



ANA CLÁUDIA MONTEIRO

**O GRUPO OPERATIVO “CONVERSANDO DIREITO” E SUAS
ESTRATÉGIAS DE REINserÇÃO SOCIAL E RESGATE DE
CIDADANIA:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

ANA CLÁUDIA MONTEIRO

**O GRUPO OPERATIVO “CONVERSANDO DIREITO” E SUAS
ESTRATÉGIAS DE REINserÇÃO SOCIAL E RESGATE DE
CIDADANIA:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção
do título de Especialista em Atenção a
Usuários de Drogas no SUS.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Alves Duarte

**Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Belo Horizonte
2019**

M775g Monteiro, Ana Cláudia.
O grupo operativo "conversando direito" e suas estratégias de reinserção social e resgate de cidadania: um relato de experiência. / Ana Cláudia Monteiro.
- Belo Horizonte: ESP-MG, 2019.

28 p.

Orientador(a): Ronaldo Alves Duarte.

Artigo Científico (Especialização) em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Inclui bibliografia.

1. Grupo Social. 2. Centro de Atenção Psicossocial. 3. Reabilitação Psicossocial.
4. Vulnerabilidade Social. 5. Álcool e Drogas. 6. Serviço Social. I. Duarte, Ronaldo Alves. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM 428

ANA CLÁUDIA MONTEIRO

**O GRUPO OPERATIVO “CONVERSANDO DIREITO” E SUAS
ESTRATÉGIAS DE REINserÇÃO SOCIAL E RESGATE DE
CIDADANIA:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção
do título de Especialista em Atenção a
Usuários de Drogas no SUS.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Alves Duarte

Aprovado em:

Banca Examinadora

Ana Cláudia Neves Gonçalves
Psicóloga Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde pela Universidade do Vale do Sapucaí

Camila Souza de Almeida
Mestre em Ciências da Saúde - USP

Ronaldo Alves Duarte (orientador)
Doutor em Política Social - UFF

**Belo Horizonte
Maio de 2019**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que, por meio das minhas orações, fé e perseverança, ajudou-me durante todo este percurso, garantindo-me saúde e forças para alcançar este título de especialista.

Aos meus queridos pais, Geraldo e Rita, que, durante esta jornada, me acolheram carinhosamente em seu lar.

A todos os meus irmãos que sempre estiveram disponíveis para me ajudar, em especial ao Leonardo e à Maria Aparecida pelos cuidados com a minha pequena filha, nos momentos de estudo do curso.

Ao meu esposo Bruno, agradeço pelo companheirismo, pois, apesar de todas as dificuldades, manteve-se fiel ao meu lado, sacrificou seus momentos de descanso para que eu conseguisse realizar os meus estudos e alcançasse o meu sonho e também à minha filha Maria Fernanda que, com sua doçura e amor, foi minha inspiração diária.

Aos meus colegas e amigos de trabalho, por toda ajuda e apoio durante este período tão importante da minha formação acadêmica e profissional

Aos colegas adquiridos ao longo da especialização, que propiciaram momentos ricos de compartilhamento de conhecimentos e saberes.

A todos os professores, mestres do saber e profissionais da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, pelo aprendizado durante todo o curso e oportunidade de executar este trabalho.

Ao meu orientador, Ronaldo Alves Duarte, pelo apoio, paciência, por ter sempre se mostrado disponível e flexível para as orientações do meu trabalho final de conclusão de curso.

RESUMO

Este artigo tem por objetivo relatar a experiência profissional de um grupo operativo, denominado “Grupo Conversando Direito”, desenvolvido por uma assistente social, trabalhadora de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad), de Pouso Alegre, sul de Minas Gerais (MG). O grupo operativo é destinado às pessoas em tratamento no CAPS ad, que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, e visa desenvolver a reinserção social dessas pessoas, favorecendo as suas potencialidades, o protagonismo social e empoderamento. Para isso, foi necessário um resgate histórico do processo de construção e consolidação da política de Saúde Mental que orientou diretamente na proposta deste grupo. Consideramos indispensável o grupo operativo Conversando Direito, pois neste espaço de cuidado, o objetivo é promover a tomada de consciência crítica, o empoderamento e cidadania das pessoas. Conforme preconizado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o CAPS ad possui papel estratégico no tratamento dessas pessoas, que consiste em promover a reinserção social das pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas por meio de favorecer condições para o acesso ao trabalho, o exercício dos direitos civis, o fortalecimento dos laços familiares e comunitários, convidando o sujeito à responsabilização e ao protagonismo de sua vida.

Palavras-chave: Grupo social; Centro de Atenção Psicossocial; Reabilitação psicossocial; Vulnerabilidade Social, Álcool e drogas, Serviço Social.

ABSTRACT

This article aims to report on the professional experience of an operating group, called "*Conversando Direito Group*", developed by a social worker working at a Psychosocial Care Center for alcohol and other drugs (CAPS ad), in Pouso Alegre, southern Minas Gerais General (MG). The operative group is intended for people under treatment in CAPS ad, who make harmful use of alcohol and other drugs, and aims to develop the social reintegration of these people, favoring their potential, social protagonism and empowerment. For this, it was necessary a historical rescue of the process of construction and consolidation of the Mental Health policy that guided directly in the proposal of this group. We consider it indispensable the operating group "*Conversando Direito*", because in this space of care, the objective is to promote the critical awareness, the empowerment and citizenship of the people. As recommended in the Psychosocial Care Network (RAPS), the "CAPS ad" has a strategic role in the treatment of these people, which is to promote the social reintegration of people in harmful use of alcohol and other drugs by favoring conditions for access to work, the exercise of civil rights, the strengthening of family and community ties, inviting the subject to the responsibility and protagonism of his life.

