

**VERENA BELLO RODRIGUES**

**EFEITOS TERAPÊUTICOS DE MEDIADORES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

**VERENA BELLO RODRIGUES**

**EFEITOS TERAPÊUTICOS DE MEDIADORES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília como requisito básico para obtenção do grau de psicólogo. Professora-orientadora: Prof. Dra. Tania Inessa Resende.

VERENA BELLO RODRIGUES

**EFEITOS TERAPÊUTICOS DE MEDIADORES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília como requisito básico para obtenção do grau de psicólogo. Professora-orientadora: Prof. Dra. Tania Inessa Resende.

Brasília, dezembro de 2016

Banca Examinadora:

---

Professora Dra. Tania Inessa Martins de Resende  
Orientadora

---

Professora M.a Morgana de Almeida e Queiróz  
Examinadora

---

Professor M.e Frederico Guilherme Ocampo Abreu  
Examinador

## DEDICATÓRIA

*Àqueles que tiveram suas vozes e vidas silenciadas entre as paredes de manicômios.*

*À minha amada avó Vera Lúcia Araújo de Faria Bello, por sua presença e cuidados fundamentais em minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Pai Eterno e à Sagrada Mãe pela vida e discernimento que me permitiram o cuidado, a entrega, a sensibilidade ao outro e me fortaleceram nesse caminho de formação.

À minha orientadora, Prof. Dra. Tania Inessa Martins de Resende, pelo esmero nas revisões desta obra, pelo carinho e acolhimento das supervisões, por cada ensinamento que norteou minha disponibilidade no acolhimento ao sofrimento do outro e pelo exemplo acadêmico e de vida.

Ao Centro Universitário de Brasília, seu corpo docente, diretivo e técnico-administrativo, pela oportunidade propiciada de me formar em psicologia, pelos seus serviços que possibilitaram meu acesso ao ensino superior com o fornecimento de todos os recursos para bem desenvolver meus estudos e por ter me acolhido também como colaboradora, ensinando-me passos para a excelência no servir.

À Pró-Reitora Acadêmica Elizabeth Regina Lopes Manzur, pelo acolhimento, incentivo e confiança.

A cada um dos professores cujos ensinamentos recebi ao longo da vida, pessoas que mediaram meu contato com o novo, fazendo com que eu estivesse preparada para assumir os próximos passos de minha formação. Desde minha alfabetizadora e avó Vera Lúcia até meus professores de graduação.

Aos meus pais, Veronica Américo dos Reis Przendsiuk e Cicero Przendsiuk, por sempre me apoiarem em meus sonhos, por propiciarem o melhor que podem para meu crescimento pessoal, acadêmico e profissional, pelos conselhos, por acompanharem meus passos e por me ensinarem o valor de primar pela qualidade e ter comprometimento com o que faço. Vocês contribuem na construção de uma sólida base em minha vida, repleta de amor, que certamente se reflete no cuidado que ofereço e virei a oferecer para a sociedade.

À minha avó-mãe e primeira professora, Vera Lúcia Araújo de Faria Bello, por sua presença fundamental em minha vida, pelo exemplo de dedicação, excelência, força e autenticidade, pelo esforço de me educar como aluna e neta-filha, pelo cuidado singular comigo desde sempre, pelo incentivo e pelas conversas que deixam minha vida mais leve.

Ao meu tio, Matheus Bello Bastos, por ser um exemplo para mim desde sempre. Por ter cuidado de mim, me ensinando como o cuidar é oferecer suporte e segurança, é alegre e cheio de risadas, bem como deixa eternas marcas no coração.

Ao meu irmão, Pedro Bello Przendsiuk, pela compreensão, apoio e torcida. Aos 10 anos, me ensina importantes valores nas mais espontâneas conversas.

Ao meu noivo, Marcus Vinicius, pelo apoio, carinho, compreensão, pela presença que me afaga a alma, pelas conversas inspiradoras que partem do interesse genuíno no que venho aprendendo em minha formação e por fazer nascerem em mim mais e mais sonhos.

Às amigas e aos amigos de formação, futuros colegas de profissão, pelo apoio, acolhimento, união, parceria e compartilhamento de experiências que ampliaram meu olhar como cuidadora.

Às amigas Larissa Miranda Rocha Borges, Luisa Torres Marini Ferreira e Luana Montarroyos Brito, por serem eternos portos seguros apesar de todas as mudanças nos caminhos de cada uma. À Juliana Werhli Sena, pelo incentivo, presença, confiança e conversas inspiradoras.

Ao CAPS e às pessoas incríveis que lá conheci e que fizeram parte da minha trajetória no campo da saúde mental. Aos profissionais, pela confiança, pelas trocas e pelo apoio. Aos usuários do serviço e seus familiares, por terem me propiciado profundos aprendizados enquanto recebiam e ofertavam cuidados.

Aos supervisores e extensionistas do PRISME, pelo acolhimento, ensinamentos e por terem sido a porta de entrada para esse campo da saúde mental pelo qual me apaixonei.

A todos os autores cujos escritos engrandeceram esta obra, por terem se engajado no esforço de escrever para propagar o conhecimento e eternizá-lo.

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo refletir sobre a presença e os efeitos terapêuticos de mediadores a partir do dispositivo clínico da convivência em um Centro de Atenção Psicossocial que compõe a rede de saúde mental no Distrito Federal. Foi reconhecido como os mediadores são potenciais dispositivos para auxiliar no compartilhamento de experiências entre sujeitos e ampliar possibilidades de escuta diferenciada por parte dos profissionais de saúde mental. Parte-se de um referencial teórico que contempla aspectos relevantes na construção de conhecimentos sobre saúde mental. O primeiro capítulo contextualiza historicamente os princípios desse campo até a atual Política Nacional de Saúde mental. É abordada também a trajetória da assistência psiquiátrica e suas implicações que culminaram na visão de desinstitucionalização e na reforma psiquiátrica brasileira. O capítulo dois é uma apresentação do Centro de Atenção Psicossocial como parte da construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, de forma que se discute também sobre a clínica da reforma – clínica ampliada – e as perspectivas de reabilitação psicossocial. O capítulo seguinte é uma discussão sobre a convivência como um potencial dispositivo para o cuidado por suas características tão avessas à lógica disciplinadora, trazendo uma nova perspectiva de abertura e liberdade em saúde mental. O capítulo quatro é uma reflexão acerca da experiência da autora desse trabalho como extensionista/estagiária participante da Atividade de Convivência e do Grupo de Convivência no cotidiano do CAPS. A partir de uma análise reflexiva desta experiência, documentada por meio de diários de campo, foi possível pensar sobre o papel dos mediadores e suas potencialidades terapêuticas ao permitir trocas genuínas e novas formas de cuidar. No desenvolvimento deste estudo foi evidenciado que, a partir dos mediadores, ocorrem o estreitamento de vínculos, o acolhimento ao espontâneo e ao sofrimento, o surgimento de lembranças e histórias de vida, o reconhecimento e respeito às particularidades e formas de expressar de cada um, a transformação do “estado bruto” do sofrimento em um estado inscrito nas vias da expressão, um melhor entendimento sobre o sujeito a partir da “escuta” sensível ao que ele faz/cria e o cuidado sob medida para cada um.

