



**Centro Universitário de Brasília - UniCEUB**

**Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES**

**Curso de Psicologia**

**ANA PAULA COSTA REGO**

**LOUCOS UNS PELOS OUTROS:  
O DESAFIO DO PROCESSO DE EMPODERAMENTO NO CAPS**

BRASÍLIA  
2016

**ANA PAULA COSTA REGO**

**LOUCOS UNS PELOS OUTROS:  
O DESAFIO DO PROCESSO DE EMPODERAMENTO NO CAPS**

Monografia apresentada ao Centro  
Universitário de Brasília como requisito básico  
para a obtenção do grau de psicólogo.

Prof. Orientador: José Bizerril

BRASÍLIA  
2016

**ANA PAULA COSTA REGO**

**LOUCOS UNS PELOS OUTROS:  
O DESAFIO DO PROCESSO DE EMPODERAMENTO NO CAPS**

Monografia apresentada ao Centro  
Universitário de Brasília como requisito básico  
para a obtenção do grau de psicólogo.

Prof. Orientador: José Bizerril

Brasília, 06 de julho de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. José Bizerril

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tânia Inessa Martins de Resende

---

Prof. Frederico Guilherme Ocampo Abreu

## DEDICATÓRIA

Por/para Arthur Bispo do Rosário

A Laila, que um dia sonhou com um ipê amarelo crescendo no CAPS,  
e hoje lá ele está.

Ao Carlos Alberto Rego, meu pai, que me deixou esta frase como herança:  
“Tudo que respira merece respeito  
gente, planta ou bicho”.

*Para todas as pessoas que eu colhi ao longo do caminho*

O Criador  
Meu Pai minha Mae

CAPS Samambaia

Mellissa

Centro de Atenção à saúde mental ANANKÊ

Rossana

Marcia, Meire e Thiago

Pacientes

Angela

Luci

Mara e kleber

João Rafael

Drika

Rita e Zeantonio

André

Angélica

João Rafael

Edna e Hugo

Rose

Selme

Raylson

Marcos

Bruno e Lia

Cátia

Aline

Iandra

Cynthia

João e Valéria

Claudinha

Marco Aurelio

Luciane

Taoan

Gê

Cristiano

Daniele

Yanna

Tales

Raquel

Renata e Tadeu

Delma e Gaby

Tatiana Lionço

Tânia Inessa

José Bizerril

Gardenia

Ines e Edgar

Jane Cleia

Érika e Adriano

Maria e Zé

Maria do Carmo

Nilce

Mauro

Graciela e André

Ines e Neuridan

Economia Solidária

Eluzimar

Áurea

Laila

Usuários

Beto

Cris e Daniel

Pricilla

Nilma

Felipe

Vania

Nayane

Carol Guerra

Karol

Eliane

Hellyete

Lyla

Kelly

Mônica

Luciana

Natália

Carol

Renata

Honoplantas Michelle

Amanda

*Muito Obrigada!*

*Quando eu soltar a minha voz  
Por favor entenda  
Que palavra por palavra  
Eis aqui uma pessoa se entregando*

*Coração na boca  
Peito aberto  
Vou sangrando  
São as lutas dessa nossa vida  
Que eu estou cantando*

*Quando eu abrir minha garganta  
Essa força tanta  
Tudo aquilo que você ouvir  
Esteja certa  
Que estarei vivendo*

*Veja o brilho dos meus olhos  
E o tremor nas minhas mãos  
E o meu corpo tão suado  
Transbordando toda a raça e emoção*

*E se eu chorar  
E o sal molhar o meu sorriso  
Não se espante, cante  
Que o teu canto é a minha força  
Pra cantar*

*Quando eu soltar a minha voz  
Por favor, entenda  
É apenas o meu jeito de viver  
O que é amar*

*(Gonzaguinha)*

## RESUMO

Esta monografia teve por objetivo refletir criticamente acerca da experiência de estágio profissional da autora, graduanda em psicologia, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Distrito Federal. A intervenção proposta pela estagiária, alinhada aos preceitos da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização, consistiu na realização de um curso de jardinagem e paisagismo para os usuários do CAPS, com duração de três meses, duas vezes por semana, duas horas por dia, perfazendo um total de vinte e quatro encontros, com possibilidade de certificação. Realizou-se busca ativa de um profissional de jardinagem no território para ministrar o curso. Utilizou-se de estratégia de investigação que consistiu em criar um campo de participação observante da autora com uso de diários de campo reflexivos que serviram de base à posterior análise. A proposta pareceu eficaz, uma vez que permitiu aos usuários participar na comunidade como profissionais certificados, o que favoreceu o processo de empoderamento destes.

Palavras-chave: CAPS, Saúde Mental, experiência de estágio, desinstitucionalização, empoderamento.

## **ABSTRACT**

The purpose of this paper is to critically reflect on the author's professional internship experience, as an undergraduate student in Psychology, at a Center for Psychosocial Care (CAPS) in the Federal District, Brazil. The intervention proposed by the trainee, in line with the principles of the psychiatric reform and deinstitutionalization, consisted of a three-month gardening and landscaping course for CAPS users, being held twice a week, two hours a day, with a total of twenty-four meetings, which included the possibility of certification. An active search was conducted in the territory in order to find a professional gardener to teach the course. A research strategy was designed to create a participant observation field for the author with the use of reflective field journals which served as a database for subsequent analysis. The proposal seemed effective since it allowed users to participate in the community as certified professionals, which favored their process of empowerment.

Keywords: CAPS, Mental Health, internship experience, deinstitutionalization, empowerment.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>14</b>
2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	14
2.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	17
2.3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): UMA ESTRATÉGIA DE INOVAÇÃO.....	19
2.3.1 Aspectos práticos e cuidados.....	19
2.3.2 Desafios.....	22
2.4 A BUSCA ATIVA NO TERRITÓRIO: EXPANSÃO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA.....	23
2.5 INCLUSÃO SOCIAL E EMPODERAMENTO.....	25
2.5.1 Aspectos gerais.....	25
2.5.2 Empoderamento e sofrimento psíquico.....	26
<b>3 A ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO: UMA PROPOSTA PARA DESINSTITUCIONALIZAR.....</b>	<b>31</b>
3.1 ESTRATÉGIA E FUNDAMENTOS.....	31
3.2 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO CAPS III SAMAMBAIA-DF: UMA REFLEXÃO.....	33
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta monografia se apresenta como uma reflexão crítica acerca de uma das atividades que foram desenvolvidas pela autora durante o estágio específico do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), precisamente no campo da saúde mental.

Pode-se tomá-la, do ponto de vista da produção acadêmica, como um esforço teórico-prático em relatar a experiência profissional vivenciada pela aluna, tendo-se elegido como o local para a inserção da prática o CAPS III (Centro de Atenção Psicossocial) de Samambaia, Distrito Federal.

Trata-se de uma investigação que pretendeu discutir uma intervenção proposta aos usuários do CAPS III Samambaia-DF – a saber, curso de jardinagem e paisagismo ministrado por profissional do território –, cujo ponto de partida foi pensar em uma estratégia que visasse o empoderamento (*empowerment*) de tais usuários. Segundo Vasconcelos (2003), por *empowerment* entende-se um “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (VASCONCELOS, 2003, p. 20)<sup>1</sup>.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem-se em um dos serviços substitutivos em saúde mental resultantes da conquista dos movimentos da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileira, os quais foram idealizados e criados como uma alternativa que se dispõe a oferecer aos portadores de sofrimento psíquico grave (usuários) um modelo de tratamento em liberdade em oposição ao modelo asilar, de caráter hospitalocêntrico (LOBOSQUE, 2003).

Em uma perspectiva histórica, entre o final dos anos 1970 e o início da década de 1980, a reforma psiquiátrica ocorria no contexto brasileiro sob influência de inúmeras experiências mundiais de rompimento com o paradigma psiquiátrico

---

<sup>1</sup> Verifica-se o uso cada vez mais frequente, em português, da palavra “empoderamento” como tradução direta de *empowerment*; neste trabalho, optamos o mais das vezes pela forma aportuguesada, tendo em mente, todavia, o alerta de Vasconcelos (2003, p. 20), segundo o qual o termo é de difícil tradução, sob risco de sofrer limitações em seu sentido. Assim, reservamos o uso do original inglês para as alusões ao pensamento do autor contido na citada obra. No entanto, o próprio Vasconcelos utiliza a forma traduzida em produção subsequente (VASCONCELOS, 2007).

vigente, especialmente a reforma italiana, idealizada e liderada por Franco Basaglia (1924-1980). O notório psiquiatra negou a instituição asilar, caracterizada pelas práticas de hierarquia vertical e silenciamento dos internos, defendendo a sua destruição (AMARANTE, 2007).

Destarte, Basaglia propôs o processo de desinstitucionalização em relação ao hospital psiquiátrico, o qual, conforme Amarante (2007), se revela sedimentado na mudança da relação médico-paciente/saúde-doença, bem como pautado pela adoção de práticas de cuidado horizontalizadas e ações políticas capazes de favorecer o empoderamento do portador de transtorno mental.

Segundo Amarante (2007), as proposições consubstanciadas pelos movimentos antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileira têm por fim último promover a desospitalização, reduzindo os leitos nos hospitais psiquiátricos paulatinamente até a extinção, obtendo vagas em hospitais gerais e, simultaneamente, efetivando outras alternativas de assistência em saúde mental, a saber: a construção dos CAPS, o serviço de residências terapêuticas e os serviços ambulatoriais, bem como a idealização de programas de governo para garantia dos direitos dos usuários. Nas décadas de 1990/2000, o Ministério da Saúde regulamentou a consolidação de tais proposições por meio de diplomas legais, dentre os quais se encontra a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, notoriamente conhecida como Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2001).

Nessa esteira, novas formas de cuidado advêm para atender aos usuários de acordo com os ditames das políticas nacionais de saúde mental, as quais contêm no seu bojo a implementação de práticas orientadas por uma lógica territorial, isto é, com a possibilidade de engendrar ações materiais que façam parte dos modos de vida local (LEMKE; SILVA, 2010).

Sendo assim, os autores ora em tela ressaltam a concepção de território como sendo não somente a conformação espacial para além do espaço geográfico (cenário inerte), mas antes, o cenário dinâmico existencial que permite a circulação de práticas de atenção psicossocial pensadas e construídas a partir do cerne da desinstitucionalização (LEMKE; SILVA, 2010).