Keywords: Social group; Psychosocial Care Center; Psychosocial rehabilitation; Social Vulnerability; alcohol and other drugs; Social Service,

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Equipe de Saúde da Família
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAICA	Serviço de Acolhimento Institucional da Criança e Adolescente
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

Sumário.....	9
1 INTRODUÇÃO	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA / CONCEITUAL / POLÍTICA.....	12
2.1 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO AO CUIDADO OFERECIDO NO TERRITÓRIO.....	12
2.2 A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	14
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA	18
3.1 O RELATO DE EXPERIÊNCIA: GRUPO “CONVERSANDO DIREITO”.	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental no Brasil começou a ser questionada no início da década de 1970, quando vários movimentos antimanicomiais espalhados pelo Brasil, começaram a se organizar a fim de denunciar graves práticas desumanizadas e violentas de lidar com a pessoa em sofrimento mental. Neste momento, a mobilização foi contra o modelo assistencial centrado na figura médica e do hospital psiquiátrico, e favorável a uma reformulação da Política Pública de Saúde Mental (MINAS GERAIS, 2006).

Com o objetivo de reformular e propor uma nova forma de tratamento e cuidado, muitos profissionais, familiares, usuários e movimentos sociais, se mobilizaram e juntos uniram forças para dar início ao processo de transição do modelo hospitalocêntrico psiquiátrico, ao modelo de Saúde Mental existente hoje.

Com isso, a trajetória da saúde mental foi modificada ao longo dos anos, e fortalecida por meio de conquistas históricas, a exemplo, a Constituição Federal de 1988 e muitas outras legislações importantes como a Lei Federal 8.080 de 1990 que instituiu o Sistema Único de Saúde -SUS e a Lei Federal 10.216 de 2001 que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A mudança da política e do conceito de saúde mental possibilitou um entendimento mais amplo de todos, gestores, profissionais, usuários e sociedade, garantindo mais visibilidade, expansão e consolidação da política de Saúde Mental. Nessa perspectiva, o território ganhou força e mais autonomia perante as ações descentralizadoras previstas nas legislações com objetivo de identificar, estimular e desenvolver o potencial do território.

O cuidado territorializado facilitou a oferta de condições para favorecer a construção de uma rede comunitária de promoção e prevenção em saúde, com enfoque no sujeito em suas singularidades e diversidades.

Instituída em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Portaria N.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011), destinada a pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, se encarregou de criar, articular e ampliar os pontos de atenção à saúde.

Os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), conforme exposto na RAPS, oferecem atendimento às pessoas em situação de uso prejudicial de álcool e outras drogas e são compostos por uma equipe multiprofissional que oferece tratamento em liberdade, com objetivo de promover saúde e bem-estar e a reabilitação social.

A reinserção social possui papel estratégico no processo de promoção de saúde na vida da pessoa. O acesso aos espaços sociais, culturais, de lazer, ao mercado de trabalho, à convivência familiar e comunitária constituem condições para a promoção de saúde e qualidade de vida (BRASIL,2006).

Dessa forma, o presente artigo tem por objetivo apresentar um relato de experiência de um grupo operativo desenvolvido em um CAPS ad em uma cidade do interior de MG, ressaltando os impactos das atividades grupais no processo de reinserção social e resgate de cidadania na vida das pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA / CONCEITUAL / POLÍTICA

2.1 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO AO CUIDADO OFERECIDO NO TERRITÓRIO

O modo de entender e tratar a loucura vem acompanhando a longa trajetória de construção e consolidação de um modelo de saúde pública existente hoje no Brasil.

Segundo Minas Gerais (2006), historicamente a Medicina é considerada uma área do saber predominantemente respeitada pela sua exatidão na detecção, tratamento e cura de doenças e agravos à saúde. Por volta dos anos de 1850 no Brasil, o discurso médico representado pela Sociedade de Medicina se inspirava em tendências europeias para tratamentos de saúde. Assim, as instituições psiquiátricas da época, direcionavam suas práticas a um modelo de exclusão, focado no saber médico.

A tendência de tratamento, centrada na figura e poder médico, foi predominante no Brasil neste período, ocupando espaço principalmente nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Pernambuco (MINAS GERAIS, 2006). Na época, eram cometidas várias atrocidades, desrespeitos, violação de direitos às pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes. Vários autores e estudiosos realizaram estudos que denunciaram estas práticas agressivas e violentas vivenciadas por muitas pessoas que eram praticamente entregues à morte nos hospitais psiquiátricos espalhados por todo Brasil.

Somente a partir dos anos de 1970 é que começaram a surgir várias denúncias e críticas diversas ao modelo psiquiátrico existente. Muitos apontamentos de graves problemas dos serviços de assistência psiquiátrica que surgiram na época foram questionados por trabalhadores, sociedade civil e segmentos sociais que começaram a se organizar, concomitantemente ao processo de redemocratização política do Brasil (MINAS GERAIS, 2006).