**Palavras-chave:** Mediadores, Convivência, Saúde Mental, CAPS, Dispositivo Clínico.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>DESENVOLVIMENTO</b> .....	<b>18</b>
<b>1. A INSTITUIÇÃO PSQUIÁTRICA E A CONCEPÇÃO DA LOUCURA PELA SOCIEDADE</b> .....	<b>18</b>
1.1 Concepções da loucura .....	18
1.2 A instituição psiquiátrica .....	19
1.3 A Reforma Psiquiátrica e o movimento de desinstitucionalização .....	23
<b>2. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) COMO UM NOVO DISPOSITIVO</b> .....	<b>27</b>
2.1 A clínica ampliada .....	29
2.2 Reabilitação psicossocial como ampliação de possibilidades .....	32
<b>3. CONVIVER: LUGAR, ESPAÇO E TEMPO DE EXISTÊNCIA</b> .....	<b>37</b>
3.1 Mediadores como dispositivos em saúde mental .....	40
3.1.1 <i>O fazer e o criar</i> como mediação .....	41
3.1.2 <i>Objeto/material</i> mediador .....	44
3.1.3 <i>A instituição</i> e o <i>cuidador</i> no lugar de mediação .....	45
<b>4. REFLEXÃO A PARTIR DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS: EFEITOS TERAPÊUTICOS DE MEDIADORES NA CONVIVÊNCIA</b> .....	<b>47</b>
4.1 Contextualização sócio-histórica .....	49
4.2 Análise discursiva .....	53
4.2.1 Atividade de convivência .....	53
a) Caracterização .....	53
b) Modos de aproximação .....	55
c) Dimensões do cuidar .....	60
4.2.2 Grupo de convivência .....	65
1) Modo de funcionamento do grupo .....	66
2) Respeito à alteridade, visando construir uma convivência fraterna .....	71
3) Estabelecimento de relações horizontais, visando a convivência igualitária .....	75
4.2.3 Mediadores e seus efeitos terapêuticos .....	77
4.3 (Re)interpretação .....	90
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>97</b>

## INTRODUÇÃO

O fazer e criar humano podem representar a relação do sujeito com seu meio, sua percepção diante do mundo e de si mesmo. Sob uma ótica psicanalítica, o fazer e criar têm um caráter de sublimação, que possibilita “formar novas conexões e ampliar a experiência individual em todos os campos da vida” (FONSECA, 2010, p. 69). A sublimação seria um processo de desenvolvimento em que, segundo Freud (1910a), a energia dos desejos não se anula, mas continua aproveitável, “substituindo-se o alvo de algumas tendências por outro mais elevados, quiçá não mais de ordem sexual” (FREUD, 1910a, p.59). Mezan (2003) reconhece que a sublimação representa a principal alternativa à repressão, “canalizando porções consideráveis da libido para objetivos socialmente mais produtivos” (p.179). Dessa forma, evidencia-se que o criar e o fazer humano são vias saudáveis do desenvolvimento psíquico.

No campo da saúde mental, profissionais se deparam com sujeitos cujas histórias são repletas de violações de direitos, rotulações, preconceitos, coerções e cerceamentos de liberdade. Alguns usuários no campo da saúde mental, munidos de uma série de resistências decorrentes dessas experiências invasivas e desrespeitosas, apresentam dificuldade para estabelecer relações de confiança com os profissionais da saúde mental. A comunicação e a convivência, que são dispositivos extremamente importantes para a inserção desses sujeitos no meio social, podem ficar, portanto, comprometidas no contato com sujeitos que buscam ou são encaminhados para a rede de cuidados no campo da saúde mental.

Existem, por outro lado, formas de estabelecer uma comunicação e relação entre pessoas que não passam pela lógica do discurso exclusivamente verbal. No contexto terapêutico, essas formas podem ser através de mediadores, como aponta Palombini (2004 *apud* RESENDE 2015), que consistem em objetos (rádio, violão, televisão, revistas, entre outros) amplamente utilizados por acompanhantes terapêuticos e que funcionam como uma ligação a uma outra ordem discursiva. A presente pesquisa propõe-se a identificar em que medida esses recursos (que são tão diversos quanto as representações de mundo existentes) podem auxiliar no compartilhamento de experiências entre sujeitos no campo de saúde mental.

O campo da saúde mental oferece uma rede de dispositivos onde as pessoas são reinscridas no espaço social, o que permite a realização de diversos encontros ricos e cheios de possibilidades. Acredito que esse é um campo ideal para a investigação das possíveis experiências envolvendo mediadores, visto que atualmente os dispositivos da rede de apoio da saúde mental funcionam guiados pelo movimento de desinstitucionalização, voltado para a emancipação e a autonomia do usuário em suas atividades na rede. Nessa perspectiva, trata-se de “retirar a clínica da Saúde mental de sua tradicional função de controle social, feita em nome de ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho da autonomia e independência das pessoas” (LOBOSQUE, 2003, p. 20). Pensa-se aqui nos mediadores como dispositivos inerentes e fundamentais ao trabalho em saúde mental já que, por definição, o *mediador* serve como *intermediário* e como *elo* (HOUAISS, 2001) entre coisas, pessoas, instituições, entre outros.

Como parte da construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar surgiram os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS estão organizados nas modalidades de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS ad III e CAPSi. De acordo com o Ministério da Saúde (2015), os CAPS I e II “atendem prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes” (p. 18), bem como atendem situações clínicas que impossibilitem o estabelecimento de laços sociais e a realização de projetos de vida. O CAPS III oferece um serviço para acolher também pessoas em intenso sofrimento psíquico, com o diferencial de ser um serviço oferecido por 24 horas, “ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno” (p. 18). O CAPS ad atende pessoas que “apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida” (p. 19). O CAPS ad III realiza um atendimento para o mesmo público do CAPS ad, com o diferencial de ser um serviço que funciona por 24 horas. O CAPSi, por sua vez, presta atendimento a crianças e adolescentes que “apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes” (p. 21). Os serviços dos CAPS em geral são voltados, portanto, para pessoas que vivenciam situações que dificultam o estabelecimento de laços sociais e a realização de projetos de vida.

Os CAPS surgiram com a intenção de corresponder às políticas de saúde mental decorrentes da reforma, bem como ao SUS – Sistema Único de Saúde -, “formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social,

exercido através dos ‘Conselhos Comunitários de Saúde’” (BRASIL, 2005, p. 7). O surgimento do primeiro CAPS no Brasil se deu na cidade de São Paulo, em 1987. Com valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, é o surgimento desse dispositivo que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país (BRASIL, 2005). “O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários” (BRASIL, 2004, p.13), o que se dá pelo acesso às diversas esferas da vida, a saber: trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), os CAPS deverão inserir socialmente pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, regular a porta de entrada da rede de assistência e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Esses dispositivos são, portanto, articuladores estratégicos da rede e da política de saúde mental em seus territórios. Nos anos seguintes ao surgimento do primeiro CAPS no Brasil, foram implementados outros em vários municípios do país, consolidando-se como dispositivos estratégicos na superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica e na “criação de um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento” (BRASIL, 2015, p.10).