A edificação de processos e propostas alinhadas com a desinstitucionalização conduzidas pelo saber-fazer do território pode permitir a instrumentalização para novas formas de subjetivação dos sujeitos, favorecendo o acesso ao senso estético e/ou ao patrimônio local (cultural), subtraindo o 'invisível' de antes para compor o 'visível' (LIMA, 2004).

Nesse sentido, os serviços substitutivos em saúde mental, por sua própria constituição, operam seguindo a lógica da reabilitação psicossocial e, para tal mister, assumem a promoção da reinserção dos usuários, por meio do favorecimento de ações concretas para a operacionalização de projetos de vida (TENÓRIO, 2002).

Questiono-me sobre a efetividade do CAPS em cumprir a função desospitalizante frente a uma estratégia de desinstitucionalização, no campo da saúde mental, além das dificuldades de se implementar tal proposta desinstitucionalizante no CAPS III Samambaia-DF.

Torna-se imprescindível conceber como a proposta de desinstitucionalização pretende contribuir para transformar o olhar histórico da busca pela patologia no do direito das pessoas com sofrimento psíquico grave de ocupar-se da sua própria história, pelo crivo da compreensão integral da sua existência (AMARANTE, 2007). Verifica-se a importância, nos espaços de reabilitação, da promoção de ações que efetivamente permitam a reinserção dos sujeitos, mediante a legitimação destes.

Rose (2011) afirma que uma genealogia da psicologia estaria alinhada com uma genealogia do sujeito, e discorrer sobre tal aspecto contribuiria para a produção de verdades, a verdade do sujeito do qual se fala.

Por todo o acima exposto e pelo compromisso ético-político do qual o fazer psicológico não pode e nem deve dissociar-se, justifica-se a importância do tema objeto deste estudo.

Assim sendo, o objetivo desta monografia foi refletir uma experiência de estágio em saúde mental, com a utilização de recursos instrumentais e humanos do território, tendo por referência o debate sobre o empoderamento dos usuários do CAPS III Samambaia-DF, com arrimo em conceitos-chave para entender as práticas individuais e coletivas de *empowerment* segundo Vasconcelos (2003).

Em um primeiro momento, neste trabalho, aborda-se de forma sucinta a reforma psiquiátrica no Brasil. Na sequência, discorre-se acerca dos aspectos gerais da desinstitucionalização e seu conceito no âmbito da saúde mental.

Em continuação, apresentam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), seus aspectos práticos e cuidados oferecidos, bem como desafios para cumprir os objetivos desinstitucionalizantes no serviço substitutivo em saúde mental.

Prossegue-se com o tema busca ativa no território, com ênfase na noção de territorialização como princípio político, e ressalto que tal disposto foi utilizado como estratégia para o início da implementação da intervenção proposta.

A seguir, tem-se a discussão sobre inclusão social e empoderamento, nos seus aspectos gerais, e especificamente o conceito de *empowerment* proposto por Vasconcelos (2003), o qual serviu de aporte teórico na consecução da reflexão crítica expendida neste trabalho.

Em continuação, é delineada a estratégia de investigação que consistiu em criar um campo vivencial com a participação de usuários do CAPS III Samambaia-DF, a fim de discorrer sobre a experiência de estágio da autora, a qual vem contemplada pelo relato juntamente com a reflexão crítica.

Por fim, tecem-se considerações finais e indicam-se as referências bibliográficas utilizadas.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Em termos conceituais, no que condiz com “doença mental”, mérito da psiquiatria clássica, a loucura obtém o lugar do reconhecimento da doença, pois, advindo do campo de conhecimento da medicina, tal conceito diz respeito estritamente à patologia (FOUCAULT, 1994).

Conforme Goffman (1974), o manicômio/hospital psiquiátrico culminou em um tipo de “instituição total”, cujas características são a perene e constante vigilância do tempo e do tratamento do doente/louco pelos profissionais, com completa sujeição aos últimos e impossibilidade de decisão sobre livrar-se da instituição e/ou interromper o tratamento, configurando-se, assim, um local de exclusão social.

Basaglia (1985) contribuiu para a desconstrução desse entendimento na medida em que afirmou que o cerne da questão residia justamente na relação que era estabelecida nos hospitais psiquiátricos com os doentes mentais, conforme a qual o diagnóstico tinha por função explicitar a realidade vivenciada pelos internos, ou seja, as mais variadas expressões de violência.

Na década de 1970 tem início, na Itália, um movimento considerado um marco histórico, influenciado pelo pensamento basagliano, em que a premissa de ordem era a demolição de todos os hospitais psiquiátricos. Com efeito, permitiu-se a ruptura com o modelo asilar, bem como se aventou a possibilidade de pensar e fazer interagir o sujeito portador de sofrimento mental grave e a sociedade, com a consequente desconstrução da figura do “doente mental” (LOBOSQUE, 2003).

Em conformidade com Tenório (2002), essa experiência de desospitalização promoveu a desinstitucionalização do manicômio/hospital, e, concomitantemente, permitiu a abertura às discussões dos direitos dos sujeitos que se encontravam até então excluídos do seu lugar social. No entendimento do autor, essa mudança do paradigma asilar propiciou a possibilidade de devolver os devidos cuidados ao sujeito com sofrimento psíquico grave.

Basaglia (1985) ressalta que os processos de institucionalização foram os responsáveis por excluir socialmente os sujeitos confinados. Para o autor, a partir da desinstitucionalização eles não são mais doentes mentais, mas sim pessoas com sofrimento existencial em relação ao corpo social. Por isso, podem viver e se expressar segundo a sua forma particular de existir; e o autor conclui que o saber da psiquiatria é que foi capaz de estruturar a forma de lidar com o “louco”, o que culminou na estigmatização da loucura.

A experiência italiana e a proposta basagliana, que desconstróem a doença mental para a emergência do sujeito portador de sofrimento psíquico intenso, serviram como fulcro para a atual política de saúde mental brasileira.

Em resumo, o modelo asilar na verdade servia à cronificação da doença:

(...) a deprimente condição dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos, mal comparada a lembrança dos campos de concentração com que a Europa democrática daquele período não tolerava mais conviver. Não mais era possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios (AMARANTE, 1995, p. 28).

O modelo comunitário começa a surgir primeiramente na Europa e nos Estados Unidos, o qual em um segundo momento envolveu os movimentos das comunidades terapêuticas, voltando-se para a assistência no espaço comunitário. Esse momento também é marcado por uma virada teórica em que a preocupação com a doença e com a cura convergiu em promoção da saúde mental (AMARANTE, 1995).

Essa guinada entre o abandono da ideia da doença e a valorização dos aspectos saudáveis do indivíduo é que pode ser tomada como o fundamento último do processo de desinstitucionalização.

Segundo a pesquisa de Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2010), pode-se dividir a Reforma Psiquiátrica no Brasil em duas fases. A partir do final da década de 1970, ocorreu a crítica organizada ao modelo do tratamento hospitalar de doentes mentais. Em 1992, o marco foi a implantação de uma rede de serviços fora do modelo hospitalar.

Com a aprovação da Lei Paulo Delgado em 2001 (Lei nº 10.216) consolida-se um conjunto de reivindicações da área da Saúde Mental, que tem como eixo central

a oferta de tratamento com base na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais graves e com a extinção gradativa do regime de internação manicomial (BRASIL, 2001).

Daí se segue a criação de uma rede de serviços que tinham como base o processo de desinstitucionalização:

[a] lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois mesmo antes de sua aprovação, suas consequências já eram visíveis por meio de diferentes ações, tais como a de criação das SRTs e de programas, tal como “De volta pra casa”. Novas modalidades para o tratamento do usuário de saúde mental foram postas em prática. A Luta Antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Podemos destacar aqui o surgimento de relevantes serviços de atendimentos Extra-Hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospital-Dia (HDs); Centros de Convivência e Cultura (MESQUITA; NOVELLINO; CAVANCANTI, 2010, p. 6).

O longo período de institucionalização fez com que as pessoas se tornassem improdutivas, sem capacidade de assumir e levar adiante tarefas que pudessem ser atinentes à vida comum, como é o trabalho. Esta parece ser uma das consequências mais graves da reclusão (SILVA, 2005).

Tem-se que

um dos principais desafios da Reforma psiquiátrica é a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços. Embora os diversos serviços da rede de atenção à saúde mental fomentem a criação de cooperativas e associações e realizem oficinas de geração de renda, essas experiências, mesmo que com ótimos resultados, caracterizam-se ainda por sua frágil sustentação institucional e financeira. O manejo diário dessas experiências em vista do mercado capitalista e de uma sociedade excludente impõe debates práticos e teóricos no cotidiano dos serviços, que vêm substituindo aos poucos o componente da antiga reabilitação pelo trabalho (BRASIL, 2005, p.36).

O Programa Economia Solidária, uma das políticas oficiais do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que visa compartilhar princípios basilares como ética política e solidariedade por meio da prática do cooperativismo social, em que a autogestão e a isonomia entre os membros são fundamentais para a consecução das ações de trabalho e geração de renda, com a propriedade coletiva dos bens de produção, vem sendo utilizado como uma alternativa eficaz em alguns estados da federação para suprir a lacuna da incapacidade produtiva de egressos do sistema

manicomial pela reinserção por meio do trabalho e da geração de renda (SINGER, 2008).

## 2.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, tem por escopo a desinstitucionalização dos serviços psiquiátricos no Brasil, prevendo a criação de serviços substitutivos em saúde mental em detrimento do modelo asilar.

Como já mencionado no tópico anterior, segundo Amarante (1994), a reforma psiquiátrica brasileira, que tomou como arrimo a reforma italiana liderada por Basaglia (1924-1980), orienta-se a partir de uma política de redução gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos por meio da efetiva construção de serviços regidos pelo paradigma psicossocial.

Atualmente, assiste-se ao movimento de luta antimanicomial insistir com a pauta primordial centrada no fim dos hospitais psiquiátricos e de quaisquer instituições que operem sob a lógica manicomial, tanto públicas, quanto privadas. Para tanto, e por uma dívida histórica com a loucura, torna-se imperiosa a necessidade da mobilização por parte dos profissionais de saúde mental, dos usuários, enfim, de toda a sociedade para que se torne realidade a construção de mais serviços substitutivos abertos, como os CAPS (LOBOSQUE, 1997).

Os preceitos da reforma psiquiátrica alinham-se com os objetivos da desinstitucionalização na medida em que corroboram a inclusão social e a reabilitação para a própria vida do portador de transtorno mental grave, e não a cura do seu sofrimento psíquico (TEIXEIRA, 2009).

Destarte, para que os objetivos da desinstitucionalização sejam levados a efeito, há que se observar a articulação de todas as instâncias que a assistência em saúde requer, quais sejam: atenção psicossocial, reinserção do lugar social dos usuários, bem como a consecução de ações que favoreçam um novo olhar da sociedade brasileira para o sofrimento psíquico, pelas premissas do paradigma psicossocial (AMARANTE, 1994).

Lobosque (1997) ainda ressalta a importância de se cuidar das pessoas com sofrimento psíquico intenso nos limites da cultura, conferindo-lhes cidadania e modificando as relações sociais para com estes. A desinstitucionalização, então, configura-se como um processo, permitindo uma transição não apenas de caráter clínico, mas também de uma mudança cultural, em que os usuários venham ocupar um novo lugar social.

De acordo com Rotelli (1991), para que essa mudança cultural seja efetiva, há de se desconstruir o paradigma da psiquiatria clássica, o qual se traduz em reduzir o sujeito portador de sofrimento psíquico intenso à patologia e, em última análise, a um diagnóstico psiquiátrico, desconsiderando sua existência carregada de sofrimento, o que o aparta do corpo social.

A desinstitucionalização, segundo Rotelli (1991), está para além dos muros das instituições psiquiátricas. Uma vez que as práticas manicomiais passam a ser negadas, uma outra prática se faz necessária, desta vez sob a perspectiva da não separação entre o sujeito e o sofrimento existencial. O sujeito não se limita à crise mental, nem tampouco à patologia.

A verdadeira desinstitucionalização somente ocorrerá quando o sujeito portador de sofrimento psíquico intenso resgatar o laço social por meio do rompimento do paradigma manicomial, não em busca da cura da loucura, mas da autonomia, senão vejamos nas palavras do psiquiatra italiano:

[...] um trabalho prático de transformação que contempla: a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade – probabilidade; o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde”; a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas (ROTELLI, 1991, p. 56).

Padilha e Morais (2010) corroboram as ideias de Rotelli (1991), segundo as quais a desinstitucionalização é uma determinação voltada para as relações sociais e para a cultura que se instituiu em torno do modelo asilar. Ela implica uma “desmontagem de todas as instituições postas a serviço da exclusão e da segregação daqueles que perturbam ou ameaçam a norma” (PADILHA; MORAIS, 2010, p. 2).

O processo de desinstitucionalização no Brasil, conforme Amarante (1995), começa a tomar forma a partir da década de 1990 com uma política pública voltada para as normatizações no âmbito do Ministério da Saúde. Somente com o início do século XXI dá-se a implementação das normas regulamentadoras da rede de assistência psiquiátrica de base comunitária.

Nessa esteira, paulatinamente, os hospitais psiquiátricos começaram a desinstitucionalizar as pessoas internadas, com a redução de leitos. O processo de desinstitucionalização vem implicando diretamente a redução de leitos psiquiátricos, a qualificação e expansão de uma rede de instituições extra-hospitalares, a criação de programas permanentes de formação de recursos humanos e as estratégias voltadas para a criação de programas que garantam a assistência nos moldes psicossociais (AMARANTE, 2007).

Para avaliar o ritmo da redução de leitos em todo o Brasil, no entanto, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos estados, assim como a penetração das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações subjetivas, sociais e culturais e depende sempre da pactuação entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) (BRASIL, 2005).

## 2.3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): UMA ESTRATÉGIA DE INOVAÇÃO

### 2.3.1 Aspectos práticos e cuidados

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço substitutivo em saúde mental e assume como objetivo precípua promover o cuidado em liberdade dos sujeitos com sofrimento psíquico intenso, auxiliando em momentos críticos da vida desses sujeitos e aventando novos arranjos e projetos de reinserção social para eles, além de estabelecer pontes com a sociedade em geral no que diz respeito à consecução dessa mudança de paradigma (LOBOSQUE, 2003).

Lobosque (2001) destaca que o devido cuidado a ser ofertado às pessoas com sofrimento psíquico intenso deve ser guiado pela perspectiva psicossocial,

porquanto se reveste de tarefas criativas e sob medida para cada sujeito que se apresenta, o que se confirma diariamente como um desafio e um convite a conhecer a singularidade dos usuários de todo CAPS.

De acordo com Sidrim (2010), o CAPS exerce o relevante papel de propor políticas públicas atinentes à saúde mental da população do seu território e articular com o poder público estadual e municipal, sob a perspectiva dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS (universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde).

Nesse sentido, é de competência do CAPS oferecer cuidado integral e singular às pessoas com algum sofrimento mental grave que procuram esse serviço de saúde, tendo em vista toda e qualquer fragilidade verificada no cotidiano dessas pessoas, seja por estigma e/ou preconceito social, sequelas decorrentes de internações (modelo hospitalocêntrico), ruptura dos laços familiares e/ou sociais, dificuldades de inserção no seu território (comunidade) e desestabilizações de qualquer ordem no seu dia-a-dia (MECCA; CASTRO, 2008).

Coube, portanto, aos CAPS atuarem de maneira estratégica para organizar a rede comunitária de cuidados, desenvolvendo projetos terapêuticos singulares que dessem conta do sujeito e sua singularidade, cultura e vida cotidiana.

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido por meio da construção permanente de um ambiente facilitador e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Ao iniciar o acompanhamento no CAPS, traça-se um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele (Terapeuta de Referência - TR) (BRASIL, 2004).

Conforme a Portaria GM/MS nº 336/2002, os CAPS diferem quanto ao “tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas” e “à especificidade da demanda” e, para tanto, classificam-se em: CAPS I, CAPS II e CAPS III, que atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes; CAPSi, para atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais; e CAPSad, para a população com transtornos advindos do uso

e dependência de substâncias psicoativas, tais quais álcool e outras drogas (BRASIL, 2002).

O CAPS I contempla municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e tem funcionamento das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo estender seu funcionamento até às 21 horas; o CAPS III situa-se nos municípios com população acima de 200.000 habitantes, aberto 24 horas, diariamente, incluindo feriados e fins de semana e equipado com enfermaria; o CAPSi contempla municípios com população acima de 200.000 habitantes, permanecendo aberto das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, podendo funcionar até às 21 horas; e o CAPSad atende municípios com população acima de 100.000 habitantes, com funcionamento das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, podendo estender esse horário até às 21 horas, com fins exclusivos de tratamento de desintoxicação, sendo equipado com leitos (BRASIL, 2004).

Também é papel do CAPS articular intervenções clínicas por meio de ações concretas que visem a reabilitação psicossocial. Seus projetos terapêuticos incluem a construção de trabalhos de reinserção social, como parte da reabilitação

(...) o CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Assim, os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida (..) muitas coisas podem ser feitas num CAPS desde que tenham sentido para promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana (BRASIL, 2004, p.18).

Segundo o Ministério da Saúde, a construção dos serviços de atenção psicossocial revela a necessidade de se reverem os modelos de atendimento, os quais vão se tornando insuficientes em face das demandas diárias que mostram o sofrimento e a singularidade ligados a esse tipo de assistência, em que “é preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno” (BRASIL, 2004, p.17).

### 2.3.2 Desafios

Um dos grandes desafios que os profissionais dos CAPS enfrentam no cotidiano dos serviços substitutivos se traduz na construção do paradigma psicossocial em detrimento do modelo manicomial. Segundo Merhy (2004), é desejável que essa construção ocorra em meio a indagações e práticas inovadoras por parte das equipes acerca do seu trabalho, “como marcador contra os que possam imaginar que ele já é o lugar das certezas antimanicomiais” (MERHY, 2004, p. 3).

Segue o autor afirmando que os trabalhadores da saúde e, em especial, da saúde mental, encontram-se “no olho do furacão” por exercerem um cotidiano deveras extenuante, pois que repleto de demandas complexas e volumosas de trabalho, bem como a possibilidade de crises iminentes dos usuários. Portanto, as equipes convivem com o paradoxo constante da “potência e impotência” (MERHY, 2004, p. 8) com relação ao seu agir, o que pode levar o profissional a experimentar sensações de tristeza, frustração e incontinência com os usuários, chegando mesmo a temer por sua sanidade mental. Ao mesmo passo, sentem-se compelidos a estarem amplamente disponíveis às necessidades do cotidiano do CAPS.

Destarte, salutar se fazem, como proposta diária de atenção aos trabalhadores de saúde/saúde mental, as supervisões e outras estratégias diversas para enfrentamento e ressignificação do sentido do trabalho, a fim de que este não se torne alienante para os profissionais, sob pena da adoção de práticas manicomiais (MERHY, 2004).

Para tanto, propõe Merhy (2004) que o trabalho em saúde mental seja realizado por meio da articulação entre os serviços de saúde da rede e os CAPS, o que igualmente se configura em um desafio, cujo intuito é combater o ideário social da lógica manicomial, além de trazer alívio à sobrecarga de trabalho dos profissionais e dos familiares/conviventes dos usuários.

Nas palavras de Merhy (2004, p. 10), “só um coletivo que possa estar em plena produção de vida em si e para si, pode ofertar, com o seu fazer, a produção de novos viveres não dados, em outros. Ou, pelo menos, instigá-los a isso”.

## 2.4 A BUSCA ATIVA NO TERRITÓRIO: EXPANSÃO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA

Segundo Lemke e Silva (2010), pensar e executar práticas em saúde sob a orientação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) implica um desafio que esbarra na noção de territorialização.

Milton Santos (2002) aponta para o território como um espaço banal, uma dimensão geográfica do cotidiano, mas, também e, sobretudo, para além desse espaço, o território termina por se configurar como uma dimensão existencial, em que pessoas e instituições compartilham saberes e fazeres diversos.

O território, portanto, é um espaço habitado, humanizado e pode ser percorrido, perfazendo a realidade temporal e espacial em que ocorrem os acontecimentos.

Ainda nessa esteira, Santos (2002) assevera que o território é um campo que contempla o desenrolar do tempo, que é a própria história do local e das pessoas que ali se encontram, o que se traduz na maneira como se determina a produção subjetiva dos que compõem o território no espaço e no tempo de convivência.

Augé (2012) corrobora a noção de território com a proposição do conceito de “lugar antropológico”, que é o lugar “do sentido inscrito e simbolizado” (AUGÉ, 2012, p. 76), que comporta, no mínimo, características identitárias, relacionais e históricas dos habitantes que nele vivem, os quais detêm o domínio local, na medida em que compartilham seus saberes e fazeres.

Sendo assim, Lemke e Silva (2010) defendem o recurso da busca ativa como uma estratégia prática que visa uma postura de trabalho ativa, utilizando-se dos instrumentos e do potencial humano contido no território em que se está inserto. Asseveram, ainda, que a busca ativa deve ser compreendida como um princípio político (de ação estratégica), o qual pode se revelar em um espaço de possibilidades ao trabalho em saúde que prestigia planos de intervenções criativos contrários às práticas que seguem lógicas hegemônicas, tanto com relação ao cuidar quanto ao modo de trabalhar, senão vejamos:

A noção de território se tornou um princípio organizador dos processos de trabalho nas atuais políticas de Saúde Mental e Atenção Básica. No contexto de consolidação do Sistema Único de Saúde, as duas políticas têm como desafio construir práticas de cuidado pautadas por uma lógica

territorial e, dessa forma, transpor as ações de saúde para mais perto do “mundo do usuário” e de seus modos de vida. Os princípios da desinstitucionalização e integralidade são operadores conceituais que, além de orientar essas políticas e demarcar a diferença que as reformas Psiquiátrica e Sanitária pretendem imprimir às práticas de cuidado, apontam para uma determinada concepção de território. Mais do que um extenso estático ou um recorte geográfico, esses princípios apontam para uma dimensão existencial do território, assim como para um engajamento político nas práticas de cuidado (LEMKE; SILVA, 2010, p. 282).

Lemke e Silva (2010) lembram, ainda, que há outras práticas dentro da própria área de Saúde Mental que estão associadas à territorialidade e à busca de espaço, como o trabalho dos acompanhantes terapêuticos, dos Agentes Comunitários de Saúde e dos redutores de danos, práticas que têm em comum realizar ações de saúde no espaço de vida dos usuários, no qual ocorre o seu cotidiano.

Há que se notar que no contexto do trabalho em saúde mental a busca ativa se tornou um princípio político que traduz práticas de cuidado não invasivas, postura esta que desenvolve a ideia de que as práticas ligadas à Saúde não são exclusivamente práticas médicas, mas também práticas sociais (LEMKE; SILVA, 2010).

Segundo Vasconcelos (2007), o dispositivo da busca ativa com as finalidades do cuidado em saúde mental e da defesa de direitos dos atores sociais (usuários) envolvidos favorece a emergência de sujeitos com a produção de si e no seu mundo, o que leva ao empoderamento destes, à (co)responsabilização pelo cuidado da sua saúde e ao consequente resgate da cidadania, além de combater desvios ou exacerbações de poder frequentes no ofício de cuidar de pessoas com sofrimento psíquico intenso.

Vasconcelos (2007) assevera que o dispositivo da busca ativa intentada em defender os direitos humanos pode se constituir em uma intervenção de alto potencial existencial, no que concerne ao foro íntimo de cada indivíduo envolvido, bem como à sua posição no mundo, isto é, na sociedade à qual pertence.

Ressalta ainda o autor que tal dispositivo assume caráter político, ao mesmo passo em que se traduz em uma possibilidade com alcance capaz de nutrir a utopia de trilhar o caminho da atenção psicossocial.

Nesse sentido se encontram os objetivos maiores de descentralização e integralização de ações de saúde, reunindo-se assim dois princípios básicos, o do deslocamento das ações de saúde para o espaço cotidiano e familiar do usuário e a integralização de ações baseada na escuta dessas histórias de vida que estão colocadas no espaço estendido de ação terapêutica:

[...] uma repercussão direta da desinstitucionalização nas práticas é a recusa do isolamento do usuário como método de terapêutica. Uma prática de cuidado só pode ser consequente se for relativa ao sujeito em seu contexto existencial. A integralidade é um operador conceitual que porta uma crítica radical às lógicas reducionistas e contém a intenção de produzir mudanças profundas nas ações de saúde, contextualizando-as aos modos de vida dos usuários e aproximando-as das reais necessidades de saúde. Portanto, a integralidade supõe uma postura de escuta ativa dos problemas numa relação de alteridade com o usuário. Ao definir que o objeto de trabalho em saúde é o sujeito em sofrimento em seu contexto de vida, produz-se a opção política de trabalhar numa lógica territorial e de incluir nas práticas a dimensão da subjetividade que caracteriza os sujeitos sociais que portam aspirações, desejos e histórias singulares de vida (LEMKE; SILVA, 2010, p. 284).

## 2.5 INCLUSÃO SOCIAL E EMPODERAMENTO

“...Minha humanidade cresce  
Quando o mundo te oferece  
E enfim te dá, tens lugar...”

Caetano Veloso

### 2.5.1 Aspectos gerais

Lobosque (2001) aponta para a importância da política de desinstitucionalização, que reorienta a atenção psicossocial para um campo de atuação em que são cabíveis objetivos e práticas pertinentes à reinserção social e ao resgate da cidadania. Nesse sentido, a construção de espaços de troca entre os sujeitos com sofrimento psíquico intenso e a sociedade permite ressignificar o olhar estigmatizado com relação a tais sujeitos e às suas possibilidades de projetos de vida.

Tem-se que as proposições levantadas e defendidas pela atual reforma psiquiátrica brasileira elencam princípios que propiciam a construção de um processo de subjetivação do usuário dos serviços substitutivos em saúde mental

para um sujeito autônomo e cidadão, a fim de que este ocupe seu lugar social (TENÓRIO, 2002).

Cumprе salientar que o conceito de empoderamento (*empowerment*) à luz de Vasconcelos (2003), já mencionado anteriormente, serviu de aporte teórico na consecução da reflexão crítica expendida neste trabalho.

### 2.5.2 Empoderamento e sofrimento psíquico

Tecer considerações acerca do sofrimento psíquico intenso remete-nos ao significado pessoal da existência humana, o qual se encontra alinhado com a cultura local do sujeito que adoeceu em determinado momento de vida, e os profissionais de saúde em geral pouco podem contribuir para oferecer o cuidado necessário, caso não seja levado em conta tal fato (VASCONCELOS, 2003).

Conforme Vasconcelos (2003), salutar se faz a construção de rede de suporte satisfatória, a qual pode se configurar em solução estratégica de enfrentamento do sofrimento psíquico no cotidiano, com o compartilhamento de experiências que levam a novas significações, tanto no nível pessoal quanto no coletivo.

Segundo Vasconcelos (2003), há alguns conceitos que servem para nortear as práticas/estratégias de enfrentamento dos desafios no campo da saúde mental no que condiz com o *empowerment*, quais sejam: recuperação, cuidado de si, suporte mútuo, ajuda mútua, defesa de direitos, transformação do estigma, participação no sistema de saúde/saúde mental e militância amplas e narrativas pessoais de vida.

Tais conceitos não representam um esquema-chave a ser seguido. Eles envolvem eventos internos e externos que dificilmente serão encontrados da mesma maneira e intensidade em cada pessoa, orientam o observador em relação ao *empowerment* e não definem uma ordem de sucessão de acontecimentos, além da possibilidade de se apresentarem interligados (VASCONCELOS, 2003).

No contexto do CAPS, é comum acolher usuários oriundos de hospitais psiquiátricos, os quais vêm para o tratamento com baixa autoestima, sentimento de menos valia, além da estigmatização sofrida (VASCONCELOS, 2003).

A recuperação é um longo processo, em que se verificam vários momentos, inclusive momentos de menor crédito na própria recuperação. Ela é parte de uma série de acontecimentos que incluem a forma como o sujeito se degrada ou perde sua capacidade de agir e reagir. É, portanto, um processo de ressignificação, ou seja, criação de novos sentidos e objetivos de vida, com foco nas capacidades latentes, inserindo esse sujeito na vida social e do trabalho (VASCONCELOS, 2003).

Conforme Vasconcelos (2003, p. 26) a recuperação

(...) não significa que a doença [...] e os sintomas foram removidos e o funcionamento da pessoa foi restaurado inteiramente [...], mas [...] é um processo profundamente pessoal e coletivo de mudanças que pode levar a uma vida com satisfação, desejo e participação social, mesmo com as limitações causadas pelo transtorno (VASCONCELOS, 2003, p. 26).

O cuidado de si implica uma vontade pessoal do usuário de se tornar consciente do processo de exclusão ao qual esteve e vem sendo submetido por parte de outros, sejam eles amigos, familiares, comunidade e/ou instituições de saúde mental, e uma disposição para reelaborar suas experiências de vida, dando a elas novos sentidos, e, dessa forma, recobrar sua autoestima e promover sua reinserção social (Vasconcelos, 2003).

Vasconcelos (2003) aponta no sentido de que o cuidado de si, embora dependa de um intento individual, seja ancorado em relacionamentos amigáveis, em que se possa conversar e trocar experiências de maneira incondicional (ajuda/suporte mútuo), nos dispositivos coletivos do movimento de usuários e na construção de narrativas, bem como nas ações de cuidado em saúde mental.

Os aspectos de ajuda e suporte mútuos foram realçados por Vasconcelos (2003) como uma forma de manter esse cuidado de si, que nasceu de um ato de vontade do sujeito.

A ajuda mútua se constitui em uma troca de vivências, de apoio emocional e de discussão de estratégias a serem adotadas em face de problemas considerados comuns. As redes informais de amigos e companheiros, a internet com as redes sociais, páginas especializadas, blogs (página pessoal virtual aberta a comentários e sugestões), chats (conversa por texto ou voz) e e-mails (correio eletrônico) podem se constituir em algumas estratégias utilizadas de forma bastante eficaz (Vasconcelos, 2003).

Por outro lado, o suporte mútuo é um conceito que opera desde o nível cotidiano, com atividades de suporte concreto como lazer e cultura, cuidado informal do outro que está em situação mais precária, ajuda em tarefas domésticas e suporte a familiares, até níveis mais complexos, como desenvolver projetos de vida, dispositivos residenciais e de trabalho protegido e cooperativo, acompanhamento qualificado, telefone para suporte interpessoal direto, clubes sociais e outros (VASCONCELOS, 2003).

Na defesa dos direitos se encontram estratégias que podem se dar tanto em nível formal quanto informal; de maneira informal, como tomada de consciência da cidadania, via atos de defesa que ocorram na esfera relacional (usuário/usuário e usuários/profissionais diversos); e formalmente, mediante a busca ativa de ajuda para defender e garantir os direitos assegurados pelo ordenamento jurídico brasileiro. Ademais, constitui-se em poderoso instrumento que permite auxiliar no combate a possíveis violações de direitos dos usuários e do sistema de saúde mental (VASCONCELOS, 2003).

A defesa dos próprios direitos pode favorecer o processo de empoderamento do usuário e, como Lobosque (2001) aponta, redundar no conseqüente resgate da cidadania e da reinserção social, o que permite levá-lo a participar ativamente dos processos de vida social em geral, sobretudo como agente transformador de mudanças (LOBOSQUE, 2003).

Um dos grandes entraves para a inserção social do sujeito com transtorno mental é o estigma. De acordo com Goffman (1988) o estigma pode ser um predicado que sugere desvalorização, inferioridade, segregação e estabelece uma posição de desvantagem do sujeito frente à sociedade. Urge transformá-lo.

Conforme Vasconcelos (2003), “a transformação do estigma e a dependência na relação com a loucura e o louco na sociedade” (VASCONCELOS, 2003, p. 31), a qual pode ser levada a efeito por meio de ações sociais, culturais e artísticas de caráter individual e coletivo, tais quais:

- Mudança na linguagem usual, de “paciente” para usuário e “doença mental” para “sofrimento psíquico”, “experiências subjetivas radicais”;

- Adoção do princípio da isonomia hierárquica para envolver os representantes de usuários e familiares na participação dos conselhos de gestão de políticas públicas em saúde mental e em eventos de saúde mental, em especial sobre a reforma psiquiátrica, sejam eles palestras, cursos, mesas, seminários, conferências, congressos, etc.;
- Veiculação, na mídia televisiva e internet, de programas que abordem esse tema, propiciando a reflexão e discussão;
- Exibição de vídeos produzidos por usuários, a exemplo da programação da rádio Tantan de Santos, a TV Pinel do Rio de Janeiro, a Rede Parabolinoica de Belo Horizonte, TV Sã de Brasília, etc., em canais de acesso à população geral (VASCONCELOS, 2003).

A participação no sistema de saúde/saúde mental dos usuários do sistema e seus familiares nos vários setores da sociedade organizada é de suma importância no sentido de garantir os direitos já conquistados e abrir espaços para uma militância ampla e efetiva (VASCONCELOS, 2003).

Assim, os usuários e familiares não de se fazer presentes no movimento da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, dialogando e sugerindo avanços nos conselhos de saúde, na proposição e elaboração de políticas públicas, nas associações comunitárias, sindicatos, cooperativas, ONGs, nos partidos políticos, a fim de exercer a cidadania plena, levando e fazendo ouvir a todos os segmentos da sociedade a voz de quem vive e convive com o sofrimento psíquico (VASCONCELOS, 2003).

Com um caráter de recuperação e *empowerment* dos usuários do sistema de saúde mental, as narrativas pessoais de vida reafirmam os conceitos que servem para nortear as práticas/estratégias de enfrentamento dos desafios no campo da saúde mental, acima descritos (VASCONCELOS, 2003).

Ainda consoante Vasconcelos (2003), as narrativas pessoais por relato e/ou escrita individual ou entrevistas gravadas e transcritas por outrem possuem grande potencial terapêutico, institucional, político e também literário. São relatos do cotidiano, reflexões e mudanças (vivências) ocorridas ao longo do percurso do narrador e constituem-se em produção de conhecimento acadêmico, além de

contribuir para a formação de um profissional sensível à realidade e às vicissitudes humanas do local em que a investigação foi realizada.

Vasconcelos (2003) aponta que as narrativas pessoais de vida com o transtorno mental são largamente utilizadas nos países anglo-saxônicos e europeus como potenciais prognósticos de recuperação e *empowerment*, porém no Brasil a literatura ainda se mostra escassa. Nessa esteira, encontra-se a potencial relevância do presente estudo.

### **3 A ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO: UMA PROPOSTA PARA DESINSTITUCIONALIZAR**

#### **3.1 ESTRATÉGIA E FUNDAMENTOS**

A ideia de realizar uma intervenção (curso de jardinagem e paisagismo) como complemento das atividades já delineadas para o cotidiano do CAPS III Samambaia-DF teve por objetivo o uso de recursos instrumentais e humanos do território para a criação de uma estratégia de empoderamento dos usuários, com a mediação da estagiária, profissionais de saúde e um profissional de jardinagem e paisagismo, com a finalidade de refletir criticamente sobre tal experiência, a posteriori.

As práticas da intervenção proposta no interior do CAPS foram coordenadas/guidadas pela autora deste estudo e o curso foi ministrado por um profissional de jardinagem e paisagismo da comunidade de Samambaia-DF. Ao final do curso houve certificação, o que pode habilitar os participantes a exercerem nova e/ou outra profissão.

Trata-se de uma investigação qualitativa, definida por Flick (2009) como um tipo de pesquisa composta por um ou mais métodos para conhecer o objeto de estudo e posicionar-se frente a ele. É pesquisa contextual, pois a investigação e as análises de interpretação decorrem da participação observante dos acontecimentos e das indagações acerca da realidade vivenciada no campo da pesquisa.

Portanto, as análises e interpretações podem recair sobre experiências de pessoas e/ou grupos, narrativas biográficas, relatos de situações cotidianas, bem como em interações e discursos de pessoas e isso pode ser feito tanto de forma observacional quanto com a análise de documentos. O pesquisador não é isento na pesquisa qualitativa, fazendo mesmo parte do processo (FLICK, 2009).

Tais análises e interpretações se revelaram em um esforço teórico-prático para realizar a reflexão de caráter qualitativo acerca da experiência profissional vivenciada pela autora ao longo de um semestre no contexto do CAPS III Samambaia-DF.

Diante disso, não há que se expender o emprego de uma metodologia para levar a efeito tal proposta, com o que a estratégia de investigação, ora descrita, se mostrou eficiente para a execução da intervenção.

Os registros da experiência vivenciada ficaram por conta dos diários de campo, os quais se constituíram em relatos escritos do que foi observado, indagado ou apresentado no campo de trabalho. Esses diários foram posteriormente digitados em meio eletrônico.

O diário de campo é um instrumento de pesquisa que pode ser compreendido dentro da categoria do recurso metodológico, que remonta ao campo de observação dos antropólogos sociais e que são registros do pesquisador caracterizados pela importância do que é observado, pelas reflexões que ocorrem naquele momento de observação e por experiências que são narradas no próprio campo de investigação.

Consoante Falkembach (1987), o diário de campo descritivo diz respeito ao registro, pelo pesquisador, de informações como a descrição dos sujeitos participantes, das interações sociais ocorridas no campo, bem como do local da observação participante. Já o diário de campo reflexivo reporta-se aos registros das percepções e impressões pessoais do pesquisador com relação ao campo vivenciado. Salienta ainda a autora que os registros diários podem ser efetuados “in loco” ou “a posteriori”.

O emprego do diário de campo favoreceu a construção de uma reflexão pertinente ao convívio com os usuários do CAPS, ao mesmo tempo em que facilitou a comunicação da experiência de pesquisa e a realização do objetivo estabelecido para o presente estudo.

A estratégia de investigação consistiu em criar um campo de observação a partir da participação de usuários do CAPS III Samambaia-DF em aulas de jardinagem e paisagismo nas dependências da instituição, e se deu por meio da observação participante da autora com uso de diários de campo reflexivo e descritivo. Faz-se importante ressaltar, também, que tal estratégia investigativa aderiu a uma feição desinstitucionalizante, o que permitiu produzir tanto conhecimento acadêmico quanto revisar a própria prática profissional da autora.

### 3.2 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO CAPS III SAMAMBAIA-DF: UMA REFLEXÃO

No dia 10 de março de 2015, cheguei ao CAPS III Samambaia-DF para iniciar meu estágio. Esse dia foi muito esperado ao longo de toda a minha formação. Desde quando li o primeiro texto da disciplina de Psicopatologia I, almejei realizar o estágio específico no campo da saúde mental. Por isso, eu era um misto de ansiedade e expectativas.

Foi no terceiro dia de estágio que senti que faltava alguma coisa naquele CAPS e me pus a pensar sobre o que poderia ser. A paisagem era muito árida, com pouca vegetação. Havia alguns mandacarus, os quais foram plantados por um usuário que já falecera. De repente, me deu um estalo! Percebi que o que me incomodava ali era o muro do CAPS, completamente cinza, com aspecto de instituição psiquiátrica, que evidenciava uma verticalização habitual do poder-saber típicos de instituições totais (GOFFMAN, 1974), além do abandono dos mandacarus.

Essa percepção advém de uma inquietação minha no sentido de resgatar a dívida histórica com a loucura, tentando mudar o olhar da sociedade em relação ao “louco”, e finalmente trabalhar em um modelo psicossocial.

Então pensei: o que está faltando aqui é jardim! É fazer crescer uma cerca viva para cima do muro, tornando-o vivo e colorido. Afinal de contas, ali era o CAPS, que segundo Lobosque (2003) é, por excelência, um serviço substitutivo em saúde mental que prima pelo cuidado em liberdade, acolhedor de sujeitos com sofrimento psíquico intenso e condição psicossocial comprometida, propiciando a reinserção social e o exercício pleno da cidadania dos usuários, e não o hospital psiquiátrico.

Procurei a gerente do CAPS e relatei a ela meu incômodo e a minha ideia de fazer um jardim; conseqüentemente, ofereceria aos usuários um curso de jardinagem e paisagismo com certificado ao final. Para minha sorte, ela aquiesceu com a proposta. Eu estava no nono semestre e a intervenção somente teria início no semestre seguinte, quando eu me graduaria.

Simultaneamente, iniciei uma busca na internet para tentar conseguir um profissional de jardinagem em Samambaia, ou seja, no território. Entrei em contato com um jardineiro advindo de um instituto para reinserção social pelo trabalho de ex-

detentos, o qual me respondeu prontamente. Houve uma visita ao CAPS, em que ele interagiu com a gerente e os usuários, apresentando seu trabalho por meio de um portfólio, mas em um segundo momento desistiu de promover o trabalho de forma voluntária.

Todos os dias, para chegar ao CAPS, eu passava em frente a um grande viveiro de plantas localizado na rodovia; então considerei ir até lá. Ao chegar, conheci um jardineiro e, ao contar a minha ideia, convidei-o para conhecer o CAPS. Após a sua visita, fizemos o planejamento do curso a ser ministrado, qual seja, os custos (mão-de-obra e material), a duração (três meses de intervenção), a periodicidade (duas vezes por semana com duas horas-aula) e a certificação (certificados expedidos pelo programa de Economia Solidária).

A Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Parte dessa dotação é repassada para a gerência do CAPS a fim de apoiar projetos internos com usuários e outros fins operacionais (BRASIL, 2011). Para o projeto ora em comento, destinou-se uma parcela tão ínfima que não consegui custear as enxadas que se faziam necessárias, uma vez que o CAPS somente possuía duas.

Eu sabia, portanto, que doravante teria muitos custos. Então abri uma conta corrente e comecei a poupar tudo que conseguia, além de me desfazer de alguns objetos, já que naquele momento eu iria mudar de residência.

Não obstante o projeto de intervenção tenha sido de baixo custo, com vistas a trazer melhorias para os serviços em saúde mental e conseqüentemente beneficiar os usuários, não encontrou recursos necessários para sua consecução, o que aponta para o problema estrutural mais geral de descaso com a saúde mental, no que pertine à falta de recursos para implementar as políticas de desinstitucionalização e ainda para as prioridades deste CAPS em particular.

O tempo foi passando e o meu último semestre da graduação chegou. E com ele, mais expectativas. Lembro-me agora de que eu vivi na primeira semana do curso de jardinagem o que eu não vivi em um mês! Nem acreditava que ele estava acontecendo e a minha empolgação se somava à dos usuários.

Com o decorrer da intervenção, algumas frustrações minaram a minha empolgação inicial.

No início do projeto, a gerente do CAPS designou uma profissional da equipe para me acompanhar durante a atividade. Com o passar do tempo, ao longo dos três meses de duração do curso, me vi conduzindo o grupo sozinha. Senti-me sem o apoio da equipe, no sentido do desinteresse por parte da maioria dos profissionais, especialmente a equipe de enfermagem.

Uma vez que a formação profissional da maioria da equipe daquele CAPS era pautada no modelo biomédico, a ausência daquela profissional pode ter relação com a sua dificuldade em entender o objetivo do trabalho em reabilitação psicossocial, o que pode ser observado na seguinte fala: “hehe, vim parar aqui para trocar a bandeja pela enxada...” (Diário de campo nº 5), e também por sua atitude: chegava no início da aula com seu crachá do GDF à vista, uma prancheta, fazia a chamada dos usuários e adentrava para o interior do CAPS. O serviço burocrático suplantava tanto a convivência com os usuários como o modo desinstitucionalizante de trabalhar.

Estávamos no mês de setembro e eu nem imaginava que a seca naquele ano seria mais prolongada aqui no Distrito Federal. Estavam apenas começando os entraves. O calor era demasiado intenso, com o que alguns usuários faltavam a algumas aulas de maneira alternada. Além disso, a seca não colaborava com a germinação e as nossas produções não cresciam.

Devido ao calor e à seca excessivos, um dia não havia nenhum usuário participante do curso de jardinagem no CAPS no horário inicial da aula; somente meia hora depois chegou um. Eu me senti tão desamparada que naquele dia perdi a noção de continência com os usuários e chorei copiosamente. Nesse momento, uma usuária me abraçou e me devolveu a continência. Percebi o quanto o acolhimento não se traduz em apenas um momento inicial de chegada ao CAPS com uma entrevista, a fim de se traçar um projeto terapêutico pelo profissional que se tornará o terapeuta de referência (TR) para o usuário, conforme orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), mas antes, ele ocorre no dia-a-dia, nos momentos mais inusitados e em uma perspectiva dialética.

Não raras vezes, observei os usuários se vincularem a outros profissionais que terminaram por se tornar TR para eles, não sendo necessariamente aqueles que os acolheram quando da sua chegada ao CAPS. O acolhimento, portanto, não deve ser levado a efeito à semelhança de uma 'triagem', e sim ser tomado por uma abordagem capaz de permear o trabalho em saúde mental com os portadores de sofrimento psíquico intenso.

Com o desenrolar do curso/intervenção, outras dificuldades relacionais com a equipe do CAPS emergiram. Todas as vezes que as aulas tinham início, o portão que dava para o jardim era aberto, mas ao término era trancado, sendo reaberto apenas no próximo dia de aula.

Para que as plantas crescessem era preciso regá-las diariamente, não somente durante os dias das aulas do curso, ou seja, dois dias consecutivos por semana. Os usuários começaram a se queixar de que gostariam que o portão ficasse aberto a fim de que pudessem circular livremente pelas dependências do CAPS e também para que cuidassem do jardim.

Por diversas vezes argumentei com os seguranças, os quais eram responsáveis por todas as chaves dos acessos, que o CAPS estava em pleno horário de funcionamento e que o portão que dá acesso ao jardim deveria ficar permanentemente aberto. Até o final do meu estágio o portão permanecia trancado e uma usuária participante do curso de jardinagem conseguia curiosamente uma passagem para o jardim, mesmo com a resistência do profissional da equipe em deixá-lo aberto, que ela costumava chamar de 'passagem secreta'. Eu nunca soube por onde a usuária passava.

Ante o acima exposto, tem-se que havia uma distância entre o que o serviço público de saúde mental deveria proporcionar aos usuários e o que efetivamente se realizava no CAPS III Samambaia/DF, isto é, o cumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.17), que preconiza que "todas as ações e atividades realizadas no CAPS devem se estruturar de forma a promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana".

Certa feita, a equipe do CAPS se deparou com a ausência de um usuário idoso por duas semanas consecutivas. Antes mesmo que uma visita domiciliar fosse realizada, a usuária previamente mencionada procedeu com tal dispositivo de cuidado e chegou ao CAPS relatando: “estive na casa dele, lavei umas roupas e fiz uma comidinha para ele, (...), eu fiz acolhimento, já ajudei” (Diário de campo nº 6).

Torna-se imperioso notar que a usuária em questão utilizou-se de estratégias facilitadoras (suporte mútuo/recuperação) durante o seu processo de *empowerment*, tanto frente ao seu tratamento quanto com relação ao tratamento do colega usuário, o que restou evidenciado pela sua atitude, condizente com a proposta de Vasconcelos (2003).

Plantar, colher e/ou ver florescer, até o presente momento, não consistia em tarefa fácil. Além de todas as dificuldades climáticas acima expostas, formigas surgiram do lado exterior ao terreno do CAPS, que migraram para o interior do jardim e da horta, alimentando-se das flores e de algumas hortaliças.

Cumprido notar que o CAPS III encontra-se localizado ao lado de um terreno público baldio, cuja manutenção está sob a responsabilidade da administração da cidade de Samambaia/DF. Com a ausência de manutenção os arredores da instituição se tornaram um lixão da construção civil e de dejetos descartados pela comunidade, o que revela mais um descaso do poder público com as propostas estruturantes do que deveria ser um CAPS.

A essa altura, a diminuição da minha resistência à frustração era visível. Indagava-me acerca das minhas expectativas; seriam elas reais ou fantasiosas? Quando me deparei com tal questão, restei desapontada comigo mesma e cheguei até a pensar qual o verdadeiro propósito daquele trabalho. Não conseguia alcançar a sua dimensão.

Reconfortou-me a proposição de Merhy (2004) quando pontua que duvidar das próprias práticas e convicções profissionais é salutar, na medida em que tal atitude levou-me a questionar a intervenção por mim proposta no CAPS, com o fito de cumprir os objetivos antimanicomial para os quais os CAPS foram construídos.

Um episódio chamou-me à razão: ao reclamar de tantas formigas, eis que um usuário disse-me:

“Pra que ralar com as bichinha? Se você pará pra pensá, na vida também é assim. Vêm as formiga da depressão, as formiga da dor, as formiga da tristeza e nós mata elas! Não preocupa, essa flor vai sobreviver, porque do mesmo jeito que nós cuida da gente aqui no CAPS, a gente vai cuidar dela!” (Diário de campo nº 10).

Há de se notar a produção subjetiva deste usuário condizente com os efeitos favoráveis que o trabalho com a jardinagem proporcionava. O usuário demonstrou recuperação/cuidado de si, conforme Vasconcelos (2003), ao lidar com as formigas que atacavam a plantação, ressignificando suas próprias experiências com o sofrimento.

Observei que um usuário que chegou ao CAPS com ideação suicida e com tendência ao isolamento se encontrava socializando melhor com o decorrer da intervenção, senão vejamos: “Eu nem quero mais morrer, agora eu quero viver pra ver nossas flores ficarem bonitas” (Diário de campo nº 10).

Com respaldo na ajuda/suporte mútuo (Vasconcelos, 2003), cumpre dizer que a intervenção proposta por meio do curso de jardinagem se mostrou eficaz para os usuários, mesmo os mais comprometidos puderam se beneficiar em relação às trocas afetivas e interações humanas.

Acompanhei a chegada ao CAPS de uma outra usuária participante do curso de jardinagem, a qual iniciou o tratamento ao término do seu primeiro dia sendo atendida na emergência do Hospital São Vicente de Paula – HSVP, em virtude de uma crise aguda de catatonia. Cumpre ressaltar que, se o CAPS em questão oferecesse atendimento vinte e quatro horas, conforme prescrito na portaria do Ministério da Saúde nº 336/2002 (BRASIL, 2002), a usuária e sua família não necessitariam recorrer à emergência psiquiátrica do HSVP, sobrecarregando a rede SUS, tendo em vista contarmos tão somente com essa única unidade emergencial. Isso sem falar dos efeitos prejudiciais desta situação para o desenvolvimento do seu processo terapêutico, em função da sabida lógica manicomial do referido hospital.

No curso da intervenção da jardinagem no CAPS, pude assistir à gradativa recuperação da usuária mencionada, especialmente revitalizada, ao final do período das aulas, como atesta o seguinte trecho de fala: “Sabe o que a gente faz aqui? A gente está tornando a vida possível (...)” (Diário de campo nº 11).

Ao término do curso/intervenção, a usuária trouxe seu diário com anotações de todas as aulas referentes à descrição dos procedimentos ministrados pelo professor, o qual ela intitulou de 'apostila', que tinha a finalidade de auxiliá-la quando novamente fosse construir um jardim (Diário de campo nº 24).

Acompanhar essa usuária permitiu-me participar de seu processo de ressignificação desde sua chegada ao CAPS até o final da intervenção, com o que posso inferir que ela demonstrou a possibilidade concreta de gerar novos sentidos e objetivos de vida, sustentados em suas capacidades latentes, o que restou evidenciado na sua participação ativa quanto ao cuidado de si e recuperação, além do desejo de reinserir-se socialmente e no mundo do trabalho, conforme tematizado previamente por Vasconcelos, 2003.

O processo do crescimento do jardim representa o liame entre a morte e a vida. Para que o jardim acontecesse foi necessário cavar a terra para fazer a cova, enterrar a semente, regar, suportar os períodos de seca ou o excesso de água, os ventos, as pragas, enfim transpor as barreiras para germinar. Assim como as atividades que devem ser executadas pelo CAPS em favor da promoção de vida das pessoas com sofrimento psíquico intenso, participar da construção de um jardim tornou a vida possível para esta usuária que ao final da intervenção demonstrou a capacidade de se organizar, de planejar e ter metas futuras, o que denota sinal de sanidade.

Um usuário com histórico de inúmeras internações psiquiátricas por se tornar bastante agressivo quando das crises psicóticas, ao participar paulatinamente das atividades do CAPS, além de frequentar o curso/intervenção, apresentou recuperação e cuidado de si por meio de episódios, durante as aulas, em que pôde expressar-se livremente e em convivência social, utilizando-se de enxadadas na terra. Tais episódios mostraram-se como catalisadores capazes de auxiliar na tarefa de cuidados com esse usuário: "(...) eu sinto, eu sinto amor, eu sinto ódio, eu tenho vontade de gritar (...), mas aqui estou bem" (Diário de campo nº 12).

Esse usuário, que tantas vezes foi excluído do convívio familiar e social, por seus rompantes de agressividade em ocasiões de reiteradas crises psicóticas, se mostrou colaborativo durante a atividade em grupo, o que me faz refletir e afirmar que o sujeito não pode ser reduzido aos eventuais momentos de crise. Ele não é a

crise mental, apenas passa por ela. Quanto às formigas, não houve vencedores nem perdedores e sim convivência. Na recuperação, segundo Vasconcelos (2003), o sofrimento psíquico grave e os sintomas não deixam de existir, mas os usuários vão se munindo de estratégias para enfrentar o seu funcionamento.

Por meio das metáforas elaboradas por esses usuários, pude depreender que, da maneira pela qual eles estavam cuidando de si, eu também estava cuidando de mim, à luz de Vasconcelos (2003), por meio da ressignificação daquelas experiências, conferindo novos sentidos a estas e recobrando a própria autoestima.

O muro, para mim, ainda era um obstáculo a ser vencido. Durante uma das aulas, aquela cor cinza incomodou-me tanto, que passei a chutá-lo literalmente, mostrando minha indignação por não conseguir que a cerca viva composta por flores subisse e o colorisse.

Ato contínuo, os usuários, que a tudo assistiam, puseram-se em frente ao muro, lado a lado, um por um, perfazendo assim, uma cerca viva e proferiram:

“Você não queria uma cerca viva? Agora tem!”

“Se a gente tá aqui, não tem mais muro aqui”.

“Essa grama nem existia. Foi a gente que fez esse tapete verde (...). Quem sabe a doutora pode atender a gente aqui?” (referindo-se a consultas psiquiátricas) (Diário de campo nº 13).

Naquele momento, restou claro que tanto a desinstitucionalização quanto o empoderamento são processos que se dão ao longo do tempo e do espaço das experiências pessoais de cada um. Ao ver-me diante dessa vivência, percebi o quanto o fazer estágio no campo da saúde mental naquele CAPS estava sendo extremamente desafiador, pois na medida em que tinha proposto uma atividade com vistas a favorecer a desinstitucionalização do trabalho no serviço, havia necessidade constante de revisar minha própria prática, a fim de romper com o paradigma manicomial (VASCONCELOS, 2007).

O muro mais difícil de desmoronar era o que se encontrava no interior da minha cabeça, e não o muro físico do CAPS. No cotidiano do serviço substitutivo compreendi que o grande incômodo com o muro cinza representava a resistência ao

abandono das práticas manicomiais, tanto por parte de alguns profissionais daquela instituição quanto de própria minha parte.

Tal situação reportou-me ao conceito defendido por Rotelli (1991), o qual preconiza que a desinstitucionalização requer flexibilidade em seu modo de fazer, posto que deve se consubstanciar em um processo dinâmico e permanentemente em transformação com relação aos atores sociais envolvidos.

Embora o CAPS em questão se proponha a ser um dispositivo de cuidado desinstitucionalizante, verifiquei, durante a intervenção proposta, vários resquícios de práticas manicomiais e atinentes ao modelo biomédico, como anteriormente mencionado. Há ainda distância entre o que preconiza a lei quanto ao cumprimento dos objetivos do CAPS e a realidade vivenciada por mim no CAPS III Samambaia-DF.

Nessa esteira, aponta Merhy (2004) vários desafios que podem emergir no cotidiano dos CAPS para a implementação de seus objetivos desinstitucionalizantes, quais sejam, a ausência de supervisões clínicas constantes compostas por espaços de fala e cuidado dos profissionais da área da saúde mental; a falta de formação continuada para a equipe; a exaustão e a ausência de comprometimento com o trabalho. Desafios estes por mim encontrados no CAPS III Samambaia-DF.

A despeito de todas as dificuldades ora relatadas, com a persistência dos usuários em fazer acontecer o jardim e a chegada das chuvas, mesmo esparsas, finalmente começamos a ver as nossas produções crescerem, o que trouxe um grande contentamento a mim e aos usuários, que se evidenciou nestes trechos de fala:

“(...) apesar de tudo, agora a gente tem três jardins!”

“(...) tá vendo? Cuidar do CAPS é cuidar da gente!” (Diário de campo nº 20).

As aulas do curso de jardinagem e paisagismo contemplaram não somente a parte externa do CAPS, mas também a revitalização dos dois jardins de inverno que compõem a parte interna da instituição, os quais estavam abandonados como os mandacarus.

Destarte, o CAPS, ao contrário do hospital psiquiátrico, é um lugar de circularidade de saberes e fazeres, em que preferencialmente trabalha-se em grupos e por meio de atividades diversas e criativas (LOBOSQUE, 2001).

Com a proximidade do final da intervenção, sobreveio parceria entre o Centro Universitário de Brasília – UniCEUB e o programa Economia Solidária e, com esta, a possibilidade de executar projetos de trabalho e geração de renda com os usuários participantes do curso de jardinagem e paisagismo, após a certificação destes.

Então, no dia 17 de maio do presente ano, durante um sarau realizado como parte dos eventos programados para semana da Luta Antimanicomial no CAPS III Samambaia-DF, houve a cerimônia de entrega dos certificados para os 17 usuários, agora jardineiros.

Cumpramos ressaltar que tal parceria veio ao encontro dos objetivos da intervenção proposta, no sentido de promover a reinserção na sociedade tanto por meio da qualificação quanto pela oportunidade do trabalho e da geração de renda, como ressaltava a fala de um usuário: “(...) Então quer dizer que a gente vai poder arranjar um trabalho, ganhar um dinheirinho e ainda trabalhar com os amigos?” (Diário de campo nº 23).

Essa intervenção pode ser analisada pelo prisma de dois conceitos-chave facilitadores do processo de *empowerment* dos usuários, quais sejam, suporte mútuo e transformação do estigma. É suporte mútuo por se apresentar em proposta de trabalho conjunto, qualificado e protegido, além de se constituir em alternativa de projetos de vida. Além disso, também é transformação do estigma por se revelar em estratégia que se perfaz em ação capaz de retirar os usuários do anterior lugar de exclusão social (VASCONCELOS, 2003).

Reverendo toda essa trajetória, posso compreender as palavras da minha professora supervisora de estágio em saúde mental, que dizia que todo trabalho realizado nos CAPS se pretende artesanal e político. Revisando a minha prática nessa intervenção, como não tomar a construção de um jardim como uma tarefa artesanal, até mesmo no sentido literal? Foi uma aposta antecipada na terra, nas variáveis climáticas, nas pessoas e em mim mesma, assim como, conforme já

anteriormente dito na introdução desta monografia, consistiu no compromisso ético-político da psicóloga com relação ao seu fazer psi.

Chegando ao final deste percurso, creio que a psicologia não se realiza apartada da realidade e de tudo que há nela. Trata-se de posicionar-se diante do fenômeno, diante do outro que está diante de nós. É uma convocação.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Meu coração não se cansa de ter esperança de um dia ser tudo o que quer...”

Caetano Veloso

À guisa de tecer algumas considerações finais com relação a esta monografia, retomo o início deste percurso. Por ocasião da realização de estágio específico no campo da saúde mental, foi pensada e proposta uma intervenção com objetivo desinstitucionalizante no CAPS III Samambaia-DF.

Tal escolha se deu em razão do meu desejo de obter experiência profissional em um serviço substitutivo em saúde mental, a partir de uma inquietação pessoal que diz respeito à formação em psicologia de um profissional nos moldes da atenção psicossocial, em oposição às formações que se pautam no modelo biomédico.

Ademais, indagava-me sobre a efetividade do CAPS em cumprir a função desospitalizante frente a uma estratégia de desinstitucionalização, além das dificuldades de se implementar tal proposta no CAPS III Samambaia-DF.

Com este mister, inúmeros desafios se fizeram presentes ao longo de todo o período de duração da intervenção, os quais, pude constatar, estavam em consonância com os desafios encontrados para a consecução dos serviços nos CAPS, de acordo com seus objetivos, no que pertine à desinstitucionalização no seu cotidiano. Tal constatação permitiu asseverar a incongruência entre os discursos emancipatórios legais e a realidade vivenciada no CAPS III Samambaia-DF.

No campo de investigação vivenciado, encontrei dificuldades de diversas ordens, tais como trabalhar em equipe multidisciplinar, lidar com a ausência dos usuários na atividade, o grande desafio de se operar com a transição da mudança do paradigma manicomial para o do tratamento em liberdade, a inadequação de alguns profissionais para o trabalho em saúde mental – vez que eram provenientes da formação pautada no modelo biomédico –, a escassez de recursos financeiros para a realização do projeto, as intempéries do clima, bem como a minha frustração em muitos momentos.

A minha experiência de estágio no CAPS III Samambaia/DF apontou para o que considero um grande desafio para o trabalho no campo da saúde mental, qual seja, a distância entre o CAPS ideal das políticas públicas e a realidade manicomial

do cotidiano do CAPS. Não obstante ser inevitável tal distância, ressalto que as ações e as práticas em saúde mental podem ser capazes de diminuí-la.

Presenciei práticas de verticalização no serviço que se pretende ser feito por meio de práticas horizontalizadas, tais como cerceamento de trânsito livre para os usuários nas dependências do CAPS, não observância da participação do usuário na elaboração do PTS (plano terapêutico singular), ênfase na medicalização como tratamento principal em detrimento ao tratamento multiterapêutico, além do descredito de alguns profissionais com relação a propostas desinstitucionalizantes a serem desenvolvidas junto aos usuários.

Embora os desafios e dificuldades fossem uma constante, como traduzidos pelas falas dos usuários aqui transcritas e pela minha experiência pessoal, a realização da proposta desinstitucionalizante foi levada a efeito como o próprio conceito de desinstitucionalização requer, isto é, que a mesma ocorra por meio de um processo.

A execução de um jardim como intervenção se mostrou pertinente como processo de desinstitucionalizar, visto se tratar de uma construção em que se precisa revirar a terra, adubar, semear, contar com as condições climáticas e outras variáveis adversas (insetos, escassez de chuva e até falta de comprometimento de pessoas como facilitadoras dos cuidados) para germinar, crescer e florescer.

Ao mesmo passo, consistiu a intervenção em uma estratégia que foi elaborada partindo-se dos preceitos da reforma psiquiátrica, em que os usuários buscam o serviço substitutivo para tratamento em liberdade, o qual deve ser capaz de promover a reinserção social, tornando-os cidadãos participativos (LOBOSQUE, 2003).

A promoção da reinserção social encontrou-se diretamente alinhada ao processo de *empowerment*, que se deu tanto de forma individual quanto coletiva e se traduziu no poder e autonomia adquiridos pelos usuários por meio das relações interpessoais e/ou institucionais (VASCONCELOS, 2003).

O fenômeno de empoderamento constituiu-se em uma construção coletiva por meio da estratégia proposta, que permitiu lograr o poder e a autonomia dos sujeitos em meio às relações estabelecidas, como já dito anteriormente, e não se perfez em algo dado ou que se transmitiu de uma pessoa para outra, mas antes foi

conquistado pela experiência vivida durante a intervenção, com a consequente ressignificação de experiências de vida com o transtorno mental por parte dos usuários.

Com efeito, a intervenção proposta enquanto estratégia de investigação no CAPS III Samambaia-DF se mostrou capaz de promover o processo de empoderamento para a maioria dos usuários que dela participaram, uma vez que observei recuperação, cuidado de si, aumento de autoestima, revitalização/confiança, expressão livre e criativa de sentimentos pessoais, criação de vínculos interpessoais e suporte mútuo, bem como a possibilidade de exercer nova profissão e gerar renda.

Os seguintes trechos de falas dos usuários participantes da intervenção ilustram como o processo de empoderamento é experimentado por cada pessoa de forma singular, tanto no nível individual quanto no coletivo:

“(...) estive na casa dele, lavei umas roupas e fiz uma comidinha para ele, (...), eu fiz acolhimento, já ajudei” (Diário de campo nº 6).

“(...) Não preocupa, essa flor vai sobreviver, porque do mesmo jeito que nós cuidamos da gente aqui no CAPS, a gente vai cuidar dela!” (Diário de campo nº 10).

“Eu nem quero mais morrer, agora eu quero viver pra ver nossas flores ficarem bonitas” (Diário de campo nº 10).

“Sabe o que a gente faz aqui? A gente está tornando a vida possível (...).” (Diário de campo nº 11).

“(...) eu sinto, eu sinto amor, eu sinto ódio, eu tenho vontade de gritar (...), mas aqui estou bem” (Diário de campo nº 12).

“(...) Então quer dizer que a gente vai poder arranjar um trabalho, ganhar um dinheirinho e ainda trabalhar com os amigos?” (Diário de campo nº 23).

Durante todos os encontros, quando da realização da atividade, destaco que essa experiência de estágio em saúde mental e o vínculo com o grupo contribuíram para a minha formação profissional sob um olhar atinente ao modo psicossocial, o que restou evidenciado pelo meu envolvimento ao longo de todo o processo da intervenção.

Dentre as contribuições para a minha formação profissional destaco o desenvolvimento de habilidades e competências para além do *setting* terapêutico tradicional, isto é, a clínica dos consultórios de psicologia. Ademais, a clínica a ser realizada nos CAPS deve ser guiada pelo compromisso ético-político que o posicionamento do trabalho em equipe multiprofissional ali realizado com os usuários requer. Tal posicionamento do psicólogo que atua no CAPS deve se dar não somente no nível da escuta psicológica, mas também em consonância com toda e qualquer demanda apresentada pelos portadores de sofrimento psíquico intenso, sobretudo as de caráter social.

Por conseguinte, torna-se imperioso observar que este trabalho monográfico pode contribuir para a formação de outros profissionais que atuem nos CAPSs de forma atenta e comprometida com a tarefa e o dever social de considerar os sujeitos para além do psicodiagnóstico recebido em algum momento de vida, sob pena de imputar-lhes uma carreira psiquiátrica, a qual pode perdurar durante toda a sua existência e despersonalizá-los.

Dessa forma, a proposta pareceu ser eficaz e ter efeitos para além dos muros da instituição, haja vista que o curso oferecido aos usuários lhes permite doravante participar na comunidade como profissionais certificados e ainda capazes de ser geradores de novos sentidos no que pertine aos seus próprios projetos de vida.

Além disso, a busca ativa no território configurou-se como espaço existencial propício para trocas e interações humanas afetivas e intensas entre os usuários, a estagiária, o profissional de jardinagem e paisagismo escolhido e alguns profissionais do CAPS III Samambaia-DF (SANTOS, 2002). Cumpre salientar que tais relações interpessoais favoreceram o processo de empoderamento da maioria dos usuários e da estagiária em questão.

Há de se ter em mente que os atuais desafios constituem-se em pontes para melhoria no serviço substitutivo em saúde mental do CAPS III Samambaia-DF, com a consequente valorização do usuário, sob a perspectiva da singularidade deste e do tratamento em liberdade, o qual encontra arrimo na desinstitucionalização. Nesse sentido, sugere-se a adoção das seguintes estratégias:

- Urgência na implementação, no CAPS III Samambaia-DF, do horário de funcionamento previsto na portaria GM/MS Nº 336/2002, isto é, 24 horas diárias, sete dias por semana, com serviço de emergência psiquiátrica;
- Realização de estudos de perfis dos profissionais para o trabalho no CAPS III Samambaia-DF, visando a qualidade de vida no trabalho e a eficácia no serviço substitutivo, uma vez que se trabalha em equipe multidisciplinar;
- Capacitação continuada dos profissionais em exercício no CAPS III Samambaia-DF, a fim de que as demandas diárias no serviço sejam supridas, com base na proposta de desinstitucionalização;
- Supervisão periódica para os profissionais do CAPS III Samambaia-DF;
- Supervisão da equipe profissional do CAPS III Samambaia-DF com a participação dos estagiários, igualmente de maneira periódica, tendo em vista o aprimoramento do trabalho em conjunto e a formação profissional dos estagiários;
- Oportunização e intensificação de propostas desinstitucionalizantes no CAPS III Samambaia/DF.

Termino esta monografia sem dá-la como encerrada, porque as transformações e inovações em benefício do processo de empoderamento emergem a cada dia e as necessidades psicológicas, sociais e culturais dos usuários também são muito dinâmicas. Contar esta história foi importante na medida em que me permitiu colocar-me no lugar do outro, além de ter suscitado a possibilidade de lançar um novo olhar sobre o fenômeno estudado, em que encontros e desencontros, dificuldades e desafios, alegrias e frustrações fazem parte do processo.

Tantas pessoas e uma história, afinal “somos todos loucos... uns pelos outros!”

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AUGÉ, M. **Não lugares: introdução a uma antropologia de supermodernidades**. 9 ed. Campinas: Papirus, 2012.

BASAGLIA, F. As Instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco. (Org.) **Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 2, 9 abr. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 10 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, II, III, ill e ad II. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 20 fev. 2002. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 247, Seção 1, p. 232-233, 26 dez. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus\\_pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus_pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2015.

FALKEMBACH, E. M. Diário de campo: um instrumento de reflexão. **Contexto e educação**, Ijuí, v. 7, p.19-24, jul./set. 1987.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

GOFFMAN, E. As características das instituições totais. In: GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. p. 13-84.

\_\_\_\_\_. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação Deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A, 1988.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e pesquisas em psicologia UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 281-295, 1º quadrimestre 2010.

LIMA, E. A. Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Coleções IPUB. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. p. 59-81.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

\_\_\_\_\_. **Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MECCA, R. C.; DE CASTRO, E. D. Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 25, abr.-jun. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200012)>. Acesso em: 4 jun. 2015.

MERHY, E. E. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão manicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores**. 2004. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M. S. F.; CAVALCANTI, M. T. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2010.

PADILHA, C. S.; MORAES, R. Franco Rotelli: contribuições para repensar o paradigma psiquiátrico. In: Encontro Nacional dos Residenciais Terapêuticos e do Programa de Volta para Casa. 2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 17-19 abr. 2010. **Posters...** Porto Alegre: UFRGS, 2010. Disponível em:

<[http://www.ufrgs.br/encredenciais2010/programacao/arquivos\\_posters/FRANCO%20ROTELLI%20CONTRIBUICOES%20PARA%20REPENSAR%20O%20PARADIGMA%20PSIQUIATRICO.pdf](http://www.ufrgs.br/encredenciais2010/programacao/arquivos_posters/FRANCO%20ROTELLI%20CONTRIBUICOES%20PARA%20REPENSAR%20O%20PARADIGMA%20PSIQUIATRICO.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2015.

ROSE, N. **Inventando nossos selfs**: psicologia, poder e subjetividade. Petrópolis: Vozes, 2011.

ROTELLI, F. A Lei 180 da Reforma Psiquiátrica: os problemas na sua aplicação. **Divulgação em Saúde para Debate**, [S.l.], v. 4, p. 119-122, jun. 1991.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

SIDRIM, M. I. C. **As Representações Sociais da Reabilitação Psicossocial**: um estudo sobre o CAPS. Curitiba: Juruá, 2010.

SILVA, P. R. F. **Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica**: avaliação de resultados de uma experiência de dispositivos residenciais comunitários. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP, set. 2005. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/searchq=cache:mYul5T\\_CXYMJ:www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4456/2/256.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/searchq=cache:mYul5T_CXYMJ:www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4456/2/256.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 20 set. 2015.

SINGER, P. Economia Solidária (entrevista). **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 22, n. 62, jan.-abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v22n62/a20v2262.pdf>>. Acesso em: 1 maio 2016.

TEIXEIRA, B. S. Construindo (n)a reforma psiquiátrica: um relato de experiência. In: COSTA, I. I; GRIGOLO, T. M. (Org.). **Tecendo redes em saúde mental no cerrado**. Brasília: UnB e Ministério da Saúde, 2009.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão**: *empowerment*, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

\_\_\_\_\_. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em Saúde Mental no Brasil. **Vivência**, [S.l.], v. 32, p. 173-206, 2007.