A partir das críticas ao modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, foi que começaram reflexões sobre novas formas de cuidado em uma perspectiva não violenta e de respeito à dignidade do sujeito, dando início assim, ao movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (MINAS GERAIS, 2006).

Podemos citar alguns acontecimentos que foram históricos para o Movimento da Reforma, como o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que aconteceu em Belo Horizonte em 1979, com a presença inclusive de Franco Basaglia, psiquiatra italiano, que trouxe

experiências significativas no processo de reforma que aconteceu no sistema de saúde mental italiano também na década de 1970, (MINAS GERAIS, 2006).

A I Conferencia Nacional de Saúde Mental em 1987 foi marcada pela emergência do movimento antimanicomial e início da desinstitucionalização. Pode-se dizer que o movimento da Reforma Psiquiátrica foi marcante neste período histórico, pois se chegou à conclusão de que as estratégias sanitaristas não contemplavam novas formas de atenção, de cuidado, com possibilidade de produção de subjetividade, capaz de romper com a psiquiatria tradicional, asilar (AMARANTE, 1998).

O II Congresso Nacional dos Trabalhadores Saúde Mental aconteceu em Bauru, em 1987, onde a famosa frase de luta do Movimento: "*Por uma sociedade sem manicômios*" ficou conhecida. Todos estes movimentos iniciais marcaram a abertura de um entendimento de saúde contrário ao modelo até então predominante e foram as primeiras tentativas de humanizar o atendimento às pessoas com transtorno mental (MINAS GERAIS, 2006).

A partir de então, nos de 1990 foi instituída a pauta do modelo de Política Pública de Saúde Mental. Os primeiros indícios foram legislações e serviços que passaram a vigorar, a exemplo os primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, pelo Brasil, o que deu força e visibilidade para o Movimento pela Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1998).

Com a intenção de modificar, reformular o cuidado e atenção em saúde mental, participaram do Movimento de Reforma Psiquiátrica não apenas os profissionais da saúde mental, como também, usuários, familiares, jornalistas, sindicalistas que, juntos, mobilizaram a opinião pública de todo país. (MINAS GERAIS, 2006).

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária que foram solidários um ao outro emergiram no mesmo contexto histórico e político do Brasil. A união e mobilização desses dois movimentos a vários outros movimentos sociais na época foi muito importante para se alcançar visibilidade nacional e força necessária para modificar a forma de cuidado em saúde, melhores condições de vida e de saúde da população. O resultado das conquistas desses movimentos sociais está expresso na consolidação da Constituição Federal de 1988.

A partir da década de 1990, com a concepção de Estado Democrático de Direito, fruto da Constituição de 1988, foi possível uma definição ampliada de saúde pública, bem como a sua garantia como direito de todos e dever do Estado. Através do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei Federal Nº8.080 de 19 de setembro de 1990, os conceitos de descentralização, municipalização, território, vínculo, responsabilização de cuidados e principalmente o controle social, passaram a orientar um novo modelo e uma nova perspectiva de cuidado em saúde.

Neste longo processo, legislações foram sendo aprovadas no campo da garantia de direitos, fazendo com que o modelo hospitalocêntrico perdesse força, dando espaço a uma rede integrada de saúde mental, (MINAS GERAIS, 2006).

Em 2001 aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a aprovação da Lei 10.216 o que marcou a expansão, consolidação da rede de atenção psicossocial e redirecionou a assistência em saúde mental no Brasil.

A partir de 2002 o Ministério da Saúde instituiu normativas para a redução dos leitos psiquiátricos, mecanismos de fiscalização e fortalecimento da Política de Saúde Mental, (MINAS GERAIS, 2006).

Diante dos significativos avanços de consolidação dos serviços de saúde, a Política de Saúde Mental passa a priorizar a valorização do território por meio de ações descentralizadoras para o desenvolvimento do potencial de cuidado existente no próprio território. Isso porque o cuidado territorializado permite oferecer condições para favorecer a construção de uma rede comunitária de promoção e prevenção em saúde, com enfoque no sujeito em suas singularidades e diversidades.

Foi neste contexto que a Política de Saúde Mental passou a buscar identificar, no território, atores e dispositivos importantes para o compartilhamento de saberes, forças e práticas de cuidado, com finalidade de promover o acesso, a promoção em saúde e o desenvolvimento das potencialidades e dos recursos da comunidade (BRASIL, 2006).

2.2 A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A noção de território é importante para o funcionamento e a construção de uma rede de atendimento, tendo em vista que não se trata apenas de uma característica geográfica. No território estão presentes todas as características daquele determinado espaço; os saberes, as potencialidades e recursos característicos daquela região. Todos esses elementos, quando identificados pelos dispositivos da rede existentes no território, constroem alternativas para trabalhar coletivamente, como parceiros (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, a rede de atendimento começa a ser construída a partir das peculiaridades do espaço geográfico de uma determinada comunidade. O objetivo da rede local é de fortalecer o potencial existente naquele determinado território, com desenvolvimento de ações de caráter permanentes e articuladas a instituições, associações, cooperativas em vários espaços da cidade, de maneira que as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e em uso de crack e outras drogas disponham de maiores condições para

participação ativa nas ações que dizem respeito à saúde coletiva, contribuindo para o processo de emancipação dos sujeitos (BRASIL, 2005).