A presente pesquisa foi desenvolvida em um CAPS II do DF, mais especificamente em uma de suas atividades, denominada grupo de convivência. Nesse grupo o sujeito pode estar presente e participar como lhe for pertinente. Resende (2015) aponta que a proposta do grupo é de que, através da convivência, o dispositivo terapêutico clássico seja modificado, “visando produzir processos de subjetivação que respeitem o modo próprio de simbolização e de experiência de cada um em relações mais horizontalizadas” (p. 32). Essa concepção objetiva o surgimento do outro em sua irredutível alteridade, o que possibilita trocas enriquecedoras entre os agentes participantes. González Rey (2007) considera que a emergência do sujeito no espaço social já se configura como elemento constituinte desse espaço, sendo gerador de novos sentidos subjetivos que são parte inseparável da produção subjetiva desse espaço. O autor pontua, ainda, que a posição do sujeito em sua atividade “sempre levará a um posicionamento reflexivo e criativo, comprometido com a produção de sentidos subjetivos” (p. 145), o que acarreta no envolvimento da pessoa com a atividade desenvolvida. Essa seria, portanto, uma via para que a pessoa se torne sujeito de sua experiência, produzindo novos sentidos alternativos àqueles que foram comprometidos com seu sofrimento.

Nesse sentido, a proposta deste trabalho de identificar os efeitos terapêuticos dos mediadores e meu interesse em estudar no campo de saúde mental vem da minha experiência no grupo de convivência em um CAPS II do DF, que foi possível pela minha participação no Projeto Interdisciplinar de Saúde mental (PRISME) desenvolvido no Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Esse projeto de extensão tem como objetivo promover a interdisciplinaridade na prática de professores e alunos dos cursos de graduação em Direito, Educação Física, Psicologia e Enfermagem nos serviços de saúde mental do Distrito Federal.

Com minha participação no PRISME, tenho tido contato com o grupo de convivência que revelou ser uma vivência extremamente rica para todos os participantes, incluindo a mim. O grupo surgiu com a constatação de que os CAPS estavam se tornando burocratizados, com ações que “privilegiavam o modelo clínico tradicional, priorizando os atendimentos individuais, com o foco no sintoma, o que nos remete a uma organização de um modelo sintomatológico/biomédico” (GABRIEL, 2015, p.46). De fato, a proposta da convivência caminha para algo muito diferente de um direcionamento por parte dos profissionais envolvidos no CAPS. Foi nesse grupo que aprendi uma nova forma de cuidado: o silenciar-se para que o outro surja. Essa forma é compreendida por Resende (2015, p.83) como uma dimensão do cuidado – o deixar ser – que envolve o “silenciar (a si mesmo, o que não significa em absoluto desinteresse em relação ao outro) para abrir tempo e espaço para que o outro possa emergir em sua especificidade e potencialidade”. O *deixar ser* precisa estar em diálogo com as outras dimensões, mantendo-se em uma relação suplementar no cuidado com o outro.

Resende (2015) discorre que *estar com*, *fazer junto* e *deixar ser* são dimensões do cuidar, bem como demonstram a disponibilidade afetiva do sujeito no encontro com o outro. Portanto, a real disponibilidade afetiva está na via contrária da rotulação ou atribuição de significados ao estado mental do outro. Nesse sentido, Winnicott (1975) explicita que talvez seja necessário aceitar que alguns pacientes precisam que o terapeuta observe a desordem própria ao estado mental do indivíduo, sem que o paciente tenha necessidade de organizá-la. O autor pontua, ainda, que “o absurdo organizado constitui uma defesa, tal como o caos organizado é uma negação do caos” (WINNICOTT, 1975, p. 82). O terapeuta que empenha-se numa tentativa vã de organizar o absurdo sem conseguir receber essa comunicação do paciente tem como consequência a desesperança do último de comunicar-se por não sentir-se compreendido. González Rey (2007), a partir de uma outra abordagem, ressalta, nesse sentido, a importância da produção de sentidos subjetivos associados com a ação do sujeito,

superando rotinas que se desenvolvem em seu comportamento orientadas a objetivos definidos por outros, podendo esses serem pessoas, grupos ou instituições. Ficar à mercê dessas condições definidas verticalmente gera, portanto, uma perda na participação do sujeito no que diz respeito à possibilidade de produção de sentidos subjetivos que têm relação com diferentes aspectos de sua própria vida.

Além de um aprendizado constante para me abster diante do discurso do outro para realmente ouvi-lo, percebo que as experiências vividas no grupo de convivência têm me proporcionado autoconhecimento e mudanças concretas na maneira de me relacionar com as pessoas. Jervis (2001, p. 257) reconhece que “não há necessidade de temer que reconheçamos a existência de um terreno no qual entram em jogo dinâmicas psicológicas inteiramente particulares”. Me encantou o campo de saúde mental pois a cada encontro e a cada aprendizado adquirido pelos momentos de supervisão e troca no PRISME eu me transformo como pessoa e futura profissional da psicologia.

No grupo de convivência são disponibilizadas diversas possibilidades de atividades para os usuários participarem como quiserem. A intenção é de promover um encontro sem uma atividade programada e agendada, mas essencialmente como um momento de atenção e disponibilidade de cuidado que se faz sob medida. Os materiais disponibilizados no encontro possibilitam formas de expressão diferenciadas, sendo que a participação nas atividades ocorre de acordo com o desejo e o modo particular de cada um. Ao mesmo tempo, a escolha dos materiais e atividades a serem disponibilizadas é feita no coletivo, de forma a respeitar as opiniões dos sujeitos participantes. Delion (1984 *apud* RESENDE, 2015) considera que o uso desses objetos e atividades (mediadores) favorecem o surgimento da interlocução entre os cuidadores e os pacientes. Além disso, pontua que o objeto para funcionar como mediador não é um mero acaso, mas deve estar articulado com a história do sujeito. Nesse sentido, McLuhan (1964 *apud* LUIZ, 2013, p.40) reconhece que no processo de identificação humana “o homem se fascina por qualquer extensão de si mesmo em qualquer material que não seja o dele”.

Tive a oportunidade de perceber, no contato com usuários, a pertinência do uso de mediadores, bem como reconheci que a possibilidade de comunicação com o sujeito através e/ou com o auxílio de um mediador se dá quando esse objeto ou atividade se relaciona com sua história, experiências vividas recentemente ou até mesmo com seus sentimentos. Como exemplo, em um dos encontros de convivência uma usuária estava pintando e me aproximei para saber como ela estava. “Bem”, respondeu ela com um sorriso. Reparei que a imagem que

ela pintava tinha dois personagens: um com semblante alegre e outro triste. Perguntei, então, com qual personagem ela mais se identificava, e ela apontou para o personagem triste. Então eu disse: “ela (personagem) me parece tão triste! Você se sente assim?” e ela respondeu: “me sinto muito triste...”, e continuou “é muito ruim ficar em casa o tempo todo sem nada para fazer. Meu pai trabalha e fico com minha mãe em casa, as duas sozinhas e tristes”. A partir daí conversamos sobre sua família, atividades que costuma fazer e lugares em que ela gostaria de estar. Me dei conta de como a imagem foi importante para que ela dissesse como realmente se sentia, já que de início ela me contou que estava bem. A presente pesquisa é, portanto, um esforço para a ampliação das possibilidades de escuta por parte dos profissionais de saúde mental, compreendendo os mediadores como potenciais dispositivos para uma escuta diferenciada.

O estudo que proponho desenvolver traz uma contribuição clínica, no que tange a investigação de uma forma de comunicação alternativa e complementar à fala (principal recurso em psicoterapias/ análises). Nesse sentido, como Winnicott (1975, p.80) pontua sobre o brincar (que pode ser compreendido como *fazer*, independente da faixa etária do sujeito, de acordo com o autor): “(o brincar) pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia (...) é somente nele que o indivíduo pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é só sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*)”.

O aspecto social e político da pesquisa é contemplado na medida em que a prática do grupo de convivência está alinhada às políticas de saúde mental decorrentes do movimento da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização. A exemplo da experiência de desinstitucionalização em psiquiatria na Itália idealizada por Franco Basaglia, Rotelli, Leonardis & Diana (2001) entendem esse processo social como sendo complexo, “que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos” (ROTELLI *et al*, 2001, p. 18), ou seja, uma experiência transformadora das relações de poder e produtora de estruturas de Saúde mental que substituam inteiramente a internação em Hospitais Psiquiátricos. Os autores consideram que a visão da desinstitucionalização proposta pela Lei da Reforma italiana engloba um processo social que continua através de sua implementação. Acioly (2009) aponta que em meio à efervescência de vários movimentos sociais e com principal influência da experiência italiana da reforma psiquiátrica, o Brasil também avançou nesse movimento sob o lema *por uma sociedade sem manicômios*.

A desinstitucionalização seria, portanto, “um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e

remontar) o problema” (ROTELLI *et al*, 2001, p. 29). Os autores consideram que o modo como as pessoas são tratadas (ou não tratadas) é transformado para transformar o seu sofrimento. Discorrem, ainda, sobre o fato de que a terapia não é mais entendida como perseguição de uma suposta solução/cura, mas como um conjunto cotidiano e complexo de estratégias que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. A instituição manicomial, nessa nova acepção, “é o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto ‘doença’” (ROTELLI *et al*, 2001, p. 30). Segundo os autores, a desinstitucionalização percorreria um processo crítico-prático para reorientação de todos os elementos que constituem a instituição: a ênfase não seria mais no processo de “cura”, mas sim no projeto de “reprodução social do paciente”, de produção de vida, de sentido de sociabilidade e a utilização das formas de convivência dispersa. Uma riqueza infinita de papéis sociais possíveis é utilizada, mas é imprescindível promover ativamente estas possibilidades junto a todos os sujeitos como atores da mudança: os pacientes, a comunidade local, a opinião pública, os sujeitos políticos institucionais e não institucionais. A mudança das estruturas, dos sujeitos e de suas culturas só podem acontecer conjuntamente (ROTELLI *et al*, 2001).

O presente estudo faz uma análise dos possíveis e potenciais efeitos terapêuticos de mediadores no campo da saúde mental, mais especificamente em um grupo de convivência. A análise será uma reflexão em diálogo com a literatura, a partir da minha experiência como extensionista, com a utilização de Diários de Campo escritos pela própria autora para documentar as experiências vivenciadas na participação nos encontros de convivência. Como sugere Demo (1941), procurar-se-á promover um “vaivém criativo entre teoria e prática” (p.47), ou seja, juntamente a um processo participativo, surgirão novas formas de conhecimento obtidas da experiência, da prática e da sabedoria, sem com isso desprezar a boa teoria. Portanto, não será feita uma pesquisa direta com sujeitos, não se configurando como um estudo de caso, mas sim uma reflexão da experiência da autora.

Como objetivo desse trabalho está a identificação dos possíveis efeitos terapêuticos do uso de mediadores no campo de saúde mental, que abrange objetivos específicos, a saber: o reconhecimento de como mediadores podem auxiliar no compartilhamento de experiências entre sujeitos no campo de saúde mental e a ampliação de possibilidades de escuta diferenciada por parte dos profissionais de saúde mental, compreendendo os mediadores como um dos potenciais dispositivos para tal.

Portanto, compreendendo os mediadores como potenciais dispositivos para uma escuta diferenciada, a presente pesquisa visa ser um esforço científico para a ampliação das possibilidades de escuta por parte dos profissionais de saúde mental. Além disso, a investigação de uma forma de comunicação alternativa e complementar à fala, que é o principal recurso em psicoterapias e análises, pode vir a agregar na prática clínica de profissionais da psicologia. Tendo em vista as transversalidades sociais e políticas presentes nos atuais dispositivos da rede de Saúde mental, decorrentes de um movimento histórico que culminou na visão de desinstitucionalização, esta pesquisa é de importante relevância na medida em que pode contribuir com reflexões sobre esse renovado campo da Saúde mental. A revisão literária, que permite o diálogo com a experiência de uma agente participante do grupo de convivência (no caso, a aluna de psicologia), tem ainda um potencial de propagar conhecimentos acerca dessa temática da saúde mental, ainda alvo de estereótipos e preconceitos. Portanto, compreendendo que faz parte do processo social de desinstitucionalização a pesquisa e propagação dos conhecimentos no campo da Saúde mental, este trabalho pretende ser um esforço nesse sentido.

No capítulo um será feita uma contextualização histórica dos princípios do campo desta pesquisa até a atual Política Nacional de Saúde mental. Será exposta brevemente, nesse mesmo capítulo, a trajetória da assistência psiquiátrica e suas implicações que culminaram na reforma psiquiátrica brasileira e na visão de desinstitucionalização, para uma melhor compreensão de como o campo de saúde mental se constituiu no Brasil.

No capítulo dois, apresento o Centro de Atenção Psicossocial como parte da construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, que envolve uma discussão sobre a clínica da reforma – clínica ampliada – e as perspectivas de reabilitação psicossocial, questões transversais à prática dos profissionais de saúde e norteadoras do cuidado.

No capítulo três, será feita uma discussão na perspectiva da convivência como um potencial dispositivo para o cuidado por suas características tão avessas à lógica disciplinadora, trazendo uma nova perspectiva de abertura e liberdade em saúde mental. A noção dos mediadores e suas diversas formas também terá lugar nesse capítulo, sendo esses compreendidos como inerentes à convivência e ao contexto psicossocial.

No capítulo quatro, darei lugar à discussão reflexiva a que se propõe este trabalho, a partir do método da hermenêutica de profundidade proposto por Thompson (1995 *apud*

DEMO, 2006). Nesse momento será feita uma explanação sobre a perspectiva sócio-histórica que contextualiza o campo do presente trabalho, bem como será feito um diálogo entre os relatos documentados em diários de campo com o que é trazido pela literatura, promovendo uma análise discursiva. Por fim, farei uma (re)interpretação a partir dos aspectos relevantes que foram percebidos na construção das análises anteriores.

## DESENVOLVIMENTO

### 1. A INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA E A CONCEPÇÃO DA LOUCURA PELA SOCIEDADE

“A patologia não é uma estrutura intrapsíquica individual, mas uma configuração subjetiva que é uma verdadeira produção sobre a experiência vivida”

*(Fernando González Rey, 2007, p.164)*

Analisando a estrutura da assistência psiquiátrica em uma perspectiva da opinião comum, das leis estatais e seus regulamentos, é possível perceber que “a função constitutiva de hospitais psiquiátricos não é primariamente terapêutica, mas repressiva” (JERVIS, 2001, p.255). Os manicômios se ocupam, portanto, em defender os cidadãos de sujeitos cujo comportamento é considerado desviado ou perigoso. Os médicos estabelecem que tal desvio é doença, logo esses sujeitos são segregados. A legitimação desse sistema de domínio se pauta em um contexto cultural e político mais amplo, permeado de estereótipos dominantes da loucura que se apresentam institucionalizados nas atitudes que encorajam e sancionam o poder social (autoridade civil) e o poder médico (JERVIS, 2001). Basaglia (2001) considera que o que caracteriza as instituições é a divisão nítida entre os que detêm o poder e os que não detêm, o que se transforma em exclusão desses por aqueles. Pontua, ainda, que “a violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade” (p. 101).

#### 1.1 Concepções da loucura

Ornellas (1997) levanta que a forma como a loucura é percebida, experimentada e reconhecida em cada momento histórico é elemento significativo na compreensão de como foram construídos as práticas e os discursos que a colocam ora na instância jurídica, ora na filosófica e, por fim, na médica. Foucault (2002) já dizia que “a loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam” (p. 163). O autor relata que na Idade Média, na Europa,

“a existência dos loucos era admitida [...] era-lhes permitido vagar aqui e ali” (p. 261). Era permitida a existência dos loucos em meio à sociedade. Aproximadamente a partir do século XVII, com o surgimento da sociedade industrial e em função de suas exigências, “a existência de tais pessoas não foi mais tolerada [...] criaram-se, quase simultaneamente, na França e na Inglaterra, grandes estabelecimentos para interná-los” (p. 261). Nesses estabelecimentos eram colocados também os desempregados, doentes, velhos, em suma, “todos aqueles que se encontravam fora da ordem social” (p.265). Foucault (2002) aponta, ainda, que “tanto na sociedade primitiva quanto na moderna, tanto na Idade Média quanto no século XX, o que se poderia chamar de um *status* universal foi conferido aos loucos” (p. 262). A única diferença seria que, do século XVII ao XIX, o direito de exigir uma internação cabia à família. No entanto, a partir do século XIX, “essa prerrogativa familiar se perdeu progressivamente e foi concedida aos médicos” (p.262).

Segundo Ornellas (1997) e Foucault (2002), o século XIX marca o momento em que a loucura integra-se no campo da medicina – uma medicina especial – a psiquiatria. Tendo a psiquiatria se constituído como um saber médico sobre a loucura, essa passou a ser considerada doença. Até esse momento, “a humanidade convivia com a loucura, explicando-a, aceitando-a ou punindo-a sem, no entanto, inseri-la, especificamente, em alguma de suas práticas de cuidado e intervenção” (ORNELLAS, 1997, p. 85). Foucault (2002) discorre sobre como o desenvolvimento da indústria no século XIX influenciou no movimento de diferenciação daqueles mantidos em estabelecimentos de internação. Aqueles que eram capazes de trabalhar saíram dos estabelecimentos para servir à indústria, enquanto os que não tinham a possibilidade de trabalhar, entende-se, os loucos, continuaram internados, mas em um novo estabelecimento. Dessa forma, “o que foi até então um estabelecimento de internação tornou-se um hospital psiquiátrico” (p. 266). Nessa transição do hospital geral para o hospital psiquiátrico, eles passaram a ser considerados como portadores de distúrbios de natureza psicológica. Percebe-se como esse movimento está transpassado de razões econômicas e sociais, já que “foi assim que uma entidade chamada de doença mental foi descoberta e desenvolvida” (p. 266).

## 1.2 A instituição psiquiátrica

Ornellas (1997) pontua que “a constituição da psiquiatria transforma a loucura em fenômeno patológico, embora diferente: objeto ambíguo de cuidados, com raízes na instância jurídica, que exige um tipo diferente de medicina para trata-lo” (p. 85). Já a medicina, como instituição, com seus saberes e práticas que se propõem a curar (ou tratar) as doenças, é anterior à essa constituição. No caso, era preciso estabelecer a quem caberia cuidar dos loucos. Se à medicina, porque suas condutas desviantes são decorrentes de um fenômeno patológico, ou à instituição jurídica, porque suas condutas são desafios aos preceitos estabelecidos. “Ganhou a medicina, ganharam os loucos [...] embora muitas das formas de tratamento médico fossem, explicitamente, repressivas e punitivas” (p.85). No entanto, não seriam mais punidos como criminosos.

Pinel foi o responsável por “humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais nos quais os loucos se encontravam recolhidos, junto com outros marginalizados da sociedade” (TENÓRIO, 2001, p. 20). De acordo com Tenório (2001), o gesto pineliano tratou de “desacorrentar os loucos para implementar ‘meios completamente diferentes’” (p. 20). Segundo Foucault (2002), isso teria ocorrido no final do século XVIII, na França (no cerne da Revolução Francesa), com a abertura de um hospital psiquiátrico. Como visto em Ornellas (1997), os loucos foram qualificados não mais como criminosos, mas como doentes. Foucault (2002), sob outra ótica, defende que não é verdade a afirmativa de que os loucos eram considerados criminosos antes da Revolução, e sim eram marginalizados como outros membros da sociedade que não trabalhavam. O que Pinel liberou “não eram senão os enfermos, velhos, ociosos e prostitutas: ele deixou os loucos dentro dos estabelecimentos” (FOUCAULT, 2002, p. 266).

Foucault (1972) afirma ser impossível saber ao certo o que Pinel tinha a intenção de fazer com seu gesto de libertar os loucos, que foi marcado pela ambiguidade de a loucura ganhar em precisão nos esquemas médicos, mas perder em “vigor na percepção concreta” (p. 513). O hospital psiquiátrico, instituição asilar, lugar onde a loucura deve encontrar sua verdade, “não mais permite distingui-la daquilo que não é sua verdade” (idem). Essa objetividade à qual a loucura fora submetida, gesto que a libertou para verifica-la, é ao mesmo tempo a constituição de um domínio “onde a loucura deve aparecer numa verdade pura” (idem), perspectiva que “a oculta em todas as formas concretas da razão” (p. 514). Trata-se, portanto, de um silenciamento da loucura, momento em que eles “adquirem a humanidade perdida” (FOUCAULT, 1987 *apud* ORNELLAS 1997, p. 102). “Coagido a um espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedades são a regra, o homem, seja qual for o seu estado

mental, se objetiviza gradualmente nas leis do internamento, identificando-se com elas” (BASAGLIA, 2001, p. 120).

Para Basaglia (2001), a finalidade terapêutica da instituição psiquiátrica torna-se ambígua diante da sua referência a um *corpo doente*, de forma que esse sujeito incorpora a imagem de si que a instituição lhe impõe. “Através da imposição do corpo único, sem problemas e contradições da instituição, nega-se o internado, concreta e explicitamente, a possibilidade de reconstruir-se um *corpo próprio* capaz de dialetizar o mundo” (p. 122). Ongaro (2001) corrobora com essa concepção de que o internado, como uma forma de escapar à angústia e aos “problemas de uma existência objetivada” (p. 277), tende a aumentar o nível de regressão que a doença produz.

Rinaldi & Bursztyn (2008) reconhecem que o discurso médico ocupa um lugar determinante na vida do homem moderno, “pois fundado na ciência, promete a saúde como forma de salvação ainda que reconheça o inevitável da morte. A doença é abordada de forma dissociada da existência do sujeito como um conjunto de sintomas e signos a ser decifrado pelo saber médico” (p. 34). Os autores pontuam que essa dissociação é evidente também na medicina especial (psiquiatria), “que transforma a loucura em objeto de uma terapêutica, separando-a do homem, seja para relegá-la ao universo da desrazão, seja para reduzi-la a um distúrbio orgânico” (p. 34). A posição histórico-cultural proposta por González Rey (2007) nos coloca também o “aspecto simbólico discursivo do *patológico*” (p. 154, grifo nosso), já que está implicada uma dimensão cultural e social nos fenômenos que historicamente são naturalizados. O autor nos coloca que a naturalização é um processo de reconhecer a “natureza real” (idem) da questão em seu rótulo, o que leva à universalização de condições que definem práticas sociais “despersonalizadas com relação ao *problema*, perdendo de vista o sujeito que o expressa e os contextos e práticas sociais em que se gera” (p. 155). Essas práticas, por sua vez, se sustentam no preconceito e na exclusão. Nessa ampla discussão, González Rey (2007) corrobora com as críticas à objetivação de experiências da loucura, relatando que a questão do manicômio como ideologia se sustenta também na “conversão da pessoa em objeto, objeto sem identidade, que somente passava a ser identificado pelo conceito que o classifica em uma categoria universal, portadora do estigma da anormalidade” (p. 155).

Jervis (2001) discorre que o próprio posicionamento estereotipado da sociedade em relação à loucura e à reiteração do sistema manicomial se mostra como uma necessidade de tornar clara e distinta a categoria de comportamentos anormais. Os confins da normalidade são definidos no momento em que os ‘doidos’ acabam dentro dos hospitais e, no outro lado,

premiam-se as pessoas de comportamento ‘aceitável’. Foucault (2002) avalia que o louco é aquele excluído dos domínios da atividade humana socialmente valorizados, a saber: o trabalho, a reprodução na sociedade, a linguagem e atividades lúdicas como jogos e festas. Sabe-se que em todas as sociedades existem pessoas cujos comportamentos diferem dos das outras, escapando às convenções definidas nesses quatro domínios - esses seriam os marginais, segundo Foucault (2002), enquanto os loucos são excluídos de todos esses domínios.

Jervis (2001) reconhece que o comportamento ‘são’ é uma frágil conquista nos confrontos da desordem psíquica e todos nós sentimos isso obscuramente. A desordem psíquica está muito próxima, porém encoberta e sempre reprimida. A ‘normalidade’ do indivíduo é confirmada por uma máscara inumana que ele atribui ao louco: “recusando de reconhecer-se neste último, ele aceita de bom grado a inumanidade de sua subordinação” (JERVIS, 2001, p. 258). Figueiredo (2007) corrobora com essa concepção reconhecendo que o existir humano passa longe do que é perfeito, estável e permanente, sendo a *desproporção* parte essencial de sua condição e história. Essa seria uma “ameaça contínua de ‘sem-sentido’ em nossas vidas” (p. 16). Pela exigência do *fazer sentido* ao indivíduo e às coletividades, define-se um “lugar humano para existir” (p.16). Pode ser que, a partir dessa exigência, em todas as sociedades o louco se veja “recebendo um status religioso, mágico, lúdico ou patológico” (FOUCAULT, 2002, p. 251). “É que a loucura, pela desordem que contém, não cabe na ordem da cidade” (ORNELLAS, 1997, p. 91).

Jervis (2001) relata sobre a forma como a atitude de exclusão contra o louco é permeada de uma “violência institucionalmente aprovada” (p. 257). A fatigante aceitação de um ‘princípio de realidade’ socialmente determinado impõe que o indivíduo não exteriorize essa tensão, objetivando-a (no louco). O *status quo* é mantido em detrimento daquele doente mental expulso da sociedade com suas normas, rotulado com uma imagem ‘incompreensível’ e ‘perigosa’. O autor discorre, na perspectiva do doente, sobre como é através da tomada de consciência de sua condição de excluído que ele (o doente) substitui gradualmente seu vazio emocional que viveu durante anos por uma carga de agressividade pessoal. Essa é uma aberta contestação contra a realidade, que o doente agora nega, “não mais devido à doença mas porque se trata verdadeiramente de uma realidade que não pode ser vivida por um homem: sua liberdade será então fruto de sua conquista e não um dom do mais forte” (BASAGLIA, 2001, p. 121).

### 1.3 A Reforma Psiquiátrica e o movimento de desinstitucionalização

Na tentativa de dar à loucura uma resposta social outra, ou seja, “dar ao louco um outro lugar social” (TENÓRIO, 2001, p.20), surge a Reforma Psiquiátrica. Nesse processo, a crítica ao modelo asilar deixou de visar meramente seu aperfeiçoamento e humanização, incidindo “sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, na condenação de seus efeitos de normatização e controle” (TENÓRIO, 2001, p. 20). Nesse processo, Rinaldi & Bursztyn (2008) discorrem sobre como pode-se perceber a influência das formulações psicanalíticas na crítica à concepção médica de clínica. A descoberta freudiana, supondo a existência de uma razão inconsciente e uma “implicação do sujeito em seu sintoma” (p. 34), deu à clínica um novo sentido (não mais percebendo a existência do sujeito como dissociada de seu adoecimento). Tenório (2001) corrobora com essa perspectiva, reconhecendo que “ao localizar o sujeito no delírio (psicose) e naquilo que escapa à racionalidade do ego (neurose), a psicanálise redefine o campo de abordagem da loucura” (p. 76). O autor lembra, ainda, que a reforma visa combater à anulação social do sujeito, que “está ancorada em um longo processo histórico de opor sujeito e desrazão, sujeito e loucura” (p.76).

Rotelli (2001) discorre a exemplo da experiência de desinstitucionalização em Psiquiatria na Itália como sendo esse “um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos” (p. 18), ou seja, uma experiência transformadora das relações de poder e produtora de estruturas de saúde mental que substituam inteiramente a internação em Hospitais Psiquiátricos. O autor pontua que a desinstitucionalização proposta pela Lei da Reforma é um processo social que continua através de sua implementação. Essa reforma “é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde” (BRASIL, 2005, p. 6).

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira foi fundado ao final dos anos 70, tendo em vista a crise no modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e a eclosão dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Lobosque (2001) relata que, terminada a ditadura militar, alguns trabalhadores de Saúde mental de diversos estados do Brasil se reuniram em torno de propostas de reforma. A situação enfrentada nessa época era de uma “política fortemente privatista que caracterizou o governo militar” (p. 15), que provocou uma grande proliferação de manicômios conveniados com o poder público. Estava estabelecida a indústria da loucura, em um processo de “mercantilização da saúde” (p. 15). A autora lembra da guinada que ocorre nesta luta ao final dos anos 80. “O então Movimento dos

Trabalhadores de Saúde mental politizou decididamente a questão da Reforma, e levou às suas últimas implicações a crítica ao modelo representado pelo hospital psiquiátrico” (p. 15). Sustentaram, portanto, que não se tratava apenas de modernizar os serviços nos quais esses trabalhadores laboravam, mas sim de extinguir os manicômios, vistos então como mecanismos de opressão. Emprega-se então a expressão “luta antimanicomial” (p. 16), sob o lema que nos une até hoje: “*por uma sociedade sem manicômios*” (p. 16). Acioly (2009) pontua que, além da efervescência dos movimentos sociais e, talvez por esse contexto, esse movimento no Brasil “sofreu maior influência do Movimento de Reforma Psiquiátrica da Itália, denominado Psiquiatria Democrática” (p. 3). Foi na década de 70 que esse Movimento emergiu na Itália, tendo como seu principal idealizador Franco Basaglia. Franco Rotelli, um dos seguidores de Basaglia, prestou consultoria através da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao Brasil nos anos 1980, contribuindo para a reforma em saúde mental no nosso país (ROTELLI & AMARANTE, 1992 *apud* SANTOS, 2008).

No Brasil, a Lei da Reforma (Lei nº 10.216) foi sancionada em 6 de abril de 2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. A Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal, portanto, com dois movimentos simultâneos: “a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro” (BRASIL, 2005, p. 9). Lobosque (2001) pontua que está em jogo a extinção do hospital psiquiátrico: “trata-se de criar, fora dele e de sua gestão, os serviços que irão substituí-lo” (p. 30). Compreendemos que todo esse processo está inscrito em um contexto internacional de mudanças pela superação da violência nas instituições asilares, como, por exemplo, a própria experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria. A crítica radical feita ao manicômio nesse momento é inspiradora, revelando a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas.

O primeiro passo nessa direção foi o de “começar a desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir aquela solução racional que no caso da Psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida” (ROTELLI *ET AL*, 2001, p. 28). Rotelli (2001) compreende que essa concepção possibilitou uma mudança de ótica profunda que atinge o conjunto das ações e interações institucionais.

A desinstitucionalização seria, portanto, “um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e

remontar) o problema” (ROTELLI *ET AL*, 2001, p. 29). Rotelli (2001) relata que o modo como as pessoas são tratadas (ou não tratadas) é transformado para transformar o seu sofrimento. A terapia não é mais entendida como perseguição de uma suposta solução/cura, mas como um conjunto cotidiano e complexo de estratégias que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. A instituição (manicomial), nessa nova acepção, “é o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto ‘doença’” (ROTELLI *ET AL*, 2001). Tenório (2001) pontua, para além dessa concepção, que “a instituição que se trata de negar não é ‘hospital psiquiátrico’, mas ‘doença mental’” (p. 53), tendo em vista que essa última é um grosseiro reducionismo do fenômeno complexo da existência.

Rotelli (2001) reconhece, nesse sentido, que a desinstitucionalização percorreria um processo crítico-prático para reorientação de todos os elementos que constituem a instituição: a ênfase não seria mais no processo de ‘cura’, mas sim no projeto de ‘reprodução social do paciente’, de produção de vida, de sentido de sociabilidade e a utilização das formas de convivência dispersa. Rotelli (2001) relata, ainda, que uma riqueza infinita de papéis sociais possíveis é utilizada, mas é imprescindível promover ativamente estas possibilidades junto a todos os sujeitos como atores da mudança: os pacientes, a comunidade local, a opinião pública, os sujeitos políticos institucionais e não institucionais. “A mudança das estruturas e mudança dos sujeitos e de suas culturas só podem acontecer conjuntamente” (ROTELLI *ET AL*, 2001, p. 32).

Jervis (2001) aponta que, com o surgimento da reforma institucional e o desaparecimento da violência dessas instituições, desaparece também a violência do doente mental e esse perde suas características descritas, como “*agitado, dilacerador, perigoso*” (p. 265), para uma visão de seu aspecto de pessoa psicologicamente violentada antes e depois de seu internamento. Seria, então, um contexto em que são respeitadas a existência e as razões de sua própria enfermidade. No entanto, a destruição da instituição se faz mais distante quando se percebe uma continuidade desse processo institucionalizante, acompanhado de novas contradições mais complexas. Há, de acordo com Jervis (2001), uma dificuldade de abolir a subordinação do enfermo e superar o perigo do paternalismo. Além disso, o papel do manicômio, mesmo quando ‘aberto’, não é destruído, já que a sociedade continua a lhe encaminhar os excluídos e esses são submetidos a uma legislação bem precisa. Lobosque (2001, p. 18) também percebe esse processo:

Supor que a instituição está doente, e que é preciso trata-la, ou que as psicoterapias do grupo ou técnicas afins são elementos de socialização básicos para as pessoas loucas, sem partir para a invenção de recursos que lhes permitam viver e produzir fora do espaço institucional, significa partir do pressuposto de que o lugar do louco é na instituição, e não na cultura. Significa, em última análise, construir dentro da instituição um “mundo melhor” para os usuários, admitindo, por conseguinte, que este mundo deve ser à parte.

Rotelli *et al* (2001) pontua que, apesar da Reforma Psiquiátrica e de todos os movimentos de desinstitucionalização, o indivíduo recuperado não encontra um lugar na sociedade. Ele se depara com o desemprego, com a violência familiar e social que o haviam levado ao manicômio. O doente fora da instituição desencadeia, portanto, mecanismos de repressão definidos. De acordo com o autor, os limites para esse processo de desinstitucionalização não estariam, portanto, na porta dos manicômios. As características de sua implementação mostram que a desinstitucionalização é um processo social contínuo que se dá ao nível das relações interpessoais e do mundo psicopatológico individual.

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2016), a Política Nacional de Saúde mental se consolida no SUS através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa rede de cuidado se constitui de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e Leitos de Saúde mental em Hospital Geral.

## 2. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) COMO UM NOVO DISPOSITIVO

Como parte da construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e também como campo para o presente trabalho, vamos discorrer sobre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil. O CAPS surgiu com a intenção de corresponder às políticas de saúde mental decorrentes da reforma, bem como ao SUS – Sistema Único de Saúde - “formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos ‘Conselhos Comunitários de Saúde’” (BRASIL, 2005, p. 7). O surgimento do primeiro CAPS no Brasil se deu na cidade de São Paulo, em 1987. Com valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, é o surgimento desse dispositivo que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país, como pontua Brasil (2005). “O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários” (BRASIL, 2004, p. 13), o que se dá pelo acesso às diversas esferas da vida, a saber: trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Tenório (2001) aponta a necessidade da invenção de instituições que “atuem no território social como motores de sociabilidade, intermediários de trocas sociais bloqueadas” (p.53), e é a isso que os CAPS se propõem, promovendo, em termos de *trocas*, a contratualidade do *sujeito social* (TENÓRIO, 2001, p. 64). Leal & Delgado (2007) discorrem sobre os CAPS não serem meros estabelecimentos de saúde, mas que devem ser entendidos também, e principalmente, como um modo de operar o cuidado. Os autores trazem que, para que esse serviço comunitário se torne uma ferramenta da desinstitucionalização, necessita de marcas específicas que lhe são constitutivas no dia-a-dia, a saber, a rede, a clínica e o cotidiano do CAPS, sendo esse último compreendido como um “espaço mesmo de vida [...] lugar onde a vida acontece” (p. 144).

De acordo com Brasil (2015), os CAPS deverão inserir socialmente pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, regular a porta de entrada da rede de assistência e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Esses dispositivos são, portanto, articuladores estratégicos da rede e da política de saúde mental em seus territórios. Leal & Delgado (2007) enfatizam que a noção de território é tomada com a idéia de vida, processualidade, dinâmica, questões que devem atravessar os CAPS, sendo possível apostar

que “as atividades realizadas *dentro* do CAPS ganham sentido porque estão articuladas com a vida *fora* do CAPS” (p. 150). Da mesma forma, os autores trazem que a noção de rede implica também ligação, “articulação viva entre as instituições, processo no qual ao longo do tempo se produzem encontros e se operam separações, mas principalmente se dá movimento” (idem). Os autores consideram, ainda, que a noção de rede e de território “introduzem a possibilidade da construção de um campo de conhecimento sobre o homem que não o dissocia da sociedade que o constitui” (p. 144). Fica incorporada, dessa forma, a dimensão política dessa articulação.

Nos anos seguintes ao surgimento do primeiro CAPS no Brasil foram implementados outros em vários municípios do país, consolidando-se como dispositivos estratégicos na superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica e na “criação de um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento” (BRASIL, 2015, p. 10). No âmbito do CAPS, o cuidado é desenvolvido por intermédio de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que envolve, em sua construção e acompanhamento, a equipe, o usuário e sua família. Algumas ações do CAPS são realizadas em coletivo, outras são individuais, outras incluem a família e outras são comunitárias, podendo acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas, como descreve Brasil (2015). De acordo com a Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012, os PTS poderão compor algumas estratégias de diferentes formas, de acordo com as necessidades de usuários e familiares, a saber: acolhimento inicial, acolhimento diurno e/ou noturno (para os CAPS que proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas), atendimento individual, atenção às situações de crise, atendimento em grupo, práticas corporais, práticas expressivas e comunicativas, atendimento para a família, atendimento domiciliar, ações de reabilitação psicossocial, promoção da contratualidade, fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares, ação de redução de danos, entre outros.

Brasil (2004) discorre a respeito do CAPS II, no qual se configura o presente trabalho, como um dispositivo que oferece atendimento diário para adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. Brasil (2015) pontua que esse dispositivo atende pessoas que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, bem como outras situações clínicas que impossibilitem o estabelecimento de vínculos sociais e a realização de projetos de vida.

Vale ressaltar que, de acordo com indicadores do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciados por Brasil (2012), o Distrito Federal encontra-se com a mais

baixa cobertura assistencial do CAPS por 100.000 habitantes, com um valor de 0,25 (em contraste com a região da Paraíba, cujo indicador sobe para 1,27), sendo a ampliação dessa assistência no DF um acontecimento esporádico e, em alguns períodos, inexistente. Visto que esse dado reflete o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de saúde mental nas diferentes regiões, pode-se perceber que no DF, como aponta Gabriel (2015, p. 30), “não existem estruturas substitutivas suficientes – CAPS III e Residências Terapêuticas – que possam acolher a crise em qualquer horário”. Por isso, na região ainda há um hospital psiquiátrico manicomial, o São Vicente de Paula (HSVP).

## 2.1 A clínica ampliada

Cabe ao CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, de forma a preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. “De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (BRASIL, 2005, p. 27). Nessa mesma concepção, Lobosque (2003) relata que os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico exigem uma transformação da clínica da Saúde mental, retirando-a “de sua tradicional função de controle social, feita em nome de ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho da autonomia e independência das pessoas” (p.20). Esse novo paradigma de cuidados em saúde mental é definido como campo da atenção psicossocial, conforme Tenório (2001). O autor entende a atenção psicossocial como “o conjunto de dispositivos e instituições que fazem com que o cuidado em saúde mental tenha uma incidência efetiva no cotidiano das pessoas assistidas” (p. 55). Delgado (1997a *apud* TENÓRIO, 2001), a esse respeito, desenvolve:

[...] trata-se de ajudar o usuário em sua lida cotidiana por uma vida melhor. Isso envolve o alívio dos sintomas, o apoio e orientação à família, o suporte social, a criação de alternativas de trabalho, moradia e lazer, a existência permanente de uma referência institucional a que pacientes e familiares possam recorrer [...] Nosso território de atuação situa-se entre a saúde e o bem-estar social, e tudo o que for da cultura nos interessa. Por isso, preferimos substituir os termos ‘psiquiátrico’, ‘psicológico’, ‘psicanalítico’, e dizer que a tarefa dos novos serviços é a ‘atenção psicossocial’ (p. 55).

Rinaldi & Bursztyn (2008) pontuam que “a clínica que hoje se desenvolve no campo da saúde mental não se confunde mais com a clínica psiquiátrica *strictu sensu*, incluindo os

procedimentos de atenção psicossocial e incorporando a dimensão do sujeito” (p. 34). Nessa dimensão do sujeito, as autoras apontam a influência das formulações psicanalíticas, que supõem a existência de razões inconscientes e a “implicação do sujeito em seu sintoma” (p. 34). Seria, portanto, pelo viés do sujeito que consideram fundamental a contribuição do discurso da psicanálise aos dispositivos que hoje prestam serviços de atenção psicossocial. As autoras apontam a diversidade de sentidos que foram atribuídos à clínica neste campo, sendo essa adjetivada como “*clínica ampliada, clínica do sujeito, clínica do encontro, clínica no coletivo ou clínica do cotidiano*” (p.35). Lancetti (2008) trabalha, ainda, