1. Nome
2. Data de nascimento
3. Idade
4. Demanda inicial
5. Demanda da triagem
6. Questões prévias
7. A data do encaminhamento
8. Quem encaminhou
9. Quando foi encaminhado
10. 2 ou 3º encaminhamento se assim o tiver
11. Endereço
12. Telefone

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1zF9zAWffylSUbxEbfv8XAJHGB51XIU-uWi2_oWuqv0/edit#gid=1581483492

A ferramenta da estratificação nos daria condições de avaliar o sujeito em seu sofrimento, assim como mapear as demandas oriundas de sua condição clínica, além dos dados sobre seu histórico pessoal. Neste sentido ao mapearmos quais as demandas individuais e coletivas oriundas da triagem podíamos mapear quais as estratégias individuais e coletivas a serem tomadas.

Mediante a compilação dos dados, vimos a necessidade de nos valer de instrumentos tais como a estatística para elaborar índices de frequência para verificar quais as médias etárias dos pacientes, assim como unidades de signos linguísticos agrupáveis, conforme a dispersão dos dados. Posteriormente realizamos o agrupamento de pacientes considerando as faixas etárias, bem como a região territorial e finalmente fazermos a análise dos dados qualitativos para crivar quais os possíveis arranjos de agrupamentos e unidades de sofrimento que são comuns a cada um dos pacientes.

Ao chegarmos à formação da escola de Saúde Pública, notamos que a demanda não era de construir um mapa de saúde mental do município como havíamos previamente pensado, mas sim de formular uma estratégia potente que vislumbre acelerar a fila de espera. Nesta perspectiva, recuamos no sentido de elaborar um mapa da saúde mental e reorientamos a rota por meio das orientações com o tutor no sentido de construirmos uma estratégia de prevenção e intervenção psicológica no território e que estabeleça linhas de cuidados as quais dariam possibilidade de maior fluxo de atendimento dentro do contexto territorial.

Ao longo das discussões na tutoria vimos que a principal necessidade era não de formalizar uma análise do quadro da fila de espera e disso estabelecer categorias de análise para expormos no presente trabalho, mas sim de consolidarmos um processo sistêmico de intervenção e pensarmos uma metodologia de intervenção em nível territorial vislumbrando o acesso da população, assim como o aumento da resolubilidade na atenção primária.

Se por um lado temos a descentralização dos atendimentos o que favorece o acesso pleno da população, por outro lado, temos um agravante das filas de espera que podem se concentrar na própria atenção primária as quais culminam em acessos de marca ambulatorial nos serviços como a fisioterapia, psicologia, nutrição, enfim os serviços de apoio da Equipe multiprofissional. Neste sentido apontamos a necessidade de ampliar a resolução por meio da psico-educação, educação popular, atendimentos em grupo, para que a celeridade do atendimento ambulatorial possa ser contraposta com o atendimento de cunho social.

Dessa forma, ainda nos apoiáramos nos dados dos pacientes tabelados na triagem, mas com a finalidade de enquadrar dos mesmos os quais seriam direcionados para os grupos de atendimento psicológico considerando os critérios tais como a demanda, os traços sintomáticos, histórico de vida, bem como resolubilidade mediante as crises pessoais e sofrimentos do paciente. No entanto, devido a situações inesperadas e disfuncionais, por não conhecermos alguns pacientes de forma assertiva houve situações em que confrontações ou mesmo piora no quadro clínico se fizeram presente no grupo de adultos e tivemos que reorganizar a estratégia, ou seja, não fluir os pacientes diretamente das triagens, mas encaminhar os pacientes que estavam em acompanhamento e estáveis para a manutenção de seu quadro clínico mediante o suporte que o grupo lhe proporcionava o que acabou desacelerando a configuração para o grupo de adultos.

Ainda que tínhamos o grupo como estratégia de intervenção, estávamos alheios em qual teoria nos respaldar, bem como quais autores seguirmos no sentido de fundamentar nossos conhecimentos e orientar nossa prática de intervenção junto ao território.

Considerando que o grupo operativo é um método presente nas estruturas de faturamento na atenção básica, bem como tem por objetivo proporcionar a saúde mental coletiva decidimos nos respaldar em PichonRivière e René Kaes, tendo enfoque o grupo operativo como base para criarmos uma intervenção experimental no território.

Dessa forma decidimos voltar nossa atenção para a formulação da base teórica orientada pelos objetivos do presente trabalho que é a criação de grupos operativos tendo em vista estabelecer um atendimento maleável conforme as demandas oriundas do território objetivando a promoção e a intervenção na saúde mental no município.

Ao longo das atividades tentamos envolver membros da equipe multiprofissional tais como nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais e médicos, onde tivemos certa dificuldade em envolver os especialistas para a execução de orientação com as gestantes no mais tivemos colaboração de todos os outros profissionais.

No que se refere a dificuldade de elaboração das atividades tivemos diversos contratempos tais como atividades concorrentes, ações pontuais de intervenção de emergência tais como, feriados, dias de matriciamento, ou mesmo saídas para a formação na escola de saúde pública. Lidamos também com a desmotivação de alguns participantes das ações que ficaram pelo caminho, ausências de espaço físico ou salas para a intervenção junto ao território o que nos forçou a mudanças de locais, agenda ou mesmo de estratégias, a consolidação complexa de apropriação teórica dos escritos que fundamentaram teoricamente o presente trabalho, assim como desencontros de agendas entre os profissionais.

Neste sentido, orientamos nossos objetivos para criar uma ferramenta metodológica flexível, bem como uma revisão teórica e metodológica robusta para aplicar nas demandas que surgem no território.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal da intervenção

Implantar grupos operativos como dispositivo maleável de múltiplas intervenções dentro da APS para promoção e intervenção em saúde mental

2.2. Objetivos relacionados

1. Construção de um fluxo claro de encaminhamentos considerando dados oriundos das triagens
2. Configuração de grupos operativos com intervenções específicas, como por exemplo, atender pacientes com transtornos mentais comuns, bem como grupos focais na APS.
3. Proporcionar celeridade nos atendimentos frente a demanda que vem tendo crescimento diário por meio dos encaminhamentos médicos.
4. Integrar serviços junto a outras profissões oriundas da Equipe Multi
5. Conhecer a metodologia dos grupos operativos como recurso e dispositivo flexível que se possa moldar as demandas do território.
6. Elaboração de um relatório de pesquisa como parte do critério avaliativo no processo de formação em Pós Graduação.

3. Ações realizadas durante a intervenção para o alcance dos objetivos – seu percurso na intervenção

No processo de auto-organização o grupo desenvolve uma série de coerções psíquicas sendo que tais estruturas servem para construir processos colaborativos entre os sujeitos dentro do contexto do grupal. Kaes (2007) observa que tais exigências organizam o trabalho psíquico e de pulsões, sendo a primeira exigência o investimento narcísico de libido do sujeito no grupo, ou seja, há um contrato narcísico posto em relação e tensão na formulação do grupo.

A segunda exigência é a colocação de um estado de latência que vem a ser a renúncia ou o próprio abandono de certas formações psíquicas do sujeito, sendo que para se tornar membro do grupo o sujeito por vezes renúncia identificações, percepções, representações as quais são inibidas, assim para participar de determinados grupos há que se abandonarem alguns pensamentos, bem como ampliar os limites do ego que delimitam a própria realidade psíquica do sujeito.

A terceira imposição que o grupo pode impor aos seus membros é que nas tensões podem-se construir recalques, denegações, ou rejeições para que o conjunto se forme e os vínculos se mantenham, sendo que os dispositivos defensivos coletivos dão a base de sustentação do próprio grupo para a realização de seus objetivos. Nesta exigência se consolida os nós de neurose ou mesmo de psicose e tais conjuntos são os principais lugares de formação da realidade psíquica. Por fim, há que se considerar os processos da própria renúncia mútua que consolida o processo civilizatório.

Mediante as quatro exigências apresentadas, temos a possibilidade de construir um espaço compartilhado e comum, sendo que tais exigências não são neutras, mas consolidadas na base do conflito. Neste sentido na base eterna do conflito individual e as imposições do grupo há que se verificar também quais os benefícios e relações econômicas e libidinais que se instalam no fluxo de tais alianças individuais\grupais dado que os sujeitos ao se vincularem em tais grupos estabelecem relações e papéis os quais podem ser fluxos de auto-benefícios em posições narcísicas que se concorrem.

Diante da caracterização dinâmica das estruturas grupais podemos perguntar quais seriam os benefícios terapêuticos do grupo para os sujeitos na intervenção clínica? A resposta seria o processo de transformação psíquica dos membros do grupo por meio dos vínculos intersubjetivos, sendo o grupo um dispositivo de transformação da realidade psíquica de seus membros.

A configuração particular dos membros pode ser reorganizada pelas relações de objetos ou vínculos internos próprios de cada sujeito. Cada sujeito se relaciona de uma forma com o seu grupo, sendo que as alianças inconscientes mostram a combinação de cada um com o grupo. Dentro do grupo há uma relação de transferência, processos associativos e grupais e que tais processos dizem respeito à posição do sujeito mediante o espaço de compartilhamento comum. Ainda considerando as posições de Kaes (2007) podemos considerar brevemente os instrumentais potenciais e interventivos os quais se desdobram em processos associativos grupais, bem como as funções fóricas no/do grupo.

No que se refere aos processos associativos a psicanálise geralmente é aplicada para a cura individual, no sentido de que os efeitos sociais de enunciação e da escuta são suspensos a fim de só deixar lugar ao enunciado determinados pelos efeitos do inconsciente, o conhecimento do inconsciente individual é consolidado como uma perspectiva metodológica, onde a regra fundamental é o seu conhecimento na medida em que se repete, no discurso de livre associação e na transferência.

O processo associativo no grupo, que se dá pelos enunciados os quais são individuais e passam a ser coletivos, funciona como um dispositivo de transformação e de metabolização que torna possível que sejam simbolizadas graças a atividade pré-consciente que são representações barradas pelo recalque.

A interdiscursividade organiza as associações e contextualiza os enunciados segundo um duplo eixo. Uma associação só se consolida por outras associações, na dupla rede de associações próprias a cada um e do coletivo. Nisso devemos prestar atenção em pontos de associações que ligam os sujeitos tais como os sonhos, os sintomas e as alianças inconscientes.

Kaes (2007) aponta que os vínculos intersubjetivos apóiam as associações entre os membros do grupo, assim como as representações dispersas no contexto da fala. Um organizador que prevalece pode definir as posições correlativas a partir das quais se ordenam as falas de cada um e o processo associativo no nível do grupo.

Os sujeitos que apresentam funções fôricas agem como operadores do processo associativo grupal, assim como organizadores psíquicos inconscientes. Antes que os organizadores apareçam no grupo uma fase caótica traz elementos precursores do organizador principal: são sensações, emoções, afetos e expressões de angústias diversas, cujos traços comuns são denotados pelo encontro com o desconhecido pela perda dos limites e dos pontos de referências identificados.

Considerando os conceitos formulados por Kaes (2007) iremos nos valer dos processos associativos e dos pontos intersubjetivos na tensão indivíduo/grupo, bem como as funções fôricas as quais são arranjos de organização na tensão dos sujeitos e o grupo. Cabe agora nos valer de um segundo autor que irá contribuir para nos instrumentalizar no processo de entendimento da dinâmica de grupo, bem como nos processos de aprendizagem grupal os quais são fundamentais para a intervenção em grupo que iremos nos valer.

No início dos anos 1980 Enrique Pichon-Riviére escreveu o livro “O processo Grupal” onde o autor já entendia que a saúde mental é tema de fundamental importância para o sujeito que adocece e, portanto, é uma questão de saúde pública. Ainda conforme Pichon-Riviére (2005) metade das consultas que eram feitas nos hospitais gerais eram oriundos de motivos psicológicos os quais poderiam ser previamente tratados antes de serem agravados.

Neste sentido fatores como delinquência, alcoolismo, suicídio, depressão, ansiedade, aspectos ligados ao trabalho e questões familiares poderiam ser avaliados e reorientados por meio dos grupos. Assim, Pichon-Riviére (2005) aponta que uma infinidade de casos de problemas ligados a vida cotidiana do sujeito pode-se gerar medos, inseguranças, nervosismo, preconceito sentimentos os quais afetam diretamente a saúde mental.

Nos grupos familiares, por exemplo, o objetivo é entender e intervir junto ao porta voz do grupo, ou seja, o seu doente. Os papéis sociais são redistribuídos como características de lideranças funcionais, os mecanismos de segregação os quais alienam o paciente passam por um enfraquecimento progressivo, a ansiedade é redistribuída entre os familiares onde cada um se faz portador de uma determinada quantidade de tal ansiedade. Além do porta voz no contexto familiar, também se tem por objetivo esclarecer quais as dinâmicas desenvolvidas com o bode expiatório, figura necessária por vezes em grupos disfuncionais dado que é visto como fluxo de tensões e vínculo negativo.

Assim, para que haja a quebra da visão fragmentária do sujeito junto ao seu meio o psicólogo deve se interar de aspectos sociais, culturais e simbólicos os quais atravessam o sujeito, além de identificar fatores afetivos que incidem na relação paciente/terapeuta. Tem-se assim a uma das atribuições principais da psicologia, sobretudo a social que é a visão do sujeito em sua integralidade.

O homem na perspectiva de Pichon-Riviére (2005) não deve ser entendido por si só, é necessário entender o contexto social no qual os sujeitos estão inseridos, tendo assim uma melhor compreensão dos sujeitos em processo de intervenção, bem como melhores bases para uma operação corretora da conduta social estereotipada.

Ao se fazer uma avaliação da formação dos grupos o terapeuta analisa as direções técnicas tais como a seleção de pacientes para a psicoterapia de grupos e das tarefas a serem executadas nesses. É por meio da tarefa que o terapeuta estabelece alcançar a promoção de saúde mental entre os componentes do grupo. As tarefas inerentes ao grupo têm por objetivo serem experiências significativas, assim como possibilitar a elaboração de interpretações que tornem compreensíveis as respostas neuróticas as quais dialogam com os efeitos emocionais do grupo.

Deve-se buscar nos grupos a composição mais heterogênea possível, para que se busque homogeneidade no processo de configuração da tarefa, sendo que esta depende do campo operativo do grupo terapêutico.

A tarefa consiste em buscar um denominador comum de ansiedade grupal, que adquira características particulares em cada membro sendo a cura da doença do grupo.

O propósito consiste em esclarecer aspectos que causam medos básicos, que impedem aprendizagens, comunicações, quadro de referências, semântica de decisões, etc.

Ao considerar o sofrimento individual Pichon-Riviére (2005) pode-se notar que por trás de toda conduta desviada está uma condição de conflito, sendo a enfermidade a expressão de uma tentativa falida de adaptação ao meio.

Os processos de transferência para Freud são múltiplas formas de imagens internas que se articulam em um mundo construído num processo progressivo de internalização. Assim o mundo interno se configura como um cenário no qual é possível conhecer o fato dinâmico de internalização dos objetos e relações neste cenário interior. Dessa forma podemos tentar reconstruir os diversos cenários interiores, bem como os vínculos internos que aparecem como modalidades diferentes ou distorcidas por fantasias a partir de fora para o âmbito intra-subjetivo.

Neste sentido cada sujeito constitui a relação com os seus objetos internos relacionando os seus afetos e a dinâmica de sua personalidade, assim não se trata apenas de um recorte neutro da realidade, dado que cada autor recria sua arte como uma modalidade particular, com filtros ou lentes permeadas por emoções, o período histórico no qual o sujeito se insere, aspectos ideológicos e aspectos inconscientes os quais todos somos portadores.

Para Pichon-Riviére (2005) o sujeito e o objeto se interagem a partir de relações externas, mas que estão em conexão com o vínculo que o sujeito estabelece com o seu grupo, meio ou instituição. O vínculo se define como uma estrutura complexa que inclui um sujeito, o objeto e sua mútua relação com processos de comunicação e aprendizagem.

Assim o vínculo se estabelece de forma intersubjetiva, com base nas necessidades, motivações e dinâmicas do sujeito, sendo que as necessidades são oriundas das mais diversas fontes que incluem as fantasias inconscientes que distorcem todo vínculo.

Na interação humana disposta na linguagem se implica a existência de um emissor e um receptor, uma codificação e uma decodificação da mensagem por meio de um processo comunicativo, sendo esta comunicação não linear, mas dialética e em constante confronto. Entende-se então que a internalização dos objetos são feitas por

filtros emocionais dos sujeitos, tais como: sentimentos, projeções, resistências, afetos, que acompanham a configuração inicial do vínculo, que será então um vínculo bom ou mal.

Dessa forma, as relações intrasubjetivas, ou estruturas vinculares que foram internalizadas e articuladas com o mundo interno, darão o tônus e as características da aprendizagem na realidade. Do intersubjetivo para o intrasubjetivo pode haver confrontos conforme a relação do sujeito com o seu meio considerando suas resistências, racionalizações, conflitos ou negações que facilitam ou dificultam a aprendizagem. São dessas resistências e distorções do meio que se consolidam as estereotípias, as quais são arranjos disfuncionais do sujeito em processos interativos que podem prejudicá-lo em suas interações e no seu desenvolvimento.

Dependendo do processo de interação, que pode ou não funcionar de forma aberta se constrói um espiral que é saudável e coloca o sujeito diante de novas conexões e funcionalidades na qual impelem o indivíduo a um constante movimento, por outro lado, o sujeito pode estar cerceado por uma personalidade estereotipada que funciona como um círculo fechado. Neste sentido os aspectos psicológicos funcionam como um sistema, em que se interagem relações e objetos numa mútua retroalimentação. Em síntese, a inter-relação intra-sistêmica é permanente enquanto se mantém em relação com o seu meio.

O vínculo como um sistema interno e externo em constante interação, se consolida desde o nascimento do sujeito, da maternidade se dá pela forma de acolhimento da criança pelo afeto materno, passando pelas diversas instituições as quais o sujeito poderá fazer parte, dentre elas a própria família, a igreja, a escola, o território, etc.

Neste sentido o vínculo para Pichon-Rivière(2005) é entendido como

“Um mecanismo de interação, que deve ser definido como uma *gestalt*, que é ao mesmo tempo bicorporal e tripessoal. Dessa Gestalt vai surgir o instrumento adequado para aprender a realidade dos objetos, o vínculo configura uma estrutura complexa, que inclui um sistema transmissor-receptor, uma mensagem, um canal, sinais, símbolos e ruídos”(p.11).

A adaptação ativa da realidade é um critério básico da saúde mental e será avaliada segundo a capacidade de operação das técnicas do ego tais como os mecanismos de defesa dos quais podemos citar a negação, racionalização, denegação, etc.

Diante do grupo e por meio de uma situação e intervenção pautada no aqui e agora podemos elaborar um planejamento instrumental, que deve ser tomado como um sinal de saúde mental que se expressa por meio de um limitado desvio do modelo natural, isso se dá no início da primeira fase que é teórica e realizada através da percepção e empatia que o objeto é reconhecido e mantido a uma distância do sujeito. Ou seja, cabe ao terapeuta uma dupla função que é interagir entre os membros do grupo e criar uma tensão na qual os membros podem ou não expressar estereótipos individuais ou coletivos e, ao mesmo tempo, afastar-se e verificar quais objetos estão em interação no grupo, sejam estes inter ou intrasubjetivos, assim como tentar entender quais as emoções presentes no grupo ao discorrer de cada tema.

A transformação saudável se dá por meio do aprendizado e constante movimento do interjogo dialético do sujeito em interação com o meio social e seu grupo através da linguagem. Nas palavras de Pichon-Rivière(2005):

O sujeito sadio, na medida em que aprende o objeto e o transforma, também modifica a si mesmo, entrando num inter jogo dialético no qual a síntese que resolve uma situação dilemática se transforma no ponto inicial ou tese de outra antinomia, que deverá ser resolvida nesse contínuo processo espiral. A saúde mental consiste nesse processo, em que se realiza uma aprendizagem da realidade através do confronto, manejo e solução integradora dos conflitos enquanto se cumpre este itinerário, a rede de comunicações é constantemente reajustada, e só assim é possível elaborar um pensamento capaz de um diálogo com o outro e de um confronto com a mudança (p.12).

É principalmente no campo do inconsciente que se encontram as necessidades, aspirações, motivações e as fantasias do indivíduo que são um produto das relações dos membros do grupo interno entre si. Os motivos, necessidades e aspirações são como um filtro no processo de aprendizagem, comunicação e operações que tendem a obtenção de gratificações em relação a determinados objetos desejados ou em falta pelo sujeito na relação com o grupo. As ações e decisões se vinculam na constelação de motivos.

Se por um lado temos as aspirações individuais que se movem pela lente dos desejos e orientam as comunicações do sujeito dentro do grupo, por outro, os aspectos

direcionais se correlacionam às tarefas as quais passam pelo campo grupal, ou seja, na situação do “aqui e agora” com a história pessoal do sujeito.

Considerando as duas dimensões, que são individuais em interação e o grupo com os indivíduos temos na situação grupal uma dupla dimensão do comportamento, que para Pichon-Riviére (2005) se expressa de um lado na verticalidade, que diz respeito aos aspectos subjetivos conscientes e inconscientes dos sujeitos e de outro lado a horizontalidade que se configura por uma estrutura histórica, dinâmica e relacional configurada no grupo.

O processo terapêutico grupal se dá em um contexto por vezes desconfortável e de confronto, onde o sujeito tem a possibilidade de integrar aspectos subjetivos os quais estavam cindidos. Isso porque em nossa cultura o homem sofre fragmentação em seu conjunto de tarefas, criando então para ele uma situação de privação e anomia a qual é impossível manter um vínculo com o objeto e como este estabelece uma relação fragmentada, alienada e, portanto, estereotipada.

O sujeito que por uma situação adversa tem dificuldade de lidar com uma frustração, cria um baixo limite em relação ao sentimento de fracasso, mediante sua percepção de falha e pode gerar uma estrutura depressiva, o que por sua vez imprime em vínculos internos de sua percepção de si gerando uma configuração neurótica.

Neste sentido o grupo familiar pode imprimir no sujeito a extensão de uma depressão ampliada onde no histórico de vivências do sujeito estabelece uma relação distorcida com o mesmo, atrelada a imagem depressiva que este tem de si. Assim, o processo terapêutico tem por objetivo investigar o surgimento dos papéis sociais do sujeito diante de suas interações e, frente a tal cenário possibilitar a confrontação e reconstrução histórica do indivíduo e do grupo. É por meio do aqui e agora que se constitui um planejamento terapêutico tanto para o sujeito quanto para o grupo.

Dentro do grupo há que se considerar a policausalidade, a continuidade genética funcional, a mobilidade das estruturas do sujeito e do grupo, bem como o papel que o sujeito desenvolve no vínculo e como se manifesta como porta voz em determinadas situações no grupo, onde o sujeito pode reviver situações que outrora lhe foram causa de trauma.

A policausalidade se define pelos processos dinâmicos os quais se configuram o adoecer, que se estabelece ao longo do desenvolvimento do sujeito. A pluralidade fenomenológica se dá pela relação do sujeito em três dimensões, a saber, o corpo, aspectos subjetivos e a integração do sujeito com o seu meio social, qualquer área que se isole pode construir um processo de dicotomia.

A divisão dos objetos tem por objetivo a não destruição total do mesmo, que ao se cindir como bom ou mal, configura dois comportamentos primários em relação com o amar e ser amado, odiar e ser odiado, que podem ser exemplificados na mãe que dá carinho e acolhe o choro, mas que por condições do seu cansaço também pode ser um objeto de rejeição em relação a criança quando a deixa chorar. A cisão é necessária para que o sujeito permaneça em interação com a mãe, que ama e dá carinho, mas também é a mãe que dá condições, regras, ou por vezes não atende exigências narcísicas da criança, neste momento assume o papel de objeto perverso.

Neste sentido se estabelece as relações que são generalizáveis de amor e ódio em uma ambivalência que se expandem para outras relações da criança e ao longo da vida. Dessa forma, o sujeito consolida ao longo de suas vidas defesas narcísicas as quais se configuram em seus vínculos, ou seja, na relação com o objeto parcial se consolida a ambivalência, o processo de introjeção (apropriação dos objetos) e projeção (forma de tornar externos os objetos), do controle onipotente da idealização ou mesmo da negação.

Ao cindir os objetos tornamos a sua dinâmica inconsciente e isso por vezes é negado, introjetado, fragmentado ou mesmo racionalizado, tal repressão pode se manifestar em qualquer uma das três dimensões que outrora citamos, ou seja, o corpo, aspectos subjetivos, ou mesmo na relação do sujeito.

Podemos tomar como exemplo a ansiedade paranoide que volta como se procedesse de objetos humanos ou deslocamentos de hostilidade na qual o ego se libertou pela projeção, essa ansiedade pode ser advinda de vínculos bons, ou dependências de objetos depositários dessa qualidade de sentimentos. Podemos verificar neste sentido, relacionamentos abusivos, nos quais quem passa pelo abuso violento tem uma negação veemente de tal condição e, assim passa a acreditar que existem pessoas que gostariam de destruir seu relacionamento, ou mesmo expressa uma condição de

ciúmes, na qual qualquer gatilho relacional que faça uma alusão a traição pode desencadear reações de violência para com o tal objeto de amor e desejo.

Tanto na neurose quanto na psicose devemos considerar o que aconteceu no processo de adoecer do indivíduo, devem-se avaliar também quais as ferramentas ou mecanismos de defesa que eram utilizados pelo indivíduo para manter sua saúde mental. Por outro lado, devemos verificar os mecanismos de comunicação e aprendizagem utilizados pelos sujeitos no grupo, observando como as ferramentas do ego eram utilizadas em tempos de estabilidade as quais precediam aspectos patológicos. Dessa forma, podemos então delimitar com maior precisão quais os elementos desencadeantes que consolidaram a neurose ou psicose do sujeito em crise.

Pichon-Riviére (2005) entende que a depressão desencadeante pode ser desenvolvida a partir do contexto de privação do objeto do desejo, onde o mesmo pode desenvolver uma fantasia de reparação, ou recuperação, nos quais o que é fantasiado está em relação com os instrumentos do vínculo gerando sofrimento na relação com a realidade.

Dessa forma é na realidade da perda que o sujeito inicia uma regressão de elaboração do luto que configura a complexidade fenomenológica e genética de depressão regressiva. Em síntese, a estrutura da posição depressiva da conduta se situa na condição de ambivalência diante de um objeto total, essa situação de ambivalência gera culpa, bem como sentimentos de amor, ódio de um mesmo objeto, num mesmo tempo e espaço.

A ansiedade depressiva por outro lado, deriva do medo ou receio de perda real ou a fantasia de perda do objeto, o conflito da ambivalência do objeto cindido que compreende o objeto que se ama e se sente amado e odeia e se sente odiado, podem eliciar fantasias que paralisam o sujeito devido a seu sentimento de fobia.

O sentimento de tristeza, dor moral, solidão ou de desamparo derivam da perda do objeto, do abandono e da culpa e, diante desta situação o sofrimento surge como uma possibilidade de retornar a uma posição anterior e operativa do sujeito o qual maneja seus instrumentos para um controle, seja da posição de ansiedade, ou depressiva, sendo o mecanismo básico a cisão do objeto e dos vínculos.

A depressão iatrogênica seria uma condição ou aspecto positivo de operação psicoterápica, que tem por objetivo a integração do objeto ou do sujeito, por meio da reorganização de partes que estão desagrupadas e fazer que a constante universal do controle bom ou mal funcione em níveis sucessivos, caracterizado em um sofrimento tolerável.

O papel do terapeuta é de interpretar e conceituar aspectos não sistematizados, divergentes da realidade, assim como questionar fantasias acerta do acontecer subjacente do outro, estando atento para suas respostas como um fio condutor ao se integrar os objetos e subjetividades cindidas o terapeuta se aproxima do método isso é do Esquema Conceitual Operacional (ECRO), no qual três elementos se repõem (corpo, aspectos subjetivo e vínculos) quase que de forma inconsciente e colocam em movimento o grupo e os sujeitos pertinentes a eles, em uma interpretação e intervenção emergente.

Entende-se os aspectos existentes como a situação do grupo dada por diversos porta-vozes, o terapeuta deve estar de ouvidos atentos para colher as diversas “confissões” para se constituir uma forma de ser, pensar e agir dos membros do grupo, ou seja, qual a identidade do grupo no primeiro momento de avaliação.

A interpretação psicológica propõe uma nova perspectiva para a situação por parte do coordenador, escutando a opinião dos pacientes de si e dos outros, o terapeuta assinala as dificuldades do grupo, assim como esclarece os campos de estereotípias, de aprendizagem, bem como propõe uma tarefa para enfrentamento da situação problema. É justo neste momento que se tem as maiores resistências no grupo, dado que a função do coordenador ou terapeuta é fazer uma modificação de estruturas disfuncionais presentes na situação terapêutica.

Na incidência de pontos de urgência na terapia, seja ela individual ou grupal, de aprendizagem em qualquer tipo, reduz a dificuldade e é o que se faz realmente como operativo, porque no âmbito de tal dificuldade está se de modulando a tarefa do grupo operativo.

É a tarefa que direciona a pontos de urgência que serão operativos de acordo com a configuração do grupo. A resistência acontece quando pontos explícitos e implícitos

produzem uma mudança geral na estrutura do grupo que resolve operativamente essa mesma dificuldade e se estabelece nesta tarefa uma coincidência entre os pontos outrora paradoxais.

A tarefa do terapeuta é abrandar os processos de mudanças, as quais o sujeito se sente pouco preparado para agir no mundo. Assim, o mediador do grupo deve estar atento ao que o porta voz apresenta mediante as ações coletivas, sendo de vital importância consolidar uma modificação adequada dos membros e do grupo.

O emergente aparece com um processo implícito, que se manifesta por intermédio de um ou vários porta vozes, sendo que o porta voz é o integrante que atua como um veículo dessa qualidade nova que emerge, o porta voz é quem é capaz de sentir a situação na qual o seu grupo pode exprimir. Assim, ele pode explicitar a condição horizontal na atividade grupal captando o sentido coletivo do grupo cruzando experiências anteriores com as atuais e pessoais.

Por meio dos aspectos emergentes no processo corretor o terapeuta aposta na aprendizagem coletiva e individual, na comunicação e em sucessivos esclarecimentos, os quais diminuem as resistências e possibilitam a integração do ego. Nas interações grupais, podem surgir traços depressivos em ebulição o que dá condições para que o sujeito possa ter insights, desenvolver identidade e facilitar a aprendizagem por meio de uma nova recombinação de conceitos nos quais os sujeitos ressignificam sua comunicação e visão de mundo.

Assim, o processo corretor vislumbra a integração do sujeito a diminuição dos medos básicos reativados por processos desencadeantes, a diminuição da culpa e inibição, a possibilidades de insights a movimentação de mecanismos de reparação, criação, simbolização, sublimação que tem como resultado a construção do pensamento abstrato, que por não estar ligado ao objeto concreto permite avaliações, estratégias, táticas e técnicas logísticas.

Ao retomarmos o papel do terapeuta notamos que para Pichon-Riviére (2005) o campo de atuação do profissional em saúde mental é o ECRO, ou seja, o esquema se refere a um conjunto articulado de conhecimentos, sendo um sistema de ideias que alcançam uma vasta generalização, são sínteses mais ou menos gerais de proposições

que estabelecem condições segundo as quais se relacionam entre si os fenômenos empíricos individuais e coletivos. Em síntese se trata de um conjunto de conhecimentos que proporcionam linhas de trabalho e investigação.

Assim entendemos que o ECRO “é um conjunto organizado de conceitos universais que permitem uma abordagem adequada de situação concreta a pesquisar ou resolver” (Riviére, 2005, p.250), a psicologia social é colocada em evidência dado que os conceitos sociais são formulados historicamente, dentro de um contexto social, portanto de um território, de uma classe social, etc. Ao identificarmos um ECRO no indivíduo ou no grupo este é passível de ser aprendido, transmitido ou mesmo modificado.

Tendo um posicionamento histórico o ECRO parte de uma realidade concreta, posta em movimento de forma simbólica e traduz o conjunto de relações sociais por meio das quais os indivíduos aprendem, confrontam e modificam. Tal conjunto é matéria prima com que se constrói o modelo destinado a evidenciar aspectos ocultos dessa realidade, ou seja, o ECRO integra o ponto de vista de um determinado grupo.

No que diz respeito a referência, Pichon-Riviére (2005) faz alusão a campo psicológico que se estabelece na dimensão grupal, ou seja, é a síntese das diversas realidades subjetivas constituídas no território, sendo o segmento pelo qual a realidade incide e opera sob o ponto de vista de quem fala, considerando os conhecimentos relacionados com esse campo ou fato concreto de uma operação.

A operacionalidade que se conecta ao conceito, é entendida como aquilo que se conecta com outros esquemas, ou símbolos, sendo adequado e enunciado pelo objeto. Assim, quando falamos dos esquemas conceituais referenciais e operacionais estamos diante da possibilidade de promover uma modificação criativa ou adaptativa da realidade conforme a condição de adaptação dos sujeitos, assim a psicologia social vislumbra a reorientação conceitual e significativa dos sujeitos em grupo.

Para entendermos melhor tal conceito podemos representá-lo por meio de um cone invertido no qual se observa as ações e modalidades de interação de forma simbólica no interior do grupo operativo, tais como os processos de afiliação, pertencimento, cooperação, pertinência, comunicação e aprendizagem.

A finalidade terapêutica é a aprendizagem do sujeito, sendo que ganhos terapêuticos no processo de colaboração e execução de tarefas. Neste sentido o grupo pode auxiliar o sujeito a resolver dificuldades internas, ou a resolução de dilemas pessoais, bem como o compartilhamento de angústias as quais supõe serem privadas, mas ao serem explicitadas em grupo se tornam coletivas.

A configuração do ECRO possibilita a definição de um campo operacional. Pela metodologia podemos realizar uma avaliação da operação estabelecida, onde o trajeto nos leva a localização dos elementos integrantes os quais podem ou não serem disfuncionais, nisso estaria a concepção dialética de estereotipia, ou seja, na atividade em grupo observamos e mapeamos os comportamentos e posicionamentos estereotipados para em grupo confrontar e integrar os objetos.

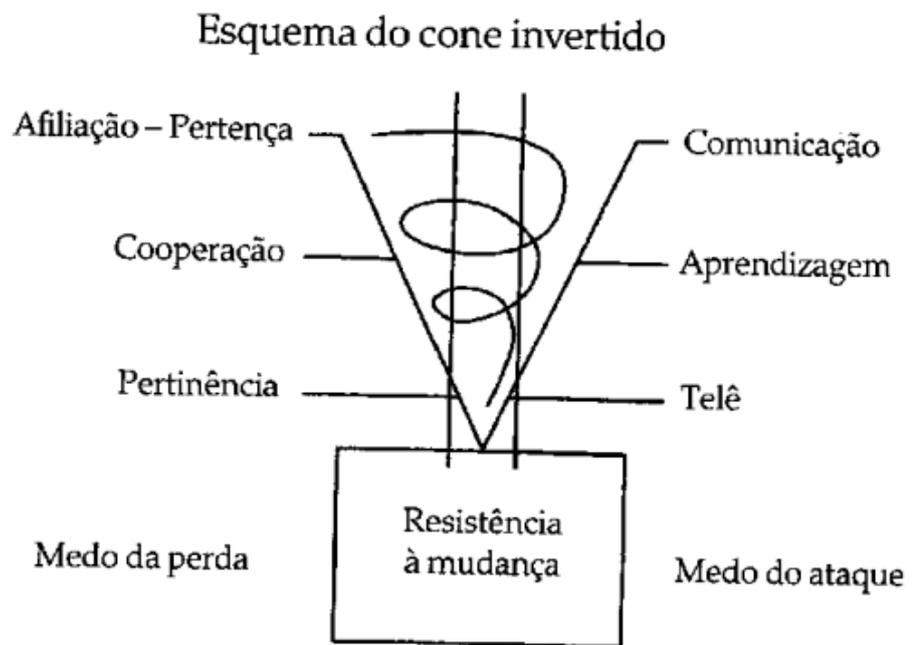
Ao considerarmos a importância do ECRO, é necessário entendermos a forma de manifestação do estado do grupo. Os sujeitos que apontam o sentimento compartilhado do grupo são os porta vozes. A doença do porta voz, conecta ao mesmo tempo as relações e as angústias referentes a si e ao grupo, ao adoecer o sujeito aponta que algo não está bem consigo, nem com as relações em volta de si. Por vezes, não existe apenas um porta voz, mas vários que ao apresentarem seu ponto de vista podem apontar um complexo emaranhado de peças que apontam a condição do grupo.

Os indivíduos interagem no grupo por meio de sua história pessoal, assim como pelo conjunto de circunstâncias pessoais que se articulam com a horizontalidade grupal, o que neste momento constitui um denominador comum da situação, aquilo que é compartilhado por todo assinalará o que é a interpretação que se cruza. Nas palavras de Pichon-Riviére(2005):

Em determinado momento o porta voz diz algo, que é um sinal para o processo grupal, que pode ser decodificado pelo grupo e pelo coordenador, o porta voz não tem consciência, no momento de enunciar algo, da significação grupal que tem esse algo, ele anuncia ou faz algo que vive como próprio. (p.189)

Neste momento o porta voz vive de forma intensa a manifestação que não é apenas sua, a problemática expressa é de contingência pessoal e grupal, vertical de sua história e horizontal em um contexto grupal partilhado entre os membros.

É neste contexto que PichonRiviére irá apontar a dinâmica do cone invertido, sendo que neste momento da tarefa pode se reavaliar os processos até ali desenvolvidos, bem como o salto qualitativo proporcionado pelo *insight* individual que também é do grupo, a evolução dialética outrora posta entre tese, antítese e síntese, ou mesmo na representação daquilo que é existente no grupo, as interpretações que o terapeuta ou qualquer pessoa que emerge no grupo como líder e por fim o novo emergente. Isso coloca o grupo em uma evolução dialética, sendo que por vezes neste momento que o grupo pode encontrar resistências frente a mudança de percepções. O cone invertido é expresso por Pichon-Riviére(2005) na seguinte representação gráfica:



Ao considerarmos aspectos intra grupais, bem como as formas de intervenção inerentes ao grupo, resta entendermos a dinâmica dos vínculos os quais o paciente é oriundo. Para Pichon-Riviére(1989) um instituto de psiquiatria e psicologia bem organizado precisa de um departamento de psicologia social, isso porque, qualquer investigação precisa investigar aspectos sociais e históricos, uma vez que as tensões que o sujeito sofre em seu meio social é de fundamental interesse para o terapeuta, dado que

o paciente pode repetir a transferência que sofreu em seu meio dentro do contexto de transferência clínica.

Assim, há que se investigar três dimensões as quais o sujeito faz parte, que são o próprio indivíduo, o grupo, e instituição ou o meio social ao qual o sujeito é partícipe. Estes campos se integram sucessivamente, não havendo uma divisão tão clara entre tais âmbitos.

Além das relações de objetos, a psicanálise para PichonRiviére deve investigar a relação que os indivíduos têm com os outros, criando uma estrutura particular em cada momento. A investigação psicossocial analisa a parte do sujeito que se expressa para fora, que se dirige aos diferentes membros que o rodeiam, enquanto as estruturas sócio dinâmicas investigam as tensões e relações existentes no contexto da família ou grupal na qual o sujeito é parte. A análise institucional consiste na investigação dos grandes grupos, tais como a composição histórica, política, econômica e ideológica.

Essa tríplice investigação nos permite obter uma análise completa do grupo o qual estamos investigando, analisamos as tensões ao redor do paciente, os membros de sua família em sua totalidade, bem como as relações inter e intra grupais, podemos verificar a liderança do pai, a falta dele, as formas de interação com a mãe, as formas de ruptura ou a perda de prestígio do grupo familiar. Tanto a neurose quanto a psicose são o emergente do novo e original que surge em consequência da ruptura do equilíbrio familiar, por isso quando se trata do psicótico, nota-se que este também assume traços de liderança em sua família, controlando aspectos de seu meio familiar, começando a fazer com que a família também tencione o terapeuta.

Entendendo que o grupo se consolida dentro do contexto social e por meio de seus dispositivos e que o sujeito se constitui nas interações com as instituições, concluímos então que são nas interações sociais que se constituem os vínculos internos, ou seja, os objetos internos os quais temos acesso por meio da psicoterapia individual ou nas tensões do grupo.

No que se refere a dinâmica dos objetos internos podemos verificar que quanto mais forte o vínculo for com um objeto interno, que em seguida é projetado externamente, maior o grau de alucinação do sujeito em relação a seu meio. Dessa forma a loucura se assevera na medida em que o objeto interno fica mais forte e

poderoso, todo o mundo vivencial do paciente se retrai no mundo exterior e se concentra nessa relação particular com objeto interno.

São na situação de transferência que todas as relações com os objetos internos e a variações surgirão durante sua projeção sobre o analista e irão construir a base do trabalho concreto e diário na psicoterapia. Por isso, é importante entender os vínculos internos e sua interação com os externos.

Vale ressaltar que o analista também é parte dos objetos a serem integrados pelo paciente, isso por que:

O analista não é um observador imparcial, nem está fora da situação, mas sempre é um observador comprometido com a situação do paciente, neste sentido é na repetição dos conflitos com o analista, na situação transferencial que possibilita a ruptura da estrutura psicótica estereotipada. Nesse sentido o psicótico conseguiu um equilíbrio para si mesmo dentro da economia do sofrimento, e valendo de defesas particulares, a primeira coisa que se rompe causando muita ansiedade e dando aos outros uma sensação de recaída, é essa estrutura de estereotipia que mediante o confronto colocou-se em movimento. (p.105)

No ciúme, por exemplo, o sujeito tenta controlar o objeto, mas apesar de seu controle sempre teme que o sujeito estabeleça contato com o objeto de risco, o terceiro está atuando sempre no delírio, na alucinação e em uma grande quantidade de sintomas do tipo de atuação psicopatia, em que o terceiro está situado em outras pessoas na rua ou em qualquer lugar.

O masoquismo por outro lado, é uma relação libidinosa com o objeto mal interno, que se torna externo e que provoca padrões de conduta, um paciente que se queixa de promover perseguições pode em certo momento apelar para a defesa homossexual para apaziguar o perseguidor. Esse perseguidor que era mal, em dado momento se transforma em objeto bom para ele, porque entrou em um trato particular aceitando a situação homossexual.

O objeto central das investigações psicológicas é o campo psicológico, sendo a correlação da personalidade do sujeito e as suas conexões com o mundo o que conota o campo psicológico, que vem a ser a síntese das interações entre os indivíduos e seu meio, assim o campo da psicologia como um todo é a interação das conexões expressas nos diversos campos que entrecortam as vivências do sujeito no grupo. Isso porque o indivíduo se constitui na trama social, nos conflitos e dramas os quais estão submersos,

os objetos internos inerentes ao vínculo estão permeados com os externos e há um fluxo constante em tais interações.

Feita as devidas considerações teóricas iremos apresentar três situações em que testamos o grupo operativo no município de Chapadão do Sul. Como pensávamos na organização de um método flexível a primeira situação na qual testamos o grupo foi com adolescentes, no qual ao retomarmos as triagens realizadas no último ano, vimos uma concentração maior entre adolescentes de 14 a 16 anos em que a demanda de sofrimento ou queixa mais frequente eram a ansiedade, bem como conflitos familiares.

No segundo grupo tivemos maior dificuldade de realizar os encontros, dado que os adultos tinham resistência em se expor uns aos outros e, por isso, partimos da estratégia de agrupar os pacientes que já estavam em processo de alta onde posteriormente apresentávamos o grupo como forma de manutenção do vínculo e acompanhamento psicológico, nisso ofertamos para doze pessoas, mas entre os encontros tínhamos em média de quatro a cinco pessoas, sendo que em alguns momentos houveram apenas dois pacientes e descontinuamos o processo de análise.

O terceiro grupo, realizamos com as gestantes onde realizamos um projeto de orientação familiar dado que nos sentíamos incomodados de fazer valer enquanto equipe multiprofissional a Lei nº 14.443/2022, em que ao realizarmos a avaliação multiprofissional apenas para a laqueadura ou vasectomia por meio de um parecer social, psicológico e da enfermagem, no qual não entendíamos que isso era um planejamento familiar, mas apenas uma entrevista para daí gerar um parecer para considerar apto ou não o sujeito para a cirurgia e não um planejamento familiar. Nos encontros com as gestantes nos valem do grupo operativo para questionar se tais temas fariam ou não a diferença para auto-orientação familiar, bem como continuidade ou não de próximas gestações, bem como quais as dúvidas ou sugestões para as próximas temáticas trabalhadas.

DISCUSSÃO DOS ENCONTROS E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

O grupo Operativo tendo como enfoque as intervenções com adolescentes.

Para organizarmos as atividades do grupo operativo com os adolescentes verificamos que esta era uma demanda emergente pela fila de espera, consideramos dois critérios sendo o primeiro o tempo de aguardo para o atendimento, assim como a quantidade de pessoas entre 13 a 17 anos que aguardavam, nisso vimos que a maior quantidade de pessoas em espera estava entre os 14 a 16 anos. Organizamos as triagens com a finalidade de agrupar os adolescentes que tinham um perfil com certas semelhanças, tais como conjunto de sintomas, grau de sofrimento, bem como estruturas de parentesco (se era criada ou não com a família, se tinha irmãos, etc).

Estabelecido os devidos critérios separamos treze adolescentes que foram convidados para uma entrevista, no primeiro momento apenas cinco adolescentes se mostraram favoráveis as ações em grupo. Foram realizadas entrevistas com as responsáveis e, posteriormente fizemos o convite para as atividades em grupo após o aceite solicitamos a assinatura do termo de consentimento para participação dos encontros.

Todas as adolescentes que se disponibilizaram eram meninas, vale lembrar que a grande maioria dos encaminhamentos feitos para tal faixa etária é do sexo feminino, tendo uma prevalência superior de 80%. Feita a entrevista inicial e o convite no mês de abril realizamos o primeiro encontro onde chamamos os responsáveis para comparecer, apenas um avô do sexo masculino compareceu, as demais eram as mães que estavam acompanhando as filhas.

O primeiro encontro tinha por objetivo estabelecer a demanda a ser trabalhada entre as adolescentes e familiares. A atividade pensada para apresentação e, promoção da proximidade de vínculo, a primeira ação desenvolvida foi de cunho lúdico com a finalidade de “quebrar o clima” de desconfiança que se instalou.

Solicitamos tanto para os responsáveis quanto os adolescentes amarrassem balões em seus pés para serem estourados, então apresentamos a seguinte proposta, em dois

minutos quem chegar com o balão cheio daríamos um brinde, não falamos o brinde, nem falamos o que era para ser feito. Apresentada a proposta tanto os responsáveis quanto as adolescentes apresentaram um clima lúdico/hostil para estourarem os balões uns dos outros, passados os dois minutos encerramos e dissemos que todos poderiam ter esperado para entregar o balão íntegro, o clima de desconfiança e receio fora quebrado pelo momento lúdico previamente pensado pelo educador físico.

No segundo momento apresentamos uma folha de avaliação de ansiedade tanto para as mães, quanto para as adolescentes com a finalidade de colher o índice de ansiedade e depressão de cada um dos membros, na sequência apresentamos um questionário (que bom, que pena e que tal) onde cada uma das respostas tinham objetivos específicos a serem coletados.

Na propositiva de resposta quem bom, o objetivo era entender o motivo pelo qual o adolescente estava lá e quais as coisas boas que cada um vivia no momento. Na propositiva “que pena”, solicitamos que os pais e os adolescentes falassem sobre o que passavam de difícil seja na convivência ou na rotina e como poderíamos contribuir. No que se refere ao comando “que tal”, sugerimos para que os responsáveis discorressem também sobre a forma como eles gostariam que fossem os encontros. Descrita as respostas colamos em um cartaz e levantamos pelo diálogo as demandas que iriam ser trabalhadas ao longo dos encontros.

Na aplicação do teste de ansiedade e depressão (em que o resultado seria revelado no próximo encontro) observamos que a pontuação a soma coletiva dos pontos acumulava cerca de 65% de 100% dos indicadores de ansiedade e traços depressivos, o que conota uma alta incidência de ansiedade entre os membros do grupo.

Quando perguntamos as participantes do porquê estavam ali a todas foram unânimes ao se referir que estavam sendo atendidas após encaminhamentos médicos considerando as demandas de ansiedade. Por outro lado, ao falarmos da demanda “que pena” que tocam os temas e conteúdo que iríamos abordar nos próximos encontros vimos que os conflitos intrafamiliares como a principal demanda. Neste sentido as mães e a avó de uma das participantes apontavam que sentiam dificuldade para lidar com processos educativos, bem como desenvolver a colaboração das adolescentes considerando a resolubilidade dos conflitos, por parte dos filhos a demanda

fora de ter a habilidade social, de se comunicar de maneira assertiva para lidar com os conflitos intrafamiliares. Assim extraímos o conteúdo a ser trabalhado ao longo dos encontros que vinha a ser relacionamento familiar e seus desafios.

Para não expor as adolescentes que participarão da presente pesquisa, iremos dar nomes fantasia para elas. Serão chamadas assim, Sara, Marcia, Carla e Joana.

Retomando o método e entendendo que o primeiro encontro é o orientador do tema que iremos estruturar como demanda, identificamos a estereotipia vinculada na relação de conflito entre mães e filhas, bem como uma dificuldade comunicativa para mediar elementos de filiação na interação, desenvolvimento de regras, tomada de consciência no papel social, bem como a inabilidade de lidar com relações disfuncionais.

Assim, desenvolvemos sete encontros com objetivos específicos para lidar com tais estereotipias, considerando os arranjos vinculares os papéis sociais, modelos de depositantes e depositários que geram ou potencializam conflitos, assim como vislumbramos saltos qualitativos para integrar sínteses e integrações dos objetos internos de cada membro do grupo.

Segue-se então um quadro com a síntese dos encontros e posteriormente suas respectivas análises:

	Atividade	Objetivo	Resultado
Encontro	Apresentação do filme Kong Fu Panda	Levantar junto com as adolescentes traços de inabilidades sociais e dificuldades de interação	Momento de tensão, pacientes apresentaram traços de angústia e dificuldade de verbalizar. Surgiram temas como frustração e inadequação do contexto os quais estavam no personagem e que eram

		considerando os objetos projetivos de siidentificações e inabilidades sociais que se assemelham ao panda.	compartilhados entre as adolescentes.
Enc ontr o	2 Apresentação da música a provas de bala.	Levantar dificuldades enfrentadas pela narrativa do objeto musical e as projeções de identificações que se tem com os adolescentes, sobretudo com o relacionamento familiar.	Na sessão as pacientes mostravam identificação em trechos da música tais como: Bom dia pai, bom dia mãe, vocês são tudo que eu preciso. Tô resolvendo um pá de coisa, mas vocês não precisam saber disso. Eu lembro de tantos amigos que estavam comigo e hoje já não mais estão. Se eu dei errado no amor e, sabe a culpa foi minha. Eu vejo todos se afastando, dizendo a culpa é sua. Nesse trecho ressaltase o processo de catarse e identificação coletiva

			referentes as exigências coletivas da faixa etária tais como estudo, cobranças de amigos, de familiares, rompimentos de vínculos, bem como a interação de aspectos familiares.
° Enc ontr o	3 Compl etamento de frases	Construir processos de identificação coletiva entre as participantes com a finalidade de mostrar que alguns conflitos podem se assemelhar ou em que momentos podem divergir.	Na sessão frases incompletas como: Minha mãe tá zangada hoje, geralmente... Quando estou na TPM fico... Causaram maior conjunto de discussão entre as adolescentes
° Enc ontr o	4 Comparação da adolescência entre os adolescentes de hoje e dos pais.	Possibilitar consciência dos processos subjetivos de angústias e de identificação com os pais,	Na sessão as adolescentes apresentaram um consenso de que a vida das mães e familiares era mais difícil pela ausência de recursos, pela inserção no mercado de trabalho precoce,

		<p>Rasgar os papéis e confirme as emoções.</p>	<p>considerando aspectos históricos, bem como pessoais entre gerações. Na atividade o objetivo é de criar elementos intersubjetivos atrelados a emoções positivas e negativas, bem como quais emoções ou experiências as adolescentes gostariam de se ver livres.</p>	<p>exigências tais como a maternidade precoce, ou dificuldades matrimoniais já eram vivenciadas pelas mães e nisso houveram associações quanto ao reconhecimento das mães, que são amáveis e que tiveram uma vida com maiores privações que as suas.</p>
<p>o Encontro</p>	5	<p>Encontro com as mães e filhas</p>	<p>Apresentar uma primeira devolutiva do que coletamos, bem como estabelecer processos de identificação coletiva entre as participantes do grupo.</p>	<p>Pensamento coletivo das mães em identificação negativa, ataque, reafirmação de autoridade, bem como ressaltado de conflitos.</p> <p>Entre as verbalizações das adolescentes o amor materno foi algo ressaltado, que apesar dos conflitos sabem que o amor se expressa no cuidado, no</p>

			<p>carinho, na convivência e no compromisso que as mães assumiram.</p> <p>Ao atingirmos tais verbalizações as adolescentes assumem a condição de porta voz para expressar a necessidade do cuidado e amor materno.</p>
<p>o Enc ontr o</p>	<p>6</p> <p>Encontro com as mães e filhas</p>	<p>Apresentar uma primeira devolutiva do que coletamos, bem como estabelecer processos de identificação coletiva entre as participantes do grupo.</p>	<p>Realizamos uma devolutiva dos encontros e ouvimos as mães que afirmaram que os conflitos se tornaram amenos e menos freqüentes em casa, as filhas estavam mais colaborativas e tinham maior cumplicidade nas ações. O que não significa que houveram extinção dos conflitos.</p>
<p>o Enc ontr o</p>	<p>7</p> <p>Encerramento e avaliação</p> <p>Aplicação do questionário de ansiedade.</p>	<p>Retomar entre as participantes o que fora trabalhado ao longo dos encontros e quais as avaliações feitas.</p>	<p>Na reavaliação dos encontros tanto as mães quanto as adolescentes apontaram que foi produtivo, no entanto na reaplicação do teste de ansiedade, tanto adolescentes quanto mães apresentaram coeficiente de ansiedade tão alto quanto</p>

		<p>Avaliar se houve um impacto com relação a aspectos afetivos de ansiedade com relação ao que fora trabalhado ao longo dos encontros</p>	<p>no primeiro dia, não havendo tanta diferença do que no primeiro encontro. Vimos por outro lado a motivação para a continuação dos encontros, bem como o resultado da melhora da relação.</p>
--	--	---	---

Adolescente no meio social

A adolescência é cercada por diversas tensões que perpassam a vivência diária do indivíduo, na perspectiva de Pichon (2005) para entendermos o sujeito devemos conhecer o meio no qual este está inserido.

Neste sentido, olhar o indivíduo é também olhar para o meio social no qual está inserido para daí estabelecermos tensões de análise na interface indivíduo/sociedade. É neste horizonte que Martins (2016) irá apontar tal período da vida como fase preparatória para o mundo do trabalho, bem como no período de diferenciação de aspectos infantis do mundo adulto e em processo de formação para integração social e, portanto, gerando tensões as quais colocam o sujeito frente ao mundo do trabalho.

Se para nós o sujeito expressa o dito pelo não dito conseguimos entender o sujeito em suas resistências, tensões, negações e sintomas por meio de processos psíquicos nem sempre conscientes pelos sujeitos, entendemos que por vezes lhe é difícil reconhecer a si mesmo mediante processos de identificação e de contextos os quais ainda não tem representações simbólicas, daí geramos a primeira tarefa a ser executada na qual apresentamos o filme Kung Fu panda sendo que o trecho do filme previamente

preparado tinha por objetivo expor um momento de inadequação onde o panda se vê acidentalmente escolhido para realizar uma missão no qual não se vê apto.

Nesta atividade, tínhamos o objetivo de extrair elementos nos quais as adolescentes se sentiam inadequadas ou que não tinham signos para nomear seus sentimentos, o silêncio imperante que proporcionou tensão, perpassou a todos inclusive o próprio terapeuta que na situação também se sentiu inadequado com o tema proposto, perguntas como: o que vocês sentiram quando viram este trecho? Vocês acham que ele estava preparado para a atividade que lhe propuseram? Você se sente como um panda as vezes diante da vida? Acha difícil algumas tarefas que lhes propõe?

Da demanda gerada no primeiro encontro, vimos a necessidade de ampliar o repertório verbal e elucidar características do self das participantes, ou seja, uma de nossas tarefas era proporcionar significações e autodescrição que dariam condições de se ver melhor em situações nas quais não teriam ferramentas para lidar com o imprevisto, situações de angústias ou auto descritivas. Neste momento vimos que o processo de identificação fora posto na recusa e negação do repertório de inadequação, onde apesar de não se sentirem capazes de estabelecer uma comunicação assertiva com os familiares se colocavam na resistência de reconhecê-lo, e, portanto, em processo de negação.

Se por um lado, havia uma resistência entre as participantes para se colocarem diante de uma primeira ação houve por outro o sentimento de ataque e nisso o comportamento de porta voz de uma das participantes que devolve o questionamento para o terapeuta e diz: e você já se sentiu inadequado alguma vez? Mediante o momento de tensão expus que naquele momento me sentia inadequado pelo silêncio na atividade proposta, mas que imaginava que mediante a tensão existisse um silêncio perturbador para o terapeuta e que isso era previsto na própria teoria.

No segundo encontro rumamos para o processo de intersubjetividade expresso na teoria de René Kaes no qual entendemos que a intersubjetividade pode ser expressa por signos sociais compartilhados. Por outro lado, vimos nos signos descritivos a caracterização de papéis sociais expressos por meio de sentimentos compartilhados na forma de expor e executar as ações do cotidiano. Na tarefa notamos adolescentes que se sentiam inseguras no trato familiar, mas que por vezes trocavam os “pés pelas mãos” e

no trato da rotina acabavam ferindo suas mães por conta de sentimentos e sintomas inconscientes.

Assim, escolhemos a música “a prova de balas” com o objetivo de eliciar o debate entre as adolescentes e promover o processo de identificação coletiva. A identificação para Freud vem a ser o processo no qual os signos são compartilhados e no amor que sentimos pelo objeto, incorporamos os mesmos e o tornamos por processos narcísicos, assim é nele que ao sentirmos o sentimento oceânico de completude nos colocamos em contato com o criador, que apesar de ser inexistente, nos põe em controle institucional pelas narrativas de instituições que nos detém, dessa forma incorporamos a narrativa externa de “Deus” e a tornamos parte de nós como nosso criador e mantenedor, ou seja, incorporamos o objeto amado e externo a nós.

Escolhemos esta música considerando o conjunto de aspectos ideológicos os quais são compartilhados em rápidas frases que dialogam com uma narrativa estóica e neoliberal na qual cada um é responsável por si e independente das demandas que temos devemos “gerenciar” nossas emoções.

Neste sentido Safatle (2020) entende que o neo-liberalismo consegue extrair um a mais do sujeito, dado que ao assumir a narrativa do sujeito-empresa pouco temos que dividir nossas estratégias, modelos de negócios esquemas ou padrões gerenciais os quais despersonalizam coletivamente as personalidades sociais ou individuais que vislumbram sustentar a imagem do indivíduo que manifesta suas ações em uma plataforma de performance em função de uma narrativa com viés *Coach*.

Nesta linguagem social, vale a narrativa de quem é o pior inimigo do indivíduo é ele mesmo, assim como bobagens do tipo “*no pain no gain*”, ou mesmo “lute com todas as forças para chegar lá” (lá aonde?) desconsiderando qualquer tipo de responsabilidade social, econômica, política, ideológica, posição ou grupo social no qual o indivíduo se encontra.

Dessa forma, pouco importa se estamos em desvantagem social perante os demais, vale a culpabilização dos sujeitos mediante a falta de performance que corresponde as perspectivas sociais, tudo deve ser gerenciado com as devidas estratégias, inclusive nossos sentimentos. Estar à prova de balas é como o sábio

inabalável de Sêneca, que ao falar sobre a brevidade da vida compara-o ao longo rei que ao perder seu reinado pouco se importa com sua derrota, tal rei é inabalável frente a situações adversas a ponto de não mobilizar seus afetos diante dos dardos que podem lhe rumar para o extermínio, vida ou morte são transitórios neste discurso e, neste sentido devemos estar sempre abertos às condições de sofrimento de forma inabalável. Assim o indivíduo pode se tornar pacífico a ponto de expressar a condição do amor fati, ou seja, o tipo de amor ao destino ou uma aceitação integral as condições impostas pela vida, mesmo que seja cruel ou dolorosa.

Assim, a filosofia estóica serve como uma luva na narrativa neoliberal, por colocar o sujeito “forte” e pouco sentimental frente às condições da vida. Vale então o discurso do indivíduo empresa que gerencia suas ações e afetos que luta cada vez mais sozinho para um dia “vencer na vida” e ser alguém reconhecido por isso, que seja a prova de balas. Estar alheio ou “forte” a situações de sofrimento coloca o sujeito negando seu sentimento de fracasso, só a vitória a qualquer custo lhe interessa. Tal narrativa tenta apagar, ainda que sejam impossíveis as fragilidades humanas, impotências, derrotas, falhas ou lutos.

Por outro lado, na música não estamos diante de um sujeito indiferente, mas em tensão, sofrimento e conflito e, que neste sentido buscamos a identificação com as adolescentes, não no sentido do sofrimento, mas para que entre elas haja a percepção de que todas estão em conflito, ou seja, os sofrimentos ou angústias que tem são compartilhados.

Freud no final dos anos de 1890 apontou tais elementos como gerador de sintoma, onde expressa que, as forças das regras morais consolidadas na sociedade exprimem a condição de um sujeito que ao silenciar seus sentimentos futuramente perderá seus signos conscientes os quais ao se tornarem inconscientes e se manifestará como sintoma. Neste sentido, retomamos a célebre frase de Freud na qual expressa que aquilo que o sujeito tenta empurrar para o inconsciente, o mesmo gritará em seus sintomas.

Justificada a escolha que fizemos para ficar claro o objetivo neste trabalho, não o revelamos para as adolescentes, imprimimos uma cópia da letra para cada uma e ao escutarmos juntos a música solicitamos para que as adolescentes circulassem os trechos

que mais gostassem. Por ser muito difundida entre os adolescentes a atividade se tornou fluida, pois elas cantaram juntamente com o artista enquanto a música estava sendo tocada. Para facilitar a leitura do trabalho colocaremos a letra em anexo no presente trabalho.

Seguem os trechos marcados pelas adolescentes bem como suas respectivas análises e verbalizações:

“Bom dia mãe, bom dia pai, Cês são tudo que eu preciso”

Neste processo de identificação e tensão intersubjetiva podemos notar a identificação e a centralidade com que os aspectos familiares ainda figuram a forma de ver o mundo e organizar referências cognitivas e a valorização afetiva. Por outro lado, ressaltam a importância no contexto interpessoal familiar. No entanto se na primeira fala que foi marcada pelas adolescentes mostravam os pais como centrais, em especial a figura materna, no segundo giro pode-se verificar a que também existe um processo de diferenciação no qual há uma identificação entre as adolescentes. Nisso podemos ver que Sara aponta que sua mãe figura como figura parental única e que no seu cuidado se sente muito irritada com os demais parentes que tem um trato de conflito e que sobrecarregam sua mãe, neste sentido tem a figura da mãe como amorosa que se posiciona sempre no cuidado mediante um conflito com os demais parentes.

Carla apontou que sua mãe tem ficado muito tempo no trabalho e que a adolescente ao permanecer a maior parte do tempo no esporte e escola integral acaba tendo pouco contato com a genitora, no entanto nota que ainda tem a mãe como prioridade afetiva, que não existem tantos conflitos. Joana em poucos momentos fala sobre si, no grupo não lhe gera muitas tensões ou angústia, nota-se que o leve atraso cognitivo também lhe coloca em uma posição de passividade em relação as outras colegas, no termo específico a paciente afirma apenas “é isso”.

“Tô resolvendo uma pá de coisa, Mas cês não precisam saber disso Relaxa que isso é coisa minha”

Se por um lado a centralidade dos adolescentes se mostra na valorização dos pais, no segundo momento a própria fala aponta para a organização de prioridades pessoais das adolescentes em relação a tomada de decisão, organização de prioridades pessoais, bem como configuração e diferenciação de identidade entendendo como processo de identidade o conjunto de saturações as quais condensam aspectos de personalidade que se revelam por negações, racionalizações, identificação e defesa do ego do sujeito mediante os signos sociais e interações.

“Que eu ando sentindo tanta solidão Eu lembro de tantos amigos que estavam comigo E hoje já não mais estão.”

Neste trecho as adolescentes do grupo apontaram que tiveram conflitos os quais geraram tensões e rompimentos relacionais e, reposicionaram relações no âmbito familiar, educacional, bem como de pessoas que lhes eram figuras importantes tais como amigos próximos ou mesmo a posição de seus pais em relação a sua visão de mundo. Pode-se verificar que neste trecho as adolescentes se identificaram por conta de conflitos que tiveram outrora os quais foram fontes de sofrimento, arrependimento, bem como ressignificação pessoal.

No que se refere à diferença entre as participantes Sara apresentou um maior número de conflitos, enquanto Joana por vezes acompanhava sua opinião, Márcia dava risada em várias vezes, e na maioria das vezes apontou que tinha um bom relacionamento com as colegas de sala, mas que rompeu um relacionamento amoroso o qual lhe foi fonte de tensão, no que se refere a relação com a mãe aponta um descontentamento em relação a resolução de conflitos, uma vez que ambas ao terem desgastes relacionais apenas param de falar uma com a outra e posteriormente voltam a se comunicarem. Joana por sua vez apontou que não tivera conflito algum e que ultimamente tem uma boa relação com sua mãe o que reforça a figura passiva que tem em relação ao grupo e nas relações interpessoais.

“A culpa é sua Pessoas estragaram tudo E querem que só eu assuma”

Em tal trechos todas as adolescentes foram unânimes quanto a transferência de culpabilidade em conflitos relacionais o que lhes confere um papel melancólico em relação as tensões relacionais, posição esta, de histeria com necessidade de correção.

Realizado o processo de identificação coletiva entre as adolescentes expondo os conflitos que as unificavam, bem como ressaltando a necessidade de manejo das habilidades sociais em situações de percas, lutos ou mesmo frustrações planejamos para o próximo encontro realizaríamos uma atividade de complemento de frases com objetivo de entender como são as relações familiares e como lidam com imprevisibilidade.

Nesta sessão apenas duas adolescentes estiveram presentes então sorteamos as diversas frases e demos para que as adolescentes compartilhassem suas opiniões entre si. Ambas as pacientes estavam solícitas na expressão de suas respostas, de maneira geral, Sara se apresentou de forma mais agressiva em aspectos que envolviam negociações com sua genitora, outro fator foi a expressão de sua vontade por vezes levadas às últimas consequências no contexto familiar ou mesmo movimentos narcísicos de auto favorecimento se revelaram com maior fluência em suas verbalizações. As respostas emocionais de Sara na sessão foram de por vezes raiva, frustração e irritabilidade, em síntese as respostas mais presentes na paciente pendiam para uma organização narcísica de auto favorecimento no contexto familiar.

Por outro lado, Márcia apresentou uma posição melancólica entre aspectos que exigiam seu posicionamento mostrando respostas padronizadas quando lhe exigiam conflitos, assim questionamentos tais como: houve uma briga na família geralmente eu... (choro), estou me sentindo triste eu (choro). As respostas emocionais mais frequentes na sessão da paciente foram de choro, tristeza, alegria e afeto negativo, que pendiam para uma posição melancólica.

Na sessão seguinte tínhamos por objetivo comparar as gerações e na atividade as adolescentes receberam uma folha de papel em branco com a seguinte instrução, dobrem a folha ao meio e de um lado escrevam sobre como era a adolescência de seus pais e de outro descrevam como é a adolescência na atualidade. O objetivo da atividade é comparar os dois momentos após a escrita de cada membro, tendo como referência a diferença ente as gerações, bem como a diferença entre as escritas das participantes.

Adolescente	Sobre a geração dos pais	Sobre sua geração
Sara	Antes era sofrido, eles trabalhavam desde novinhos, e também não podiam brincar. Muitas mulheres ficavam grávidas pra poder ir embora da casa onde morava, não tinha brinquedos igual os de hoje em dia, normalmente eram criados pelos avós.	Hoje em dia é mais as coisas nas mãos, igual a minha mãe fala, hoje temos celular, brinquedos na mão, podemos trabalhar novos, hoje os pais não quer que os filhos passou e eles são muito mais no pé dos filhos.
Márcia	Antes eles trabalhavam muito e saiam da casa dos pais muito cedo, pois a grande maioria já havia tido filhos e como consequência tinham que morar com o homem e assim não aproveitando a infância nem os estudos.	Hoje em dia aproveitamos mais porque preferimos sair com os amigos ou ficar no celular, e querendo ou não essa geração de agora é muito mimada não fazendo muito esforço igual eles, tipo demoramos para começar a trabalhar e quando começamos e parar gastarmos com nós mesmos e demoramos para viver como adultos também.
Carla	Trabalhavam desde novinhos, saiam cedo de casa, tinham mais liberdade dos pais por não serem tão rígidos.	Passam muito tempo no celular, mais tempo em casa, pais mais rígidos, mais briga em casa.
Joana	Agitada, meio	Mais fácil.

Após a escrita solicitamos que as adolescentes expusessem seus pontos de vista sobre ambas as gerações, pudemos notar que todas unificavam seu ponto de vista no que se refere ao mundo do trabalho em relação a seus pais dado que na geração anterior todos os pais ou mães já estavam trabalhando ou se organizando para formar suas respectivas famílias comparando com a faixa etária das adolescentes.

Ao serem perguntadas sobre o porquê de tal diferença pode-se verificar fatores não conscientes do trabalho precoce de seus pais, nem ao mesmo quais as transformações do mundo do trabalho o que implica na atualidade maiores formações e uma incursão tardia no mercado de trabalho devido ao aumento da complexidade no mundo empregatício, necessidades de formação educacional, de maior transformação de carreiras ou mesmo de preparação universitária não eram fatores considerados pelas adolescentes em suas formulações escritas, nem em suas expressões verbais.

Se por um lado houveram consensos ou processo de identificação entre as participantes do grupo, por outro conteúdos e tensões divergentes surgiram e trouxeram elementos particulares na expressão grupal, tais conteúdos atrelados ao histórico de vida, bem como a fatores conscientes ou não deram consolidaram a verbalização dos adolescentes.

No primeiro relato com a história de Sara podemos verificar que a mesma tem em sua escrita limitações gráficas e dificuldades no domínio da linguagem formal e culta de um lado, mas de outro podemos verificar condições de complexas vivências de conflitos aliados a sua família, a história de sua mãe onde se presenciou um abuso grave, bem como a relação de sua mãe que engravidou ainda adolescente do irmão mais velho e o cuidado que teve por parte de sua avó.

Ainda com relação a Sara, mesmo com diversos conflitos envolvendo suas relações notamos uma personalidade de autovalorização e dificuldade de avaliar riscos por um lado, onde se revela uma adolescente que tem um rápido manejo de relações interpessoais que lhes auto favorece de um lado, mostrando comportamentos de

agressividade e ameaça e, por outro o mesmo comportamento lhe causou uma série de inconvenientes tais como perseguições e conflitos em sala de aula.

Na fala que tem sobre os brinquedos podemos notar certa infantilização, mesmo tendo 15 anos se refere aos brinquedos como uso cotidiano, temas como o mundo do trabalho por outro lado como objetos de desejo, mas há pouco conhecimento quanto aos relacionamentos interpessoais, bem como avaliações de conflitos os quais surgem de um comportamento narcísico de auto favorecimento os quais tencionam na maioria das vezes para um rompimento de vínculo.

Márcia aponta os mesmos fatores apresentados por Sara com exceção a seguinte fala em relação a adolescência de seus pais:

“Saíam da casa dos pais muito cedo, pois a grande maioria já havia tido filhos e como consequência tinham que morar com o homem e assim não aproveitando a infância nem os estudos”.

Tal verbalização coincide com a vivência de sua mãe que teve que se casar aos 17 anos e teve um matrimônio abusivo com o marido, tal modelo de família é orientado exclusivamente pela falta de orientação sexual e/ou reprodutiva ao qual condicionava adolescentes ao engravidarem por conta de ausência de conhecimento e métodos contraceptivos a juntarem-se com os companheiros e viverem conflitos conjugais de forma precoce.

As demais falas se mostraram no sentido de representar a vivência dos adolescentes como sendo *“mais fácil”* (sic), isso porque na atualidade as adolescentes afirmam que suas mães prezam por uma maior satisfação de suas necessidades, tais como moradia, lazer e estudo, que ficam parte do dia nos respectivos celulares e que o trabalho ainda é uma realidade distante.

Ao aglutinarmos tais falas questionamos as adolescentes sobre o conhecimento que tinham do mundo do trabalho e se tinham em mente o porquê de tal demora quanto ao contexto produtivo, todas as adolescentes não se mostraram cientes quanto ao arrocho de vagas no mercado de trabalho, novas tecnologias e aumento da complexidade no modo de produção o que exige maior tempo de formação e que,

portanto, também exige das adolescentes maior preparo na formação educacional, seja por meio de cursos técnicos, seja por meio do ensino superior.

Na sessão a paciente Joana novamente fora acolhida pelo grupo e apresentou uma posição que destoava dos demais membros que se colocaram ativos no diálogo e que foram responsivos quando solicitados. Outra questão apontada pelas participantes foi a pergunta de uma adolescente a qual questionou: e você doutor qual era o seu role na adolescência.

No segundo momento da atividade entregamos outra folha em branco na qual pedimos que as adolescentes rasgassem um pedaço da folha conforme a quantidade de afeto atrelado ao enunciado, sendo este afeto no primeiro momento negativo, em um segundo momento tentamos reconstruir a folha de papel apresentando frases positivas para verificar quais as predominâncias entre os afetos das participantes. Segue em anexo as frases de afeto negativo e positivo.

Ao solicitarmos para as adolescentes rasgarem as partes da folha em branco conforme a proporção dos enunciados que lhes causassem afetos negativos, notamos as participantes com risos e motivadas para a atividade, sendo o maior afeto em comum entre todas as assertivas a ausência de dinheiro para comprar aquilo que lhe dessem vontade.

Por outro lado, ao reconstruirmos conforme os afetos positivos a folha de A4, a assertiva que teve maior proporção foi “Minha mãe o nada me deu 50 reais”. Assim vemos que a autossatisfação e a vivência narcísica é o que mais estrutura o afeto das adolescentes, sendo o dinheiro o código ou instrumento social que viabiliza a satisfação narcísica das participantes.

Por fim, fizemos os dois últimos encontros onde realizamos uma primeira conversa com as mães com a finalidade de entendermos a dinâmica interna do vínculo familiar, bem como os papéis sociais, assim como o conjunto de aprendizagens que se estabelecem em tais relações. Se por um lado, os encontros com as adolescentes tiveram níveis de complexidades específicas dado que os objetivos eram claros em cada uma das sessões, nos dois últimos encontros tivemos um maior número de signos e aspectos afetivos que cruzaram as narrativas.

O primeiro objetivo colocado na sessão de encontro com as mães e adolescentes tinha em vista iniciar com uma devolutiva dos encontros para que as mães tivessem ciência do que estávamos trabalhando ao longo dos encontros, assim apontamos que as filhas tinham ciência de que as mães tiveram que desenvolver papéis sociais de forma precoce tais como o trabalho, auto cuidado e independência ainda na adolescência, que se sentiam amadas mesmo mediante conflitos e que nos encontros aspectos como a ausência de dinheiro ou conflitos externos de casa potencializavam os conflitos no seio familiar.

Tais devolutivas foram acolhidas de forma positiva entre as mães, no entanto ainda vigora na narrativa das mães que suas adolescências foram precocemente interrompidas pelo trabalho e pela responsabilidade, pensamento este contido na fala da mãe 1 que diz:

“A minha infância foi sempre difícil, ou eu saía ou meu avô me estuprava, a minha vida é trabalhar e viver pros filhos, a vida deles está muito fácil, eu não posso reclamar de coisas piores, porque eu sou a ruim, a chata nojenta, eles falam que me odeiam, que eu não sou a mãe”.

Da árdua tarefa de manutenção de subsistência tida pela mãe 1, que apontou um complexo contexto familiar, permeado por vulnerabilidades constantes, violação de direitos, bem como a atribuição precoce da maternidade vimos em sua fala um paralelo entre a vivência da filha e de seus momentos de adolescência, sendo que uma projeção de signos nem sempre positivos permeavam sua fala, neste sentido é categoria em afirmar que a filha passa por uma adolescência muito mais tranquila, ausente de percalços e que sente que mesmo protegendo sua filha nem sempre se vê reconhecida por suas renúncias.

Vimos então que as dinâmicas dos vínculos se convergem aos papéis sociais que o indivíduo possui, ou seja, em cada contexto se expressa um conjunto de atribuições que são socialmente designadas, ou seja, na família cabe o papel de mãe, há um conjunto de valores morais e históricos que condicionam quais as tarefas que a mãe

deve executar para se ser uma “boa mãe”, ou seja, um ideal de ego, nem sempre alcançável, dado que o papel de mãe também se norteia pela performance, ou seja, para ser uma boa mãe, há que se ter na fantasia das participantes genitoras o carinho, afeto, amor, acolhimento, compaixão, cuidado, etc. Por outro lado, o exercício da maternidade se expressa no sentido de ser quem cuida, que regra, quem está para a ordem assim como as leis estão para o Estado.

O amor materno é reconhecido pelo cuidado, pelo sentimento de estar sendo protegida por suas genitoras sendo expresso na seguinte fala

“Eu venho prestando atenção que tenho sido muito permissiva, eu tenho deixado e quer ficar na casa dos outros todos os dias, mas não dá pra ser todo o dia, ela distorce o que eu faço, quer o bem que não passe as mesmas coisas que a gente. Com relação aos estudos o mundo é cruel com as mulheres, o mundo é injusto, é diferente nosso salário, pra ganhar a mesma coisa que homem tem que estudar muito”.

Mecanismos de defesa do ego tais como racionalização para evitar a culpa puderam se evidenciar em trechos onde as mães apontam sua insegurança quanto ao seu próprio papel de maternidade, neste sentido uma das falas se mostra com maior evidencia onde uma mãe aponta que a mãe 1 aponta

“Eu só espero que ela não seja como eu. Na minha época ninguém me explicava nada do mundo pra pessoa, eu aprendi enfrentando na cara e na coragem, eu nunca tive uma mãe que me disse não faça isso minha filha, não é por ai, é por aqui, eu brigo com a minha mãe”.

Outra mãe também se manifesta no mesmo sentido:

“Uma coisa que elas não sabem é que a maternidade não vem com um manual de instrução. Do mesmo jeito que vocês estão passando por uma situação que não sabem passar, do mesmo jeito a gente, tem

hora que a gente não sabe como agir. Que nem tem hora, a filha 2 me mata de ódio e eu quero matar ela enforcada”.

Se o papel social está para o conjunto de atribuições que o sujeito desenvolve, a dinâmica afetiva dentro do grupo social, sobretudo o grupo familiar se expressa na relação dialética de depositante e depositário, a relação de depósitos se expressa a partir do que se atribui e qualifica os sujeitos.

É dessa forma, o conjunto de adjetivos expressos pelos papéis atribuídos aos sujeitos, por outro lado, há que se verificar se tais atributos são aceitos ou não pelo sujeito, ou seja, a dinâmica é expressa tanto pelas ações desenvolvidas pelos sujeitos, quanto pela forma em que lhe é qualificado, neste sentido o conjunto de tais qualificações consolidam a atribuição e a adjudicação de tais papéis, ou seja, se o sujeito aceita ou não tais papéis e qualificações.

Vimos outrora na fundamentação do presente trabalho que o bode expiatório é o sujeito que acaba sendo depositário das contingências negativas da família, podendo ser ou não aquele que é porta voz do sintoma coletivo familiar, assim é o “ovelha negra” da família que é o depositário do sintoma negativo no contexto familiar, mas que por outro lado pode jogar tais conflitos no ventilador como um porta voz do grupo.

Foi na dialética entre depositante e depositário, bem como adjudicação de tais papéis que observamos as adolescentes na reunião com suas mães como depositárias de conflitos, rebeldia, ou mesmo aquelas que resistiam a comandos expressos pelas mães, neste sentido a mãe 1 aponta a qualificação de ingratidão a filha

“Eu já ouvi isso também. Eu acho que é a mesma coisa, é questão de ingratidão, o filho olha e diz que você não faz nada, eu acordo cedo pra ficar de boa o final de semana, isso às 9 da manhã e na hora que estresso sou a errada.”

Já a mãe 2 aponta em vários trechos que sua filha é rebelde e pouco colaborativa, que não a escuta e que é resistente a seus conselhos. Tais atribuições potencializam os conflitos e colocam as filhas em resistência frente a tais qualificações.

Ainda que neste primeiro encontro observamos a dinâmica de tensão e conflito entre as mães e filhas, vimos por outro lado um ambiente de cuidado e afeto sobretudo no depósito das mães para com as filhas e no aceite de tal cuidado. O amor se revelou em diversos momentos como forma de cuidado como podemos ver no seguinte trecho:

“Eu não quero o mal, quero que aprenda as coisas de casa, ninguém é rico, pobre se não se virar se lasca, eu não quero que eles passem por aquilo que passei. Quero que tenham estudo, educação o tempo mostrou que eu estava certa, mesmo sendo a chata, que cobra, eu andei com gente errada”.

A mãe como depositante do cuidado tenta conscientizar a filha que o amor é desenvolver habilidades sociais e funcionalidades que instrumentariam a filha para vivência em sociedade, o cuidado amoroso seria neste sentido o ensino, assim como o conjunto de regras, embutido a tais preceitos também está o afeto, ainda que sendo fonte de conflito tal organização, há uma coerência interna, bem como uma coerção entre os membros do grupo o que podemos notar na seguinte fala:

*“Meu amor hoje em dia são meus filhos, são eu meus filhos e meus cachorros, **que eles têm** raiva até dos cachorros. Nós é nós lá em casa, a gente quebra o pau lá dentro, mas se alguém olhou torto.*

Amor é cuidado né, eu acho que quando a gente gosta, independente do que se vive, amor é cuidado é respeito é carinho e prostração, a gente não tem isso com o filho se a gente não ama”.

Por fim, na semana seguinte realizamos o último encontro no dia 17 de agosto, tínhamos dois objetivos sendo que o primeiro havíamos pactuado com o orientador para aplicar novamente o mesmo questionário de ansiedade para termos um parâmetro de intervenção, no segundo objetivo era avaliar os impactos obtidos ao longo dos encontros.

Assim, no primeiro momento fizemos uma devolutiva do que observamos ao longo dos encontros, pontuamos para as mães que as filhas eram conscientes de que as adolescências de suas mães foram mais escassas de recursos e, portanto, mais vulnerável, em aspectos econômicos, afetivos, vínculos e familiares.

Outro fator apresentado é que na adolescência que o sujeito amplia o leque de interações o que amplia não apenas o leque de referências e vivências, mas também consolida mudanças estruturais em sua percepção de mundo, bem como de sua personalidade, por não repetirem preceitos ideológicos, por terem outras referências tais como professores, pares de mesma faixa etária, desafios como a formação para o vestibular ou mundo do trabalho os arranjos ideológicos dos adolescentes divergiram dos pais o que suscitaria o conflito.

Tanto a mãe 1 quanto a 2 concordaram com o apresentado e disseram que suas filhas mudaram no sentido de saberem se expressar, de serem mais flexíveis, bem como mais assertivas no trato com as mães.

No segundo momento do encontro aplicamos novamente o mesmo instrumento de ansiedade o que usamos no primeiro encontro ao avaliar os resultados notamos quase o mesmo escore para a ansiedade, sendo que a média fora de 50% conforme o instrumento, ou seja, os membros do grupo permaneceram ainda com a ansiedade latente.

No entanto o objetivo da sessão fora atingido que era aproximar os vínculos dos membros. Ainda que o enredo de ansiedade envolveu do primeiro ao último encontro tanto os membros quanto o terapeuta, pudemos verificar que a melhora no diálogo favoreceu a vivência entre as famílias.

Na fala das mães pudemos notar defesas narcísicas ou mesmo paranóicas que respaldassem seus papéis de cuidadoras, mantenedoras, ou mesmo educadoras no ambiente familiar, que por vezes o rechaço ou conflito fosse visto como erro ou pecado na vivência. No entanto, o meio social ao não ofertar um curso adequado do que é maternidade apontam mães em plena abertura para novas experiências quebrando assim

a corrente do arquétipo materno sustentado pela inflexibilidade autoritária e no conflito para a estrutura do diálogo, assim, ainda que trôpegos os caminhos que estabelecemos, pudemos notar que ao longo dos encontros melhoramos as relações de conflito entre as mães e filhas e reorganizamos o diálogo mais assertivo na interação, sobretudo pudemos ao longo dos encontros conscientizar que conflitos haverão, mas que o amor expresso no cuidado, orientação e educação põe as mães no papel de poder, e portanto de autoridade em relação as filhas.

O limite da autoridade expresso na violência na foi verificado nas falas, e notamos, sobretudo na fala das filhas que era cabido ao papel social de suas mães a posse da autoridade, neste sentido notamos que a ansiedade não foi o principal foco de nossa intervenção, ainda que fosse um parâmetro o qual notamos alterado e tensionado, a reorganização da relação se fez mais assertiva.

Findamos o último encontro apresentando quais os tipos de ansiedade para as mães e filhas para que de forma preventiva pudessem se reconhecer como disfuncionais mediante tipos específicos de angústias, no entanto nosso principal enfoque vai de encontro com a narrativa do próprio Pichon (2005) o qual entende que o trabalho do terapeuta é encontrar o fio condutor que integra aspectos conscientes e inconscientes, como se fosse desarmar um quebra cabeça e remontá-lo, mas ao montar novamente, monta de outra forma ainda que seja com as mesmas peças. Um bom analista é aquele que não busca em si a peça que falta, mas tenta resolver com aquilo que tem, por caminho diferente da situação do paciente, ou seja, o terapeuta deve armar uma nova *Gestalt* que resolva o problema da aprendizagem.

Disso vimos que apesar do arranjo de ansiedade permanecer o mesmo no último encontro houve uma mudança qualitativa entre os membros do grupo nas respectivas interações, ao retomarmos a teoria estamos diante de uma depressão iatrogênica que vem a ser a integração precária do objeto que estava cindido, isso porque a mesma mãe que dá carinho e afeto, também é aquela que impõe a regra, dá bronca ou castiga, esta mãe consolida tais comportamentos atrelados a plataforma do cuidado, ou seja, de sua principal atribuição social.

Vimos assim, que mesmo diante de um grupo que ainda tem uma qualidade de ansioso tivemos uma avaliação positiva de todas as participantes de seus familiares no que concerne a ampliação do repertório de seus sentimentos, melhores diálogos, bem como uma integração satisfatória no contexto educacional.

Grupo terapia adultos

No grupo de adultos realizamos o primeiro encontro onde livremente estabelecemos o ECRO – Esquema Conceitual Referencial Operacional, que segundo Pichon tem a ver com o conjunto de fatores dentro do grupo que geram tensões inconscientes em que há sentimentos e afetos conscientes e inconscientes que se conectam a estereótipos individuais ou coletivos que desfavorecem a aprendizagem e, portanto influencia no movimento saudável da personalidade dos sujeitos, os quais orientados pelos estereótipos geram comportamentos disfuncionais, sejam de defesa, resistências, projeções, distorções, paranóia, aspectos narcísicos, enfim, estruturas egóicas que geram distorções e de alguma forma beneficia de forma disfuncional o sujeito.

Na primeira sessão os pacientes foram previamente convidados para conhecer uma atividade em grupo, sendo este composto por ex pacientes do terapeuta que

selecionou usuários que obtiveram alta de seus acompanhamentos individuais. Este grupo era composto por:

Dominga
Ernesto
Maria
Joana

O grupo propôs ser aberto onde o terapeuta sistematizaria um fluxo triplo de chegada sendo o primeiro de ex-pacientes que fosse conveniente a chegada ou permanência em um grupo operativo, o segundo seria advindo das triagens e o terceiro seria advindo das palestras que iremos realizar nas salas de espera sendo o convite feito de forma voluntária nas unidades as quais o terapeuta circula enquanto representante da E-MULTI.

Na primeira sessão após o convite os pacientes chegaram adiantados diante o combinado, o que conota a ansiedade pela participação. Na sessão, todos se mostram cordiais na apresentação, sendo que deixamos a temática livre para que os participantes conversassem.

Joana disse que se sentia ansiosa por estar presente no grupo, Ernesto (19) disse que é normal estar ansioso em uma situação nova. Mediante o tema emergente o terapeuta pergunta ao grupo o que é ansiedade, e o diálogo se segue entre a tensão da percepção individual e a científica a qual é descrita pelo DSM V e que serve como parâmetro para classificar o grau de gravidade, bem como diagnóstico de inclusão/exclusão/diferencial dos tipos de ansiedade.

Diante das percepções em comum, relatamos o que todas as manifestações de ansiedades têm em comum, a saber: pensamento recursivo, trágico, fobias ou medos irracionais, alterações fisiológicas e comportamentais e logo em seguida perguntamos ao grupo se a ansiedade seria boa ou ruim dada das características listadas. Após a pergunta todos apontaram que suas ansiedades foram experiências individuais ruins, disso apontamos que o estresse como mecanismo fisiológico é primordial para a sobrevivência humana, mas o problema se instala quando deixa de ser momentâneo e

passa a ser permanente, ou seja, uma coisa é passar por estresse diante de uma situação de assalto onde nos sentimos paralisados, outra é permanecer no processo de estresse corporal e ansiedade subjetiva mediante o desenvolvimento de um relacionamento abusivo, assédio moral no trabalho ou o sentimento de ser inferior diante de outros.

Na sessão Dominga força com frequência o relato da família, como se fosse à sessão individual vislumbrando uma satisfação narcísica de domínio sobre os demais no espaço e no tempo do grupo, os demais logo se posicionam em relação a sua narrativa, Joana diz que o filho de Dominga “*tem que tomar vergonha na cara*” e Ernesto diz que “*seu comportamento lhe sobrecarrega*”, houve uma regulação na tensão entre os membros e coletivamente o grupo revela o estereótipo no vínculo com o filho seja pelo trato infantilizado, seja pela sobrecarga que a paciente tem com o mesmo.

Ao longo da segunda sessão a paciente Joana afirma que não deseja continuar, Maria também não pôde vir e sessão se dá apenas com Ernesto e Dominga, a paciente domina a sessão falando da tristeza que sente por seu filho que está dormindo na carreta, a briga entre a nora e o filho são os sentimentos de desgaste que lhe consome.

Ernesto aponta que Dominga podia gastar seu tempo em coisas que lhe interesse e isso não é escutado pela paciente, disso podemos notar por um lado o racionalismo afetivo que o paciente tem para com situações cotidianas, mas por outro a negação impressa no comportamento de ignorar ou não validar sua opinião por parte de Dominga, na dialética narrativa podemos notar uma dupla dinâmica narcísica que se opõe de um lado no racionalismo do membro mais novo e de outro a negação da paciente mais idosa, no meio da sessão entra uma nova participante, convidamos a mesma com a finalidade de verificar qual a receptividade dos membros em relação a paciente, os dois membros que estavam na sessão se sentiram a vontade para receber a paciente que entrou na sessão, no entanto P. não se sente a vontade de continuar em grupo nas próximas sessões. A sessão se restringe a temáticas parentais, Ernesto aponta que a família se resume aos pais, e que os demais que considera parentes apenas como laço consanguíneo sem afeto.

Na terceira sessão Joana compareceu, apontou que esteve em uma consulta com seu filho que tem diagnóstico de autismo e ao ir em uma consulta médica com a

especialista notou que a médica utilizou diversas vezes a palavra retardo, enquanto era auxiliada por uma equipe de residentes.

Ao receber tantas informações inconclusas sobre o filho e a quantidade imensa de exames isso lhe deixou muito angustiada, sem reação e que por isso não teve forças para vir na última consulta.

Nisso os demais participantes compartilham situações que lhes foram desconfortáveis em que tiveram reações de tensões corporais, sentimento de impotência, bem como dificuldade de lidar com as situações. Pôde-se perceber no grupo um acolhimento mútuo para com a paciente e seu filho, Ernesto foi chamado ao grupo para falar, mas disse que apenas estava escutando. Além do acolhimento pudemos notar o sentimento de intersubjetividade, bem como a mãe como portadora do sintoma do grupo.

Dominga novamente torna a cena para falar de seu filho, Joana aponta que a situação é bem difícil, mas que seu filho como adulto não deve sobrecarregá-la e que isso precisa ser resolvido o quanto antes, Ernesto concorda.

No quinto encontro tivemos uma série de incidentes os quais afetaram tanto o terapeuta quanto os membros do grupo, ao chamarmos mais duas participantes para participar depois da entrevista, uma delas se pronunciou diversas vezes de forma agressiva dentro do grupo, sendo que em dado momento a paciente se referiu aos comportamentos agressivos e poucos comprometidos do marido de uma outra participante como “pau no cú” expressão esta que foi seguida de silêncio entre todos os membros.

Na mesma sessão uma das participantes estava em crise e se manifestava de forma infantilizada afirmando que tinha medo de ficar no escuro e que se sentia abandonada pelas filhas. Em diversos momentos da sessão afirmava “doutor o senhor não vai me abandonar né” (SIC), “eu estou triste, minhas filhas não querem mais saber de mim, não me deixa também doutor”. Considerando que tínhamos como critério estar acompanhando pacientes que estavam estáveis e que apenas tinham como sofrimentos fontes específicas de neurose, ou seja, conflitos pontuais que lhe causavam angústia, não fazia sentido ter uma participante que havia rompido com o tecido da realidade e

projetava no meio seus traços de rejeição, dependência ou mesmo de coerção a seu estado psíquico. Mediante a situação, em ambos os contextos o grupo ficara muito tenso, vimos o vínculo fragilizado entre os membros que ao se despedirem logo saíram da sala e uma das participantes logo ofertou o grupo de oração para a paciente que estava em choro constante.

Após tal sessão tivemos dificuldade para dar continuidade nas seguintes, tanto os pacientes como o terapeuta via o grupo como fonte de angústia. Na semana seguinte apenas uma paciente compareceu no horário e vimos o grupo com uma aliança rompida ou muito fragilizada entre seus membros nos encontros posteriores tivemos a presença de um ou dois participantes e o sentimento de fracasso havia permeado entre os todos, verbalizações como “ué cadê o povo que não vem” ou “esse povo não tem compromisso não?” Eram frequentes entre os poucos que compareciam nas quintas feiras. Maria ainda é uma das poucas participantes que continuam comparecendo nas sessões as quais daremos uma nova configuração no próximo ano.

Ao longo das sessões tivemos pacientes foram transitórios os quais convidamos para participar nos encontros, alguns entraram e saíram por variados motivos, por exemplo, Ernesto havia encontrado emprego e Joana compareceu apenas duas vezes enquanto registrávamos o encontro, pois estava tirando a carteira de motorista e tinha outras atividades concorrentes tais como levar o filho ao médico ou participar das atividades da igreja em que frequentava, outra paciente apontou que não queria abrir sua vida para outras pessoas e que preferia ficar na sua.

Em síntese acompanhamos o grupo para análise até o quarto encontro na primeira semana de outubro, após tal encontro deixamos o horário livre para quem quisesse participar, mantivemos o grupo que criamos no *WhatsApp* e estendemos o convite para quem quisesse participar em tal horário, assim não fechamos totalmente o horário e ao longo das quintas um ou dois participantes comparecem no atendimento quando podiam, sendo descaracterizado o encontro em grupo, assim para àqueles que compareciam fazíamos atendimento compartilhado ou individualizado.

Maria que foi a participante mais presente ao longo dos encontros foi uma paciente que acompanhamos ao longo de um ano individualmente após um divórcio conturbado permeado por violência simbólica e física. Em diversos momentos ao

falamos sobre temas familiares a participante se colocava ora como alguém que acolhe e expressa sua experiência pessoal colocando sempre sua experiência pessoal como desfecho de qualquer outro relacionamento familiar, por vezes ao expressar a opinião do grupo se colocava como porta voz, entretanto em outras situações se expressava de forma agressiva no processo relacional, depositando sua agressividade como estrutura de outros relacionamentos, projeção essa que nem sempre era coincidente com a realidade.

Outra participante frequente na maioria dos encontros fora Joana, seu principal papel social é o cuidado com o filho portador de TEA, em diversos momentos refletiu sobre o grupo seus objetos formulados pelo pensamento cristão de perdão, amor, benevolência os quais compunham o trato social de base pacífica e dócil. Outra característica de tal paciente é a quantidade de papéis sociais que exerce, quais sejam de mãe, esposa, trabalhadora (empregada doméstica) e estudante do curso de Serviço Social, bem como em processo de formação para tirar a habilitação.

Em diversos momentos em que fora porta voz do grupo Joana equalizou a narrativa grupal de forma horizontal quando tangia sua narrativa a aspectos ideológicos e forçadamente positivos, os quais apontavam mediante o conflito falas como: “vai dar certo”, “é somente uma fase que irá passar” foram algumas de suas narrativas que se repetiam diversas vezes. Na multiplicação de suas várias atribuições a angústia de que não daria conta do cuidado com o filho, com as atividades acadêmicas ou mesmo com sua carteira de habilitação figuravam com frequência em seu discurso.

Apesar da experiência não exitosa, cabe realizar algumas análises as quais observamos ao longo dos encontros. No que se refere aos papéis sociais exercido por cada um dos membros tínhamos pessoas que haviam rompido o vínculo com outros familiares por meio de separação ou morte, outro participante (Ernesto) ainda era dependente dos pais, Maria e Joana que eram mães e cuidadoras de seus respectivos filhos com deficiência sendo o filho de Maria um infante com TEA e o de Joana com transtorno neuro-motor, mais especificamente encefalopatia crônica.

Além da tensão interna que tivemos ao qual desmobilizou o grupo, também tivemos outras questões que potencializaram nossa descontinuidade, a primeira era o fato de nosso encontro ter sido nas quintas-feiras, isso porque o grupo era descontinuado

nos dias em que vínhamos para as ações da pós-graduação, a segunda dificuldade que tivemos fora com a baixa adesão de adultos em participar das atividades, apesar de várias pessoas terem sido convidadas, o aceite era baixo entre os convites, sendo uma média entre um em cada oito convites dos pacientes que aceitavam apenas o atendimento individualizado por julgarem os encontros individualizados como forma de exposição de suas vidas.

As participantes do grupo voltaram novamente a participar ao longo do mês de novembro e atualmente o grupo está com 5 pacientes ativas, pôde-se notar que o grupo tem um significado de cuidado e acolhimento entre as pacientes que frequentam, por deixarmos a estrutura narrativa mais livre diferente do grupo de adolescentes tivemos um pouco mais de dificuldade para realizar o manejo clínico, dado que a narrativa era sustentada pelo próprio grupo, neste sentido o próprio terapeuta teve maior dificuldade tanto em manter o arranjo narrativo quanto a própria permanência entre os membros.

O grupo operativo para gestantes considerando um planejamento familiar mais amplo

Para a formulação do grupo das gestantes partimos de uma revisão crítica que tem por pano de fundo as diretrizes que embasam o planejamento familiar dispostas na Lei 14.443/2022, que alterou a Lei de Planejamento Familiar (Lei 9.263/1966) para determinar o prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e consolidar as condições necessária para esterilização voluntária. Essa atualização permite que homens e mulheres maiores de 21 anos, ou, pelo menos, com dois filhos vivos, possam se submeter a procedimentos de laqueadura ou vasectomia sem a necessidade de autorização do parceiro ou parceira, desde que tenham capacidade civil plena e sejam capazes de expressar sua vontade de forma livre e esclarecida.

Por entendermos que o planejamento familiar é mais amplo do que é atualmente proposto pela Lei 14.443 de 2022 onde se apresenta apenas como o processo de execução de métodos contraceptivos cirúrgicos para homens e mulheres, sendo que tais pessoas passam apenas por uma avaliação multiprofissional na qual os profissionais de Enfermagem, Psicologia e Assistência social avaliam tais pessoas conforme os critérios inerentes as suas respectivas funções e dão pareceres favoráveis ou não para a execução da laqueadura ou vasectomia.

Consolidamos o presente trabalho como a ampliação de tal processo e partimos da possibilidade de por meio das tecnologias leves em saúde tais como educação popular, rodas de conversa, bem como os grupos operativos para compartilhamentos de experiências uma integração social e nisso trabalhar temas que dariam ferramentas para tomada de decisão orientadas e voluntárias considerando o conjunto de informações retratadas e discutidas nos grupos. Sairíamos então do consenso burocrático para trabalhar conceitos inerentes ao desenvolvimento infantil, gestacional, planejamento de vínculo, mudanças hormonais e afetivas no processo gestacional, etc.

Nossa base de intervenção busca expandir conceitos tais como o matriciamento que vislumbra a educação técnico assistencial e a clínica ampliada, assim compartilharmos conceitos por meio dos profissionais da saúde da assistência especializada (NASF) e demais profissionais oriundos da APS tais como médicos, enfermagem e farmacêuticos (as).

No entanto outros objetivos poderiam ser alcançados, tais como orientar gestantes e familiares na promoção de vínculo e ampliação de consciência no respectivo território, também a criação de um espaço de fala e compartilhamento de experiências gestacionais nas rodas de conversa, bem como favorecimento ao autocuidado biopsicossocial. Também tínhamos em mente construir parceria com a assistência social para ampliarmos os serviços em rede, garantindo as gestantes o acesso a programas, serviços e benefícios.

Para que tais encontros fossem viabilizados, estabelecemos um conjunto de temáticas com as enfermeiras que coordenam a ESF no mês de junho do ano de 2023, e posteriormente planejamos um conjunto de temas que poderíamos trabalhar ao longo de

6 encontros quinzenais. Feito o levantamento compartilhados de temas que previamente pensamos que eram importantes, apresentamos para a coordenação da atenção básica para autorizar o projeto na região, prontamente a coordenação nos orientou realizar o encontro não apenas no território específico, mas para todo o município de Chapadão do Sul.

Ao expormos para toda a equipe do então NASF o projeto, pensamos na estratégia de como executar não somente a divulgação, mas a execução dos encontros com as gestantes no município, então juntamente com as coordenações das ESFs decidimos executar os encontros em dois pontos de encontros e juntarmos forças com outras equipes para fortalecer os encontros.

Ao organizarmos os temas a serem expostos, bem como o cronograma em cada um dos pontos do território no município realizamos dois momentos de divulgação, no primeiro lançamos no site do município onde expomos os temas e objetivos de nossos encontros, bem como anexamos um link para inscrição em cada ESF. A segunda forma de divulgarmos o projeto foi à convocação das gestantes no território foi por meio das Agentes Comunitárias de Saúde que ficaram responsáveis para convidar as gestantes nos bairros.

Após serem feitas as divulgações e inscrições tínhamos como princípio metodológico a ideia de construir juntamente com as gestantes a configuração dos temas, então abrimos no questionário espaços para que as mesmas pudessem sugerir propostas temáticas que fossem de seu interesse ou mesmo ampliar o diálogo com os respectivos temas.

Antes de iniciar a análise dos resultados, cabe refletir sobre a adesão das gestantes em tal projeto de intervenção, neste sentido podemos entender o alcance que tivemos considerando o número de gestantes e de ESFs que temos no município, atualmente o município tem seis ESFs que são Vila Planalto, Central, Esperança, Sbiriruna, Flamboyant e Saúde Lar dos quais não obtivemos resposta da unidade do Flamboyant que cobre 5 bairros no município e que no mesmo havia cerca de 120 gestantes, também não tivemos adesão nem das ACS na divulgação entre as gestantes nem o incentivo das enfermeiras que coordenam a unidade na execução das atividades de rotina.

Outro fator importante é que no município havia cerca de 84 gestantes entre as unidades do Esperança, Central e Planalto nas quais sou responsável na Equipe Multi nos atendimentos em Psicologia, nas demais unidades de ESF dividimos os atendimentos com outros profissionais de psicologia que se dispuseram em compartilhar as atividades as quais teriam que me responsabilizar, tais como a exposição de temáticas e reflexões ao longo dos encontros.

Ao realizarmos as inscrições e o disparo dos links para execução das ações tivemos 15 inscritas entre as unidades do Planalto, Central e Esperança, das 84, ou seja, tivemos cerca de 20 % das gestantes do território que aderiram o projeto. O que conota uma baixa adesão no território em que estávamos responsáveis.

Nas outras Unidades não sabemos precisar a quantidade de gestantes, apenas na unidade do Flamboyant tínhamos 120 que estavam sendo acompanhadas pela unidade de saúde conforme a enfermeira responsável pela unidade, na unidade do Saúde lar e Sibipiruna não sabemos precisar a quantidade de gestantes destes territórios, sendo que a soma de gestantes inscrita foram de 19.

Conforme o questionário que distribuimos por meio link para as gestantes inscritas apenas 9 das 34 haviam planejado sua gestação, e, apesar da gestação atual entre as 25 restantes ser quista não estavam nos planos do casal ou da própria gestante a gravidez naquele momento. Destas gestantes 50% estavam na primeira gestação, 37,5% estavam na segunda gestação e 16,5% estavam na terceira gestação.

Com relação aos temas solicitados entre as gestantes os que apareceram com maior incidência foram referentes aos cuidados quanto a amamentação, alimentos saudáveis para a produção do leite materno, os cuidados com o parto e pós-parto. Outros temas surgiram nas sugestões entre as gestantes no questionário enviado pelo link, mas pela baixa incidência se tornaram periféricos tais como planejamento financeiro e saúde mental.

Em síntese conseguimos estabelecer um planejamento considerando nossas hipóteses temáticas, o que fora sugerido pelas profissionais da enfermagem, assim como as sugestões advindas do próprio público das gestantes, por fim organizamos os encontros e as seguintes datas em nosso território da seguinte maneira:

Tema	Quem irá abordar o tema	Quando será realizado.
Os Diversos métodos contraceptivos e o Planejamento familiar	Emilly	31/08
Os diversos aspectos da amamentação, considerando o delicado equilíbrio entre o desenvolvimento do bebe e a saúde materna.	Natália (Enf)/Renata	31/08
Planejamento Financeiro	Carlos	21/09
Criança Feliz/primeira infância no SUAS/ Programas, projetos e benefícios da assistência.	Eleise?	21/09
Transtornos mentais comuns associados a gravidez/ Baby blue	Carlos	05/10
Benefícios da alimentação saudável e consumo alimentar na amamentação puerpério	Renata/Loana?	05/10
Promoção do vinculo familiar e as nuances do contexto gestacional/ CAD ÚNICO	Carlos/Leila	19/10
Fortalecimento muscular e dicas para atividades físicas na gestação.	Lucylene/Marly /Wildson	19/10
Direitos da mulher no processo gestacional e puerpério / Violência obstétrica no puerpério	Yblia? Emilly	09/11
Desenvolvimento gestacional – conhecendo o seu bebê na gestação	Cayro/Carlos	09/11
Desenvolvimento do bebê – marcos do desenvolvimento	Carlos/Cayro	

Consultoria em amamentação		09/11
----------------------------	--	-------

Ainda com relação a adesão geral resgatamos as contribuições de Rivière (2006) isso porque o pesquisador pontua que um bom psicólogo grupal ou individual entende os arranjos ideológicos de âmbito social, ou seja, para se ter bons resultados com os cuidados individuais ou grupais devemos ser bons psicólogos sociais.

Neste sentido interpretamos que houve encontros anteriores com as gestantes os quais também tiveram uma baixa adesão, assim, o pequeno retorno entre público que se inscreveu pode ser entendido como uma série histórica da cultura do próprio município, outro fator a se considerar é que há também diversos arranjos que entrecortam os papéis sociais das gestantes, tais como de mãe, trabalhadora e do lar que pela sobrecarga de suas funções vê um encontro como mais uma tarefa a ser executada. Por fim, sobre a adesão também levantamos a própria hipótese de que o desconhecimento com relação aos temas abordados e como os mesmos seriam abordados ao longo dos encontros também não favoreceu a adesão, afinal como qualquer outro cidadão podemos aderir pouco aquilo que desconhecemos à menos que nos motive.

Tendo entendido o arranjo de aspectos observáveis, caminhamos então para a análise psicológica dos encontros considerando os autores que nos referenciam assim considerando a intersubjetividade outrora proposta por Kaes (2010) entendendo o grupo como processo de identificação e filiação ainda antes da intervenção, dado que o grupo já tem laços de intersubjetividade em narrativas, vivências e processos de identificações que se estabelecem não somente entre os profissionais que entram em contato com as gestantes na cobertura dos territórios, mas também entre as próprias gestantes que constroem em suas vivências e angústias que podem no grupo serem compartilhadas, tais como os medos e fantasias com relação ao parto, dificuldade de estabelecer um plano de parto adequado, manejo financeiro, promoção de vínculo familiar, inseguranças quanto a maternidade, etc.

Por outro lado, os processos de filiação, o papel social, ou mesmo de geração de angústia se configuravam ao longo dos encontros por meio dos fluxos verbais no sentido das expectativas em relação ao parto, das inseguranças quanto a maternidade,

sobre não saber ser mãe, bem como a conexão e os vínculos estabelecidos com os demais membros da família.

A filiação no grupo se estabeleceu na identificação que as gestantes tinham de se vincular com pessoas que passavam pelo mesmo período da vida e que poderiam por meio do diálogo ampliar sua consciência sobre o momento do desenvolvimento que passavam, bem como dividir suas angústias.

Já o papel social exposto em diversos momentos apontou na narrativa das mães a sobrecarga atribuídas a figura da mulher, assim como desejos corporais e as exigências sociais referentes a maternidade. Neste sentido, existiam angústias e fantasias quanto a como amamentar, se existiria a possibilidade ou não de dar certo na pega, na nutrição do bebê ou mesmo na competência de futuras mães que por vezes expunham não se sentirem aptas para o papel da maternidade.

Ao longo dos encontros nos colocamos como avaliador e observador, pudemos observar que o arranjo das datas não se puseram como funcionais uma vez que diversos partos ocorreram ao longo de nossos encontros, sendo a unidade no Planalto a que mais teve partos ao longo dos encontros num total de 4 partos, houveram também desistências de gestantes que afirmaram não estarem motivadas para dar continuidade nos encontros, por fim tivemos 4 gestantes regulares que vinham nos encontros independente das condições climáticas ou contratempas, nisso percebemos um sólido vínculo entre tais gestantes. Disso concluímos que o próximo encontro deve ser semanal para evitar que haja tantos partos ou fragilidades vinculares ao longo dos encontros.

Outro vínculo fraterno consolidado no processo de filiação foram as fotos compartilhadas nos grupos, tanto das crianças recém-nascidas, dos encontros, ou mesmo dos conteúdos que eram repassados para as gestantes ao final de cada encontro.

Durante os encontros pudemos observar por parte das gestantes a posição solícita tanto de comunicação quanto de aprendizagem no trato com as temáticas apresentadas, as gestantes se colocavam na posição ativas de questionadoras, assim como os profissionais se colocavam receptivos no processo de escuta, havendo assim um bom vínculo entre profissionais e gestantes, nos questionamentos pudemos verificar os arranjos de esquemas operativos conceituais que se fixavam em temas como os

cuidados com o parto, o receio da amamentação e pega, processos de engasgos, primeiros socorros, etc, ou seja, havia uma unidade de angústia que girava em tais temas.

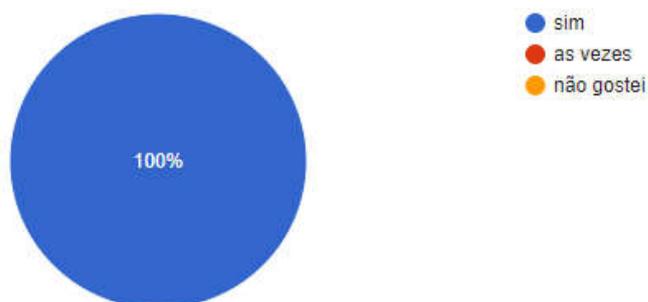
No final dos encontros reunimos as gestantes dos dois grupos e trabalhamos unificados os seguintes temas: o processo do parto com uma especialista no tema, o desenvolvimento da criança e a avaliação do desenvolvimento por meio da puericultura. Por fim, no último encontro uma especialista de amamentação ensinou técnicas de pega e de orientações quanto ao aleitamento materno, assim como realizamos a distribuição de brindes e kits para as mães.

Ao término dos encontros encaminhamos para as gestantes um breve questionário para avaliar os encontros e reorganizar as rotas se necessários para as próximas ações, no questionário solicitamos para que as gestantes relatassem se sentiram acolhidas, se as temáticas foram relevantes, se auxiliou no processo de esclarecimento de suas dúvidas, bem como o que poderia ser melhorado nos encontros. Fizemos tal questionário nos baseando no modelo de avaliação que bom, que pena e que tal.

Ao perguntarmos se as gestantes gostaram de participar do encontro obtivemos o seguinte resultado:

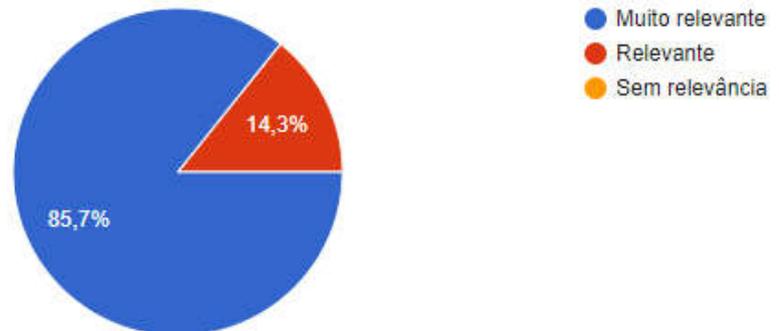
Você gostou de ter participado dos encontros?

7 respostas



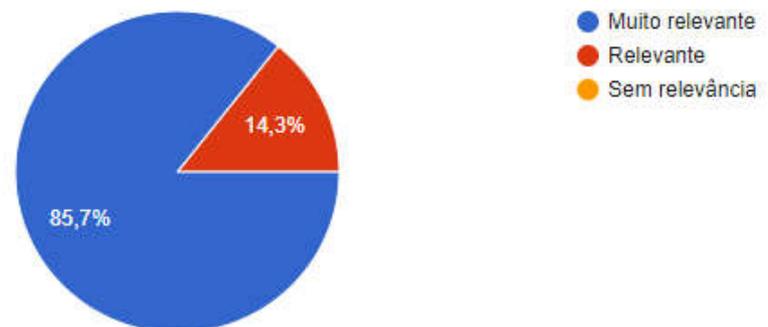
Sobre o tema: métodos contraceptivos para orientação familiar e amamentação você achou:

7 respostas



Sobre a relevância do tema: Planejamento financeiro você achou

7 respostas



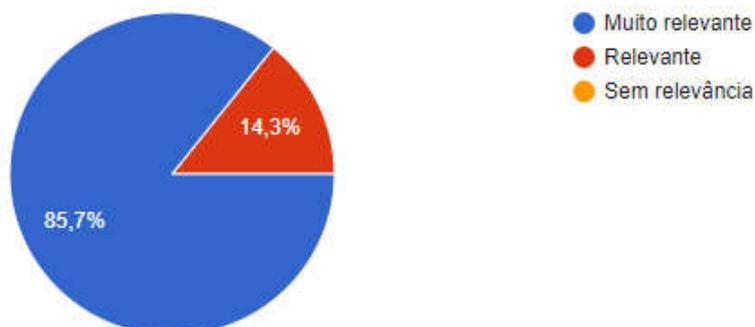
Sobre o tema: Saúde mental no período gestacional você achou:

7 respostas



Com relação ao tema: desenvolvimento gestacional e marcos do desenvolvimento do bebê você achou:

7 respostas



Sobre o tema referente aos tipos de parto e as recomendações para o dia do parto, você achou:

7 respostas



Com relação ao sentimento de acolhimento e ser participativa nos encontros 100% das gestantes tiveram ambos os sentimentos. No que se refere as temáticas dos encontros bem como a relevância dos temas apresentados às gestantes tivemos uma avaliação positiva no que podemos ver na fala de uma das participantes: *“todos supriram as minhas necessidades e minhas dúvidas”*, outra gestante aponta, *“os temas foram atuais com bastante informações relevantes tanto para a fase gestacional, quanto para o puerpério”*. No entanto, pela brevidade dos temas e pela quantidade dos mesmos em um número reduzido de encontros tivemos a reclamação de uma das gestantes que aponta que sentiu *“falta de mais tempo para abordar mais profundos os assuntos”*.

Sobre a possibilidade de mudança ou melhora de algum tema abordado tivemos pareceres positivos, mas algumas queixas quanto ao tempo de exploração de temas específicos, tais como

“Acredito que o tema da carteirinha infantil e o desenvolvimento neuropsicomotor que foram explicados de forma breve, foi objetivo e esclarecedor, porém poderia ser mais abrangente, mas entendo que é um tema denso, e que em apenas uma tarde não seria possível entrar tão profundamente”.

Outra solicitação apontada por uma gestante foi a abordagem de exercícios para o parto, ou mesmo expandir o período do puerpério para o pós-parto como exposto na opinião de outra gestante que aponta

“Acredito que os temas foram bem abordados... hoje já ganhei o meu bebê as dúvidas mudaram no pós-parto, acredito que poderiam abordar assuntos do pós-parto e puerpério nas próximas turmas”.

Ao longo dos encontros a prefeitura anunciou corte de gastos e nem os lanches que servíamos pudemos encomendar durante os encontros, no entanto frente a tal diversidade tanto as gestantes, quanto os servidores se mobilizaram para organizar os lanches que não faltaram. Por outro lado, no que se refere a algo que poderia ser melhorado refletiu na insatisfação de algumas das participantes diante da promessa de que iríamos ofertar kits de maternidade o que pode ser expresso na opinião de uma das participantes

“Foi tudo muito bom, a única sugestão que acho interessante se atentar para a próxima vez é quanto à premiação/sorteio, acredito que a prioridade devia se de quem participou dos encontros e ter um limite de faltas para que seja justo com todas as participantes. E serem claros quanto a isso nos encontros. Que tivesse distribuição de kits para todas as mães e não sorteio, tanto que no site da prefeitura estava especificado que teria distribuição de kits e até um bingo com sorteio entre as mães, e não teve apenas duas gestantes ganharem. Acredito que deveria ter um apoio por parte da prefeitura. Mas foi tudo ótimo, gostei muito”.

Ainda que tivemos avaliações positivas, longo dos encontros houveram contratempos tais como descontinuidades nos agendamentos, dificuldade de conciliar agenda com os profissionais, assim como nossa sobrecarga inerente a política dos atendimentos em psicologia que pende para um atendimento ambulatorial e a população que preza pelo atendimento individualizado, tal arranjo nos força a uma grande

rotatividade de ações ambulatoriais com um impacto ainda pequeno diante da fila de espera que temos.

Por outro lado, na efetivação das ações entre as gestantes tivemos também a dificuldade de vincular outros setores para a efetivação da articulação em rede, isso porque no intuito de ampliar os circuitos de discussão entramos em contato com o CRAS das regiões, mas infelizmente a dificuldade de adesão e participação dos dispositivos por questões como agenda ou mesmo disposição nos colocou em impedância para realizar ações em parceria, tínhamos com tais dispositivos o objetivo de expandir o diálogo no que se refere ao fortalecimento de vínculo familiar, divulgação de projetos como o “criança feliz” que tem por objetivo estimular brincadeiras entre as crianças no território, bem como os direitos da mulher em situação de vulnerabilidade ou mesmo violência obstétrica.

Mesmo com a riqueza de diálogo a possibilidade de consolidar os encontros com a Assistência Social no município não foi a diante, fato este que lamentamos entre profissionais, mas não dividimos com as gestantes.

4. Resultados observados durante e após a intervenção e os autores que o ajudou a refletir sobre a realidade e mudança

As Políticas Públicas de Saúde no Brasil são regidas pelas leis advindas da constituição federal de 1988 e posteriormente da lei 8.080 que estabelecem as bases para a lei 8.142. Em tais dispositivos legais se estabelece um conceito de saúde ampliado, que englobam fatores dos meios sócios econômicos e culturais os quais vislumbram a equidade, igualdade e universalidade do SUS, ou seja, um sistema amplo em saúde, para todos os brasileiros.

Assim, as ações combinadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde ficam a cargo da Atenção Primária. Böeing (2009) afirma que a ESF foi criada para organizar a atenção básica sendo configurada por uma equipe que visa organizar sua intervenção e demanda de serviços no território e junto às famílias. As ESF têm a finalidade de desenvolver ações planejadas, contínuas, personalizadas e ativas por meio de intervenções interdisciplinares e inter setoriais.

Cria-se então um primeiro nível de cuidados em saúde com base territorial definida que estabelece vínculos e cria laços de compromissos e de corresponsabilidade profissional na relação saúde-população, assim como se organiza o fluxo de atendimentos da saúde no território, uma vez que se pode ser realizar encaminhamentos para atendimento especializado ou hospitalar.

No que concerne a atuação do profissional em psicologia na atenção primária de saúde, o ano de 2006 tem importância ímpar, uma vez que o Conselho de psicologia definiu este ano como o ano da saúde e organizou diversos espaços de discussões tais como o V Congresso Brasileiro Nacional de Psicologia, II Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão e Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública.

Frente ao que fora debatido soava como consenso a necessidade de compartilhamento de experiências concretas na atenção básica, bem como uma fundamentação teórica adequada atrelada a uma formação política adequada, enfim aspectos que consolidem os fundamentos epistemológicos, formulação de metodologias,

tecnologias de trabalho e a renovação de projetos pedagógicos os quais dão suporte para a formação de novos profissionais.

Assim, entender o papel e a atuação do psicólogo na atenção básica com enfoque na atuação prática nos encaminha para as demandas da saúde coletiva, assim como tenhamos dados que conectem aspectos epidemiológicos e epistemológicos em uma perspectiva sistêmica para que se entenda a complexa relação saúde/doença, assim com a relação interdisciplinar na promoção da saúde integral.

Considerando assim o modelo clínico há que se atualizar e se contextualizar a atuação do profissional em psicologia em função da saúde pública e coletiva, assim como criar métodos de atendimentos que visem a redução da fila de espera, suporte das equipes por meio de matriciamento, atendimentos comunitários, demandas imediatas, de salas de espera, etc.

Nesse sentido podemos considerar aspectos culturais, averiguar os condicionantes e determinantes do território que potencializam, por exemplo, o aumento da violência, abusos físicos ou sexuais, enfim ao modo de vida e organização cultural que podem potencializar adoecimento populacional. Assim como averiguar a relação do indivíduo na sociedade e a possibilidade de intervir com este indivíduo por meio dos grupos.

Neste sentido, o olhar em psicologia transita do eixo do indivíduo para os sistemas humanos, sendo uma transformação paradigmática onde podemos observar os fenômenos causais que circulam nos determinantes de sofrimento do sujeito, bem como o saber interdisciplinar na configuração de planejamentos e práticas em saúde, dessa forma há que se ver o sujeito em seu contexto, considerando fenômenos intrapsíquicos, bem como a complexa rede de relações interpessoais. Dessa forma, podemos integrar o sujeito em sua comunidade, seus problemas sociais, bem como integrar a prática profissional do diálogo.

Neste sentido, podemos ver o sujeito na atenção primária à saúde para além do diagnóstico, ampliando o olhar para uma trama relacional na produção de seu sofrimento, onde o modelo de intervenção se caracteriza pelo diálogo e escuta ampliada na comunidade. Pode-se então se pensar em espaços de conversa compartilhada entre o psicólogo e as pessoas envolvidas nos contextos locais com a finalidade de reconstruir significados, em uma perspectiva libertadora.

O psicólogo pode ser visto como um catalisador e mediador das potencialidades e dos recursos individuais e comunitários na satisfação das necessidades e melhora da qualidade de vida. Dessa forma, o psicólogo deve estar munido de diversos instrumentos e espaços tais como a consulta psicológica, educação e saúde, formação de equipe, investigação comunitária, assim como o cuidado coletivo e grupal no modelo sistêmico para a população numa perspectiva da clínica ampliada numa perspectiva grupal e social.

Nessa direção, Ribeiro (2012), aponta os grupos operativos como uma ferramenta de trabalho para a promoção de saúde do trabalhador e aliou tais conhecimentos a uma possibilidade de intervenção pensada a partir das necessidades oriundas das ESF's, bem como da necessidade de se conhecer os determinantes e condicionantes da atenção primária no município de Conceição da Aparecida – MG. Neste sentido as construções

teóricas de Pichon-Riviére se mostraram exitosas no diálogo coletivo, pois possibilita a reorganização de processos de trabalho, bem como a intervenção e promoção de saúde mental para os trabalhadores do SUS.

Minozzo *et al* (2012) realizaram um estudo qualitativo onde coletou dados de uma intervenção prática na qual implementou dois grupos de promoção e intervenção psicológica na APS com a finalidade de absorver os pacientes oriundos dos hospitais psiquiátricos em favor da desinstitucionalização de tais usuários. A autora pode observar e sistematizar categorias de análises tais como a utilização da APS como recurso terapêutico para desinstitucionalização, a relação do sujeito com o seu território, a ampliação dos laços sociais, assim como a retomada do protagonismo dos sujeitos outrora institucionalizados e que foram acompanhados nos dispositivos criados pela pesquisadora.

Assim, nossa pesquisa vai de encontro com os autores supracitados, levando em consideração demandas oriundas do território, bem como tentando se adaptar as diversas contingências que se vinculam a cultura de um determinado espaço. Ainda que incipiente nossas conclusões são positivas, dado que ao testarmos o método tivemos um salto qualitativo enquanto pesquisadores e trabalhadores do SUS.

Se por um lado tivemos desafios tais como alianças que foram quebradas e desencontros que nos desmotivaram no caminho, ainda vemos o grupo operativo como uma ferramenta impar para o indivíduo e para a comunidade na promoção de saúde mental. Ainda que seja desafiador, devemos repensar as estratégias para a manutenção tanto dos grupos de adolescentes quanto de adultos os quais foram e ainda são nossos desafios atuais.

A aposta é que ampliemos os atendimentos em grupo em saúde mental também com ênfase na educação popular, na educação formal, suporte nas equipes, bem como a expansão do grupo operativo para outros públicos tais como o programa de saúde na escola e saúde do homem, assim fechamos o ciclo da presente pesquisa um pouco cansados pelos desafios que passamos, mas animados com os resultados que ainda podemos ter.

5. IMPACTO DA FORMAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O TRABALHO E A VIDA

É mais um dia como qualquer outro de trabalho. Diante das demandas estávamos abordando o caso de uma mãe de 28 anos que acabara de ser encaminhada para o CAPS, sua entrevista na atenção básica exigiu estômago devido os diversos casos de violação de direitos, abandono de seus filhos, abusos coletivos, estupros e prostituição, diante de meus olhos uma moça que fora seriada por diversos relatórios da assistência, saúde educação e que chora copiosamente por conta das contingências da vida, água e luz cortados e a narrativa de que não tinha forças para lidar com as adversidades. [...]

Desigualdades, conflitos sociais, aspectos econômicos, de trabalho, relacionamentos familiares, personalidades e culturas que se cruzam tornam qualquer tipo de ação ainda que simples complexo. Uma simples triagem para referenciar o paciente define arranjos na vida do paciente bem mais complexos que quarenta minutos de escuta.

Ao longo do processo formativo entender os arranjos da rede de atendimento do SUS, bem como o conjunto de possibilidades de trabalho nos deu luz para vislumbrar redes e possibilidades, no entanto na sombra de nossa impotência e a partícula de nossas ações nos colocam diante do outro na necessidade de estar em conjunto mediante a promoção de saúde e de direitos.

No que concerne a formação, a configuração do processo crítico possibilita um duplo cenário, se por um lado estamos aptos para ampliar nosso campo de atuação por meio de ferramentas mais eficazes, por outro temos o horizonte do conflito que se consolida nas brechas do não saber.

Era quinta feira, os meninos gêmeos foram abrigados, três dias depois a mãe disse ter sentido falta deles. Na fragmentação do discurso materno nos colocamos diante de um horizonte niilista de algumas instituições, talvez Nietzsche tivesse razão na tensão entre Apolo e Dionísio, de um lado, o conceito, a regra o saber, de outro o conjunto de afetos que nos conecta as impotências e dificuldades da vida. Como pesquisador me conecto mais aos descréditos de Dionísio, diante dos confrontos que ele no põe a condição de humano, como trabalhador tento me posicionar como Apolo tentando ofertar o que tenho de melhor para o

usuário, às vezes os papéis se invertem e os cenários se fundem. Dar voz a problemática, confrontar com pontos de vistas diferentes, pesquisar o tema cooptado pelas diversas demandas acadêmicas, bem como estabelecer uma nova síntese em cada um dos encontros nos foi um rico material de pesquisa, de elaboração do saber, bem como nos possibilitou um caminho metodológico para o aprendizado. Por outro lado, ao implantarmos um dispositivo de atuação nos fez passar pelo desafio de propor algo novo para nós enquanto pesquisador, que nos desafiou ao desconhecido e nos gerou angustias diversas.

Caminhos tortuosos, dificuldades de implantação, vínculos a serem refeitos ou pactuados foram algumas das ações que desenvolvemos e isso nos exigiu fôlego e no final um pouco de descrença na potencialidade individual e um pouco mais de confiança no saber e fazer compartilhado. Quanto aos gêmeos abrigados, me falaram na segunda que gostaram da comida da tia, dos amigos e que estão gostando da casa nova, é um renascimento, talvez o saber em interação dialética nos põe neste giro, de nascer em novas práticas e enterrar algumas verdades absolutas.

6. EXPECTATIVA DA CONTINUIDADE DA INTERVENÇÃO APÓS O TÉRMINO DA FORMAÇÃO

Ao longo do processo formativo algumas ações complexas foram necessárias, a primeira delas foi organizar o arranjo e fluxo dos encaminhamentos, bem como os pacientes que estavam na lista de espera no âmbito do território. Um segundo passo que foi realizado foi a busca e fundamentação e organização dos processos teóricos e metodológicos para o estabelecimento de ações organizadas para que os objetivos previamente lançados fossem buscados de forma criteriosa.

No que se refere ao arranjo de acordos tanto o grupo dos adolescentes quanto dos adultos o único acordo a ser estabelecido foi junto a unidade básica de saúde para utilizarmos a sala de reunião. Por outro lado, no grupo com as gestantes tivemos que estender nosso alcance de atuação elaboramos um projeto de intervenção e levamos o projeto para a

coordenação da Atenção Básica do município, bem como estendemos nosso diálogo juntamente com a Assistência Social do município, sendo que a última aliança não tivemos êxito, por outro lado, no que se refere a uma ação no território, acabou por se expandir como uma política para o município se expandindo para outros territórios.

Quanto a permanência dos projetos tanto o grupo voltado para adultos, adolescente, comunidade, gestante ou promoção de saúde mental no âmbito educacional seja voltado para alunos ou professores temos por objetivo deixar todo o método fundamentado como critério de ação junto ao protocolo da equipe E-MULTI que atua como suporte para atenção primária, neste sentido qualquer psicólogo que vier a nos substituir ou que quiser replicar tais ações deixaremos descrito o caminho metodológico para tal feito. Por fim, tivemos por objetivo criar não uma intervenção única, mas configurar uma plataforma de intervenção moldável conforme as demandas que temos na atenção primária dado que nosso campo de atuação enquanto saúde mental é amplo e complexo. Assim, temos que nos mobilizar na maior plasticidade possível para adaptar os métodos que nos aproximam das demandas territoriais.

REFERÊNCIAS

As referências devem seguir as normas do curso, Precisa corrigir todas.

BLEGER, B. Temas de Psicologia – Entrevista de grupo. Ed: Martins Fontes, 2003.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa, 1977.

BERGERET, J.; LEBLANC, J. Toxicomanias: uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

BÖEING, E. O Psicólogo na Atenção Básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. Dissertação de Mestrado- Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, v.128, n.182, 20 set.1990. p.18055 – 18059.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Acesso em: 10/10/2023.

FREUD, S. Obras Psicológicas completas. Ed. Imago, Rio de Janeiro, 1996.

KAËS. R. UnSingulierPluriel – La psychanalyse à l'épreuve du groupe 5. Ed. Dunod. Paris, 2007.

MINOZZO, F.; KAMMZETSER, C. S.; DEBASTIANI, C.; FAIT, C. S.; PAULON, S. M. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal*, 24(2), p.323-340, 2012.

PICHON-RIVIÈRE, E. O processo Grupal, Ed. Martins fontes, SP. 2005.

PICHON-RIVIÈRE, E. Teoria do Vínculo. Livraria Martins Fontes, 6ª Edição, São Paulo, 1998.

RIBEIRO, V. Grupo operativo: estratégia para a promoção da saúde do trabalhador na atenção primária. Monografia, Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Campo Gerais, p.38, 2012.

SAFATLE, V; JÚNIOR, N. da S; DUNKER, C. Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico. In: SAFATLE, V; JÚNIOR, N. da S; DUNKER, C. (Org.). São Paulo: Autêntica, 2020.

APENDICE A – NOME DO APÊNDICE

Música

À Prova de Balas

VMZ

Mais um dia onde a luz acende
E começa tudo tão bonito
Bom dia mãe, bom dia pai
Cês são tudo que eu preciso

Tô resolvendo uma pá de coisa
Mas cês não precisam saber disso
Relaxa que isso é coisa minha
É besteira, deixa isso comigo

Se vocês soubessem que já faz uns dias
Que eu ando sentindo tanta solidão
Eu lembro de tantos amigos que estavam comigo
E hoje já não mais estão

Que eu dei errado no amor
E sabe, a culpa é só minha
O mundo inteiro tem me dito: Pare
E quanto mais eu tento
Mais estrago minha vida

Por mais que muitos me odeiem
Eu nunca entendi o motivo
Talvez eu perdi o controle
E fiz algo errado
E por isso eu paguei o prejuízo

Eu vejo todos se afastando
Ouvindo: A culpa é sua
Pessoas estragaram tudo
E querem que só eu assuma

Mas não precisam ficar preocupados
Que eu tenho resistido tudo muito bem
Que às vezes eu choro à noite pelos meus problemas
Mas nunca incomodo ninguém

Pois eu sou à provas de balas
Mesmo não entendendo muito
Pois eu só tenho uma chance
Fazer tudo certo, vai salvar o mundo

Eu sou à prova de balas
À prova de tudo
Eu quero te desarmar
Quero vencer o mundo

À prova de balas
Eu sou à prova de balas
À prova de tudo
(À prova de tudo)
Eu quero te desarmar (ah, ah)
Quero vencer o mundo
(Você vai vencer o mundo)
Ya

Pois eu sou à provas de balas (eu sou à provas de balas)
À prova de tudo (à prova de tudo)
Eu quero te desarmar (ah, ah)
Quero vencer o mundo (você vai vencer o mundo)

Completamento de frases

Quando estou chateado geralmente eu....

Minha mãe está de TPM, ela geralmente fica...

Durante a semana me cansa muito...

Neste dia de sol eu queria...

Quando tem uma briga com membros da minha família eu...

Sábado é um dia...

Quando estou triste ou chateado com alguém de casa eu...

Quando estou aborrecido com alguém em casa gostaria que tal pessoa....

A primeira vez em que apanhei eu...

Se fosse para mudar alguma coisa em meus pais eu...

Se fosse para mudar algo em meu relacionamento eu...

... É o melhor dia da semana por que....

Quando estou de TPM geralmente fico...

... É o que tenho vontade de mudar em minha família.

Questionário para avaliar os encontros:

Em suas palavras fale quais os aspectos positivos que o encontro de gestante tiveram?

Quais as sugestões que você daria para os próximos encontros?

Com a finalidade de melhorar os próximos encontros aponte o que poderíamos melhorar, modificar ou acrescentar nas próximas atividades com as gestantes?

As frases de afeto negativo foram:

Minha mãe disse que sou incompetente nas coisas que faço

Uma amiga minha deixou de falar comigo por conta de conversas alheias

Queria começar a trabalhar, mas acho que não está na hora.

Olho-me no espelho e me sinto feia

Quero dizer que amo alguém, mas não tenho coragem.

Fico chateada quando não tenho dinheiro pra comprar o que quero.

Frases de afetos positivos:

Tenho facilidade para fazer amigos

Fui sorteada em um dia de beleza na escola

Minha mãe o nada me deu 50 reais.

Quando tem uma atividade na escola eu sou sempre escolhida

Recebi um elogio de quem admiro e me sinto bem

Não esperava ser tão bem recebido na turma da escola

Anexo



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

DADOS PESSOAIS			
NOME			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
() sim, do mesmo jeito que antes [0]	() não tanto quanto antes [1]	() só um pouco [2]	() já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
() sim, de jeito muito forte [3]	() sim, mas não tão forte [2]	() um pouco, mas isso não me preocupa [1]	() não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
() do mesmo jeito que antes[0]	() atualmente um pouco menos[1]	() atualmente bem menos[2]	() não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
() nunca[3]	() poucas vezes[2]	() muitas vezes[1]	() a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
() sim, quase sempre[0]	() muitas vezes[1]	() poucas vezes[2]	() nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
() quase sempre[3]	() muitas vezes[2]	() poucas vezes[1]	() nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
() nunca[0]	() de vez em quando[1]	() muitas vezes[2]	() quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
() completamente[3]	() não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	() talvez não tanto quanto antes[1]	() me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
() sim, demais[3]	() bastante[2]	() um pouco[1]	() não me sinto assim[0]
12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
() do mesmo jeito que antes[0]	() um pouco menos que antes[1]	() bem menos do que antes[2]	() quase nunca[3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
() a quase todo momento[3]	() várias vezes[2]	() de vez em quando[1]	() não senti isso[0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
() quase sempre[0]	() várias vezes[1]	() poucas vezes[2]	() quase nunca[3]
RESULTADO DO TESTE			
OBSERVAÇÕES:			
Ansiedade: [] questões (1,3,5,7,9,11,13)		Escore: 0 – 7 pontos: improvável	
Depressão: [] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)		8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa)	
		12 – 21 pontos: provável	
NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE			
DATA			
Referências:			
Zigmond, A.S.7 Snaith,R.P.The Hospital Anxiety and Depression Scale.Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67,361 -370			
Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública, 29(5): 355-63, 1995.			