Foi nessa perspectiva que a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS foi regulamentada pela Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, destinada a pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A Portaria está situada na Política Nacional de Saúde Mental, instituída pelo Governo Federal, formulada a partir de legislações inspiradas no Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Cabe destacar que a Política de Saúde Mental tem como objetivo oferecer às pessoas com problemas decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas um modelo de atenção aberto, comunitário, que possibilite a livre circulação das pessoas pelos serviços existentes no território em que vive, conforme previsto nas legislações ancoradas pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Diante disso, para entender a proposta de saúde mental é necessário um resgate dos princípios e diretrizes orientadores do SUS¹ que foram pilares para a consolidação do Movimento de Reforma Psiquiátrica e conseqüentemente, constituíram bases para o conceito de RAPS.

Todos os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde são bases sólidas para a sustentação da RAPS no território. A RAPS é composta por serviços e equipamentos variados em níveis de complexidade, conforme exposto em seu Art. 5º:

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;

1 Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (*Lei Federal N.º 8.080 de 19 set. 1990. Disponível em . Acesso em 10 Fev. 2019*).

2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) centros de Convivência;
- II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) SAMU 192;
- b) sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV - Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) unidade de Recolhimento;
- b) serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- VI - Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
- a) serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII - Reabilitação psicossocial (Portaria Ministerial n 3.088 de 23 de dezembro de 2011, disponível em: . Acesso em: 21/01/2019).

As ações da RAPS no território obedecem a portaria Nº 3.088/2011 que visam a garantia da autonomia e liberdade das pessoas, com respeito aos direitos humanos e promoção da equidade.

Diante disso é fundamental considerar os determinantes sociais de saúde de forma a oferecer acesso de qualidade aos serviços, ofertando o cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a perspectiva da interdisciplinaridade e atenção humanizada para as pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Conforme exposto até aqui, a RAPS é constituída por diversos segmentos e níveis de atenção distintos, no entanto, cabe aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, um papel estratégico na consolidação da RAPS no território e que, segundo o Ministério da Saúde, são de responsabilidade do CAPS, promover a reinserção social das pessoas com transtorno mental no território, por meio de ações intersetoriais (BRASIL, 2005).

O CAPS é um serviço substitutivo a internações hospitalares psiquiátricas e cabe a ele fornecer acolhimento e atendimentos em regime de atenção diária a pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

Dessa maneira, os CAPS² podem ser entendidos como organizadores da rede de serviços em saúde mental no território. São peças fundamentais no processo de inclusão dos usuários nos demais serviços da RAPS, além de serem responsáveis por oferecer suporte à atenção em saúde mental na rede básica. Objetivam principalmente o acesso ao trabalho, o exercício dos direitos civis, o fortalecimento dos laços familiares e comunitários, convidando o sujeito à responsabilização e ao protagonismo de sua vida (BRASIL, 2005).

Conforme determina a RAPS em seu art. 7º, a equipe do CAPS ad é multiprofissional e atua sobre a ótica da interdisciplinaridade. As atividades realizadas no CAPS são constituídas por grupos, assembleias de usuários, reuniões de equipe, atendimentos individuais com a equipe multiprofissional, ações e estratégias articuladas com outros pontos de atenção da rede de saúde e de demais redes existentes no território.

² Art. 7º § 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades: I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes; II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes; III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes; V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (Portaria Ministerial n 3.088 de 23 de dezembro de 2011, disponível em: .(Acesso em:21/01/2019).

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Para as pretensões do presente artigo, destacaremos as atividades grupais desenvolvidas no CAPS ad, da cidade de Pouso Alegre, localizada no sul de Minas Gerais. Uma cidade considerada referência no sul de Minas, pela sua capacidade populacional, (148.862 pessoas) e territorial (542,797 km²), dentre outras características que refletem em sua organização e independência. A exemplo disso, podemos citar a existência de faculdades, empresas e grandes indústrias que contribuem para a oferta de emprego e crescimento socioeconômico da cidade e região (IBGE, 2018).

A rede socioassistencial de Pouso Alegre é composta por diversos serviços de diferentes níveis de atenção e complexidade. No que diz respeito à Política Pública de saúde, desde as Equipes de Saúde da Família – ESF, Unidade Básica de Saúde – UBS's, Hospital Geral, equipe do Consultório na Rua, equipe do NASF, Centro de Convivência, CAPS ad e CAPS II, Policlínica Municipal e outros. Em relação à Política Pública de Assistência Social no município, esta é composta por uma rede ampla, com a existência de serviços como os Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro POP, Centro Municipal de Acolhimento Provisório de Adultos (Cemapa), Serviços de Acolhimento infantil (SAICA), Conselho Tutelar, além de Comarca própria do Judiciário e outros dispositivos da rede e instituições locais que complementam a atuação da rede de serviços.

Tendo em vista à existência do CAPS ad de Pouso Alegre desde o ano de 2012, apresentaremos um relato de experiência que descreve as atividades grupais desenvolvidas por uma assistente social, trabalhadora do SUS, no período de 2013 a 2019. As atividades são realizadas no grupo operativo “*Conversando Direito*”, que tem por objetivo apresentar os impactos no processo de reinserção social e resgate da cidadania na vida de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas. No entanto, antes de descrever as atividades realizadas no grupo “*Conversando Direito*”, será realizado um breve histórico do CAPS ad de Pouso Alegre.

O CAPS ad de Pouso Alegre possui funcionamento semanal, de segunda a sexta feira, entre o horário de 7 as 17 horas, com equipes em dois turnos de funcionamento, conforme legislação. O público alvo do serviço constitui-se por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

O CAPS ad não presta atendimento de maneira coercitiva, ou seja, sem o consentimento da pessoa e nem mantém ninguém contra a vontade em suas dependências.

Trata-se de um serviço de porta aberta; sendo assim, trabalha com a demanda espontânea da pessoa ao serviço, que pode também chegar por meio de encaminhamentos de outros pontos da RAPS e da rede do território.

O CAPS ad não trabalha com agendamentos e nem fila de espera. É oferecido todos os dias, atendimento à demanda espontânea por meio de regime de plantão durante todo o horário de funcionamento do CAPS ad. O plantonista é um profissional de nível superior, que fica à disposição para quaisquer urgências, intercorrências e demanda espontânea.

É importante ressaltar que atualmente o CAPS ad de Pouso Alegre é considerado referência regional, e atende mais sete municípios em torno, que são eles: Espírito Santo do Dourado, Heliódora, Silvianópolis, Borda da Mata, São João da Mata, Tocos do Mogi e Turvolândia. Tal conquista como serviço de referência se expande também no Hospital das Clínicas Samuel Libaneo, que é um hospital universitário, privado e filantrópico, cuja entidade mantenedora é a Fundação de Ensino Superior Vale do Sapucaí. Atualmente o CAPS ad faz parte do Serviço Hospitalar de Referência, que compõe 9 leitos de Saúde Mental, pactuados e regulados pelo CAPS ad, por meio de visitas hospitalares semanais.

Além do Serviço Hospitalar de Referência, outra grande conquista recente foi a implantação do matriciamento de Saúde Mental para as Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família, com a finalidade de capacitar oferecer suporte aos profissionais da Atenção Primária nos casos de Saúde Mental e pessoas em situação de uso de álcool e drogas.

As pessoas atendidas no CAPS ad, são ofertados atendimentos em regime ambulatorial pela equipe multiprofissional. A equipe é composta por um gerente de saúde mental, um coordenador, dois assistentes sociais, quatro psicólogos, dois enfermeiros, dois terapeutas ocupacionais, dois médicos psiquiatras, um médico clínico geral, quatro técnicos de enfermagem, um motorista, um auxiliar de serviços gerais, um auxiliar administrativo e um guarda patrimonial. A carga horária da equipe se divide em quatro horas/dia para os profissionais de nível superior, seis horas/dia para os profissionais de nível médio, funcionando o serviço em dois turnos.

As atividades desenvolvidas no CAPS ad pela equipe multiprofissional compõem o Projeto Terapêutico Singular – PTS - da pessoa em tratamento. A grade de PTS é constituída a partir das demandas recebidas pela equipe e é atualizada periodicamente pela equipe e

coordenação do serviço, com objetivo de atender às demandas que são bastante dinâmicas de acordo com cada momento.

As atividades grupais são desenvolvidas pelos profissionais de nível superior e alguns profissionais de nível médio. Constituem-se em atividades voltadas para a psicoterapia individual ou em grupo, quando conduzidos por profissionais de formação em psicologia, assim como as atividades grupais voltadas às atividades de suporte social, conduzida pelos assistentes sociais.

Os grupos de orientação em cuidados com a saúde, podem ser conduzidos por enfermeiros e/ou médicos. As atividades de oficinas manuais podem ser executadas por profissional de nível superior (Terapeutas Ocupacionais), quando objetivadas ao desenvolvimento de habilidades, trabalhando no processo grupal de aperfeiçoamento e processos criativos, fomentando a sua reinserção social.

E as visitas domiciliares constituem recursos do Projeto Terapêutico Singular da pessoa em tratamento no CAPS ad. Elas são utilizadas como busca ativa ao usuário que por algum motivo se afastou do tratamento, ou que necessite de um acompanhamento mais próximo. A visita domiciliar funciona também como uma ferramenta de articulação entre CAPS ad e outros serviços da rede ou RAPS, conforme legislações que estabelecem o CAPS como articuladores da rede no território.

Além das visitas domiciliares, o contato telefônico ou o envio de Carta de Convocação para atendimento funcionam como ferramentas de busca ativa, quando o usuário se afasta do CAPS repentinamente.

O atendimento ao familiar (grupo de orientação familiar) se apresenta como aliado na proposta de tratamento, visto que é a extensão do CAPS ad fora dos espaços e horários de funcionamento. A família é importante, pois ela faz parte do contexto social de grande parte dos casos acompanhados no CAPS ad. A sua sensibilização e entendimento com o tratamento do familiar contribuem positivamente para a obtenção de bons resultados no tratamento.

As atividades comunitárias com enfoque na integração do usuário na comunidade e a inserção familiar e social fazem parte da proposta do CAPS ad; o enfoque é psicossocial, e com olhar integral, (completude) sobre o sujeito.

Semanalmente, os profissionais da equipe do CAPS ad comparecem à reunião administrativa e clínica. É um momento de discussão de casos clínicos e administrativos que envolvem a organização do serviço. Nesses momentos, a rede socioassistencial é convidada mensalmente para discutir os casos compartilhados. É uma estratégia de melhor atender às

demandas do tratamento e de compartilhamento do caso entre os profissionais da equipe e da rede do território.

Tendo em vista que o CAPS ad é um serviço que possui uma equipe multiprofissional, é importante que os profissionais sempre busquem aprimorar e inovar seus conhecimentos, por meio de técnicas de intervenção junto ao público alvo. Para isso, a educação continuada, cursos de especialização, de capacitação, constituem práticas recorrentes entre os membros da equipe para o aprimoramento profissional.

Por fim, todos os recursos acima, são ofertados no CAPS ad, enfatizando sempre as peculiaridades de caso a caso, a singularidade de cada sujeito, sua história de vida, a relação estabelecida com a droga/álcool, suas vivências, habilidades e potencialidades que viabilizem a construção coletiva de um Projeto Terapêutico Singular – PTS.

As atividades grupais que são realizadas no CAPS ad se caracterizam por constituírem em conjunto de pessoas unidas entre si com objetivos e/ou ideias em comum: o tratamento, que tange ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Cada coordenador do grupo, no caso, o profissional do CAPS ad, apresenta um enfoque, para aquela determinada atividade de grupo, correspondente, preferencialmente, à sua área de atuação, conforme descrito acima.

No entanto, cabe destacar que as propostas grupais seguem a estratégia de Redução de Danos, sendo que o enfoque é a conscientização do usuário para o uso da substância psicoativa, e para os prejuízos causados a saúde e a vida, visando a redução de riscos, consequências adversas e danos associados ao uso problemático de álcool e outras drogas para a pessoa, família e a sociedade como todo.

3.1 O RELATO DE EXPERIÊNCIA: GRUPO “CONVERSANDO DIREITO”.

As atividades de reinserção social desenvolvidas no CAPS ad de Pouso Alegre se alinham com as características do grupo operativo. Nestes termos, na proposta do grupo operativo “*Conversando Direito*” consegue se identificar a teoria do grupo operativo, apresentada por Pichon-Rivière (2009). As atividades grupais visam valorizar o potencial criativo, a autonomia e conscientização do sujeito.

Dessa forma, a assistente social (coordenadora) do grupo propõe aos participantes um debate acerca de assuntos que perpassam a realidade social de todos ali, sem distinção de cor, raça ou classe social. Nestes encontros, o objetivo do grupo é promover uma reflexão crítica da realidade em que todos estão inseridos.

De acordo com a proposta de grupo operativo, a assistente social visa contribuir para o processo de reinserção social dos usuários em tratamento em virtude do uso prejudicial de álcool e outras drogas. A intenção é de favorecer o pensamento crítico dessas pessoas para o sentimento de pertencimento social, de cidadão ativo, protagonista de sua própria história, capaz de estabelecer vínculo saudável junto à comunidade em que vive, à família, e em todas as suas interações sociais.

Os encontros do grupo “*Conversando Direito*” acontecem semanalmente, coordenado pela assistente social do CAPS ad. O grupo é constituído a partir de temas relacionados a atualidades, que passam pelo cenário político, econômico e social brasileiro até temáticas internacionais, mais amplas, com finalidade de proporcionar a consciência crítica e a mobilização frente aos impasses sociais e econômicos.

Para Pichon-Rivière (2009) uma característica do grupo operativo é sua composição heterogênea, ou seja, o grupo é constituído por diversos participantes, cada um com a sua bagagem e experiência, o que permite observar elementos comuns a determinado tipo de problema e analisar as possíveis intervenções a partir das distintas visões, favorecendo a criatividade e compartilhamento do saber/aprendizagem.

Na técnica do grupo operativo, a função do coordenador do grupo, consiste em criar, manter e fomentar a comunicação entre os participantes, com objetivo de promover a aprendizagem, comunicação e operatividade PICHON – RIVIÈRE (2009).

O grupo operativo “*Conversando Direito*” visa ampliar o repertório social do sujeito, a fim de que sua passagem pelo CAPS ad, conforme previsto na política de Saúde Mental seja temporária, pois o objetivo, é reinserir o usuário nos espaços sociais, econômicos (geração de renda), lazer e cultural, o que contribui para um processo de promoção de saúde.

As atividades grupais desenvolvidas no CAPS ad visam valorizar o potencial criativo e de autonomia e conscientização para a tomada de pensamento crítico entre os participantes. Segundo Pichon-Rivière, (2009) a técnica de grupo operativo consiste em um trabalho desenvolvido com grupos, cuja finalidade é a promoção de aprendizagem entre os participantes do grupo. Despertar o potencial do sujeito para formas de enfrentamento de situações problemas em relações sociais, culturais e psíquicas, que exigem mudança de mentalidade, auxiliando-o na busca de lugares possíveis nas relações sociais de convívio, trabalhando a prevenção a situações de risco que envolvem o uso problemático de álcool e outras drogas é o principal objetivo.

O CAPS ad, sendo uma instituição substitutiva às internações psiquiátricas, tem em sua política o viés do cuidado dentro da perspectiva de liberdade, autonomia e livre circulação dos sujeitos pelos espaços sócios culturais da cidade.

Dessa forma, o grupo operativo “*Conversando Direito*” incentiva o potencial existente no grupo, a história de vida, a trajetória e conhecimento de cada participante, de maneira que, cada pessoa possa transmitir um novo conhecimento ou informação, para o colega. A exemplo disso, podemos citar, algumas atividades desenvolvidas no grupo “*Conversando Direito*”, com finalidade de abordar temas de autonomia e potencialidades de cada pessoa. Geralmente, nessas abordagens, surgem vários relatos de pessoas com experiência em serviços rurais, manuais, até outras com um nível de formação mais avançado, com diplomas, ou seja, desde lavradores, pedreiros a economistas, todos imersos naquela realidade, compartilhando saberes e experiências.

A assistente social, que coordenada o grupo *Conversando Direito*”, em muitas das vezes, atua como uma mediadora da informação e reflexão. Geralmente é lançado um tema disparador, em que as contribuições começam a emergir da fala dos próprios participantes. Nesta técnica grupal, não existe detentor do saber. O coordenador pode esclarecer as dúvidas, mas é importante sempre estar atento ao processo reflexivo, em que o grupo pode opinar, comparar com sua própria experiência, sugerir, construir ou até mesmo, desconstruir e reconstruir sua nova percepção sobre a informação em debate (AFONSO et al., 2003).

O coordenador do grupo geralmente apresenta uma temática com intuito de promover a capacidade de pensar, que pode envolver os conhecimentos científicos ou do senso comum, bem como de ideologias de cada participante. Para Pichon-Rivière (2009) o aprender a pensar, ou maiêutica grupal, constitui em complementaridade dialética, capaz de induzir o sujeito à descoberta de sua própria verdade, o que fomenta a crítica em relação ao seu cotidiano e seu contexto.

Assim, o grupo operativo “*Conversando Direito*” visa promover a participação ativa das pessoas que estão em tratamento no CAPS ad, em situação de uso prejudicial de álcool e outras drogas. Os temas propostos são atuais (ou não) que envolvem a vida cotidiana das pessoas, tais como a conjuntura política e econômica, os direitos e deveres dos cidadãos, assuntos relacionados à saúde, lazer, cultura, trabalho, temas locais e amplos, que dizem respeito à dinâmica organizacional da vida de todos em sociedade. O objetivo é fomentar o processo de autonomia, conscientização para o tratamento que vão além de compreender as suas condições de saúde/doença, mas que possam oferecer respostas críticas, empoderamento frente às suas necessidades em seu cotidiano e contexto social.

O grupo “*Conversando Direito*” acontece uma vez por semana, com duração média entre 1 (uma) hora e meia a 2 (duas) horas, e participam cerca de 10 a 15 pessoas. Conforme as especificações do grupo operativo abordado por, Afonso et al., (2003) trata-se de um grupo aberto, em que a cada novo encontro pode haver um novo participante. Além dos encontros dentro das dependências do CAPS, constitui-se como um dos objetivos do grupo, a (re) inserção dos usuários nos espaços coletivos da cidade.

Dessa forma, são realizadas ações educativas e de prevenção em escolas, faculdades, CRAS, e demais serviços que solicitam ao CAPS ad a estes locais de fala educativa e de prevenção. Nestas ocasiões, a assistente social que coordena o grupo “*Conversando Direito*”, acompanhada de outro profissional do CAPS, convida os usuários para este espaço de debate. Podemos citar rodas de conversas, em escolas, faculdades sobre o tema de uso prejudicial de álcool e outras drogas, em que os próprios usuários oferecem relatos de conscientização para os riscos à saúde e ao social.

Os usuários também frequentam o cinema, espaços de exposição cultural existentes pela cidade, espaços de cuidados com a imagem, (cabelo, cuidados pessoais) em institutos de beleza, visitas ao parque florestal da cidade, ao Museu, à Câmara Municipal, espaço poliesportivo da cidade, dentre outros espaços e eventos públicos ou de iniciativa privada que estabelecem parceria com o CAPS ad.

Quanto à apropriação dos espaços da cidade, podemos perceber o progresso desses sujeitos quanto ao processo de empoderamento. Após essas iniciativas foi possível perceber o quanto os participantes começaram a se sentirem mais funcionais perante a vida diária, mais confiantes a explorarem outros espaços de lazer, com mais capacidade de andarem sozinhos pela cidade, reconhecendo o significado do bem-estar e melhores condições de vida.

É importante ressaltar que desde a abertura do CAPS ad em Pouso Alegre, o serviço se fortaleceu bastante e ganhou visibilidade perante às ações desenvolvidas no território. A exemplo disso, podemos citar as várias parcerias e iniciativas conquistadas por meio da continuidade das ações de reinserção social realizadas no CAPS ad.

A reinserção social, o protagonismo e cidadania são conquistas oriundas a partir de um processo de mudança de mentalidade dos usuários, dos familiares e comunidade, além da significativa diminuição do número das internações compulsórias. Nesse entendimento é que a proposta do grupo operativo “*Conversando Direito*” alinhada com a proposta de cuidado e tratamento do CAPS ad buscam o desenvolvimento da consciência crítica frente às relações sociais da sociedade atual. (VASCONCELOS, 2013).

É baseada nesses termos que a proposta do grupo operativo “*Conversando Direito*” contribui para o processo de pensamento crítico da pessoa. A ocupação de espaços sociais, o lugar de fala, a sensação de ser visto, ser ouvido, tudo isso traz para a pessoa o sentimento de pertencimento a algum lugar que faz emergir nesse sujeito o seu poder de escolha e decisão, a autoestima, vislumbrando a autonomia e o empoderamento. (VASCONCELOS,2013).

Quando a coordenadora do Grupo “*Conversando Direito*” estabelece uma parceria com algum profissional/instituição de beleza oferecendo cuidados com a imagem e higiene, a princípio algumas pessoas se sentem envergonhadas ou não merecedoras daquele cuidado, no entanto quando se permitem e aprendem este cuidado com o próprio corpo, podemos perceber a mudança de comportamento e a melhora na autoestima, favorecendo até mesmo para a sua autoconfiança em conseguir um emprego. Ou seja, as iniciativas do grupo “*Conversando Direito*”, funcionam como um gatilho para a tomada de decisão do sujeito, para várias faces da sua vida, o empoderamento social.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber, através da experiência relatada, que o CAPS ad de Pouso Alegre, ao longo da sua trajetória no município, veio construindo ações, parcerias e fluxos locais que reforçaram as conquistas oriundas do processo de Reforma Psiquiátrica e formulação da Política de Saúde Mental e álcool e outras drogas do Governo Federal.

Percebemos que o CAPS ad de Pouso Alegre se constituiu como importante dispositivo da RAPS no território, para casos de álcool e drogas. O CAPS ad busca estabelecer articulações com outros dispositivos existentes na rede, fazendo com que a pessoa em tratamento tenha condições de circular pelo território.

Ações como matriciamento das equipes de saúde da família (ESF) da atenção primária, articulações de pactuações locais com o poder judiciário para alinhar o fluxo de encaminhamentos e atendimentos, parcerias com escolas (estaduais e municipais) para promoção de palestras e ações de prevenção junto aos jovens, dentre outras ações preventivas com outros órgão e secretarias municipais se mostram fundamentais para a reinserção das pessoas marginalizadas na sociedade

Conforme prega a política para atendimento a pessoa em uso prejudicial de álcool e drogas, o CAPS ad de Pouso Alegre também vem cumprindo com o exposto nas legislações, que constitui a prestação de serviços de reinserção social, por meio de atendimentos dentro e fora do CAPS ad, como palestras, oferta de cursos, espaços de lazer e socialização, por meio de parcerias institucionais ou organizadas por iniciativas privadas do próprio território.

Conforme exposto neste relato, o conceito de saúde tornou-se amplo e abrangente. Promover saúde no CAPS ad é propor à pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas, condições para que ela consiga superar o uso problemático de substâncias lícitas ou não, e adquira condições dignas de vida. O acesso às riquezas socialmente produzidas, tais como o emprego, a educação, a moradia, o lazer, os espaços culturais, com convivência familiar e comunitária harmoniosa, ou seja, melhores níveis de qualidade de vida são buscados incessantemente.

Em virtude disso, acredita-se que o processo de reinserção social, ou, conforme exposto na RAPS, “*a reabilitação psicossocial*”, deve contemplar a inserção da pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas, no trabalho, visto que, através do acesso às riquezas socialmente produzidas, as pessoas conseguem alcançar melhores condições e qualidade de vida e superar as condições de vulnerabilidade social.

Conforme exposto, as atividades desenvolvidas no *Grupo “Conversando Direito”* fomentam a reinserção social, o protagonismo social, a emancipação e autonomia do sujeito. Tem sido perceptível o processo de mudança das pessoas em tratamento no CAPS ad, a partir das experiências grupais de promover e discutir assuntos sociais, relacionados à realidade social e de inserção nos espaços da cidade.

Dessa forma, podemos entender que as atividades desenvolvidas pelo *grupo “Conversando Direito”* contribuem significativamente para ampliar as condições de acesso da pessoa à sociedade, uma vez que o objetivo é promover o processo de reinserção social e resgate de cidadania na vida das pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Por fim, conforme preconizado na RAPS, o CAPS ad de Pouso Alegre busca ofertar o tratamento de forma bio, psico e social, compreendendo o processo de saúde de forma integral, e, para exemplo disso, o relato de experiência citado neste artigo. No entanto, foi possível perceber, também, que existem algumas questões a serem aperfeiçoadas na dinâmica e organização da política de saúde mental, em nível local.

Tais questões dizem respeito à necessidade de viabilizar incentivo para a realização de oficinas de geração de trabalho e renda no CAPS ad, de forma permanente e articulada com instâncias locais, de modo que, o fruto final da reinserção social perpassa também pelo acesso ao emprego e renda que são fundamentais para qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Lucia. M.; (Org.);ABADE, Flávia ...[et al.]. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Ed. Edições do Campo Social, 2004.

; ; . A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis**, vol. 23, n. 1, p. 51-71, 2013. ISSN 0103-7331. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 19 jan. 2019.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental – 15 anos depois de Caracas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 2 fev. 2019.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. **Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. [Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 13 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 21 jan. 2019.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: **IBGE, 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pouso-alegre/panorama> Acesso em: 21 de janeiro de 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. 1. ed. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Linha-guia-de-saude-mental.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2018.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2009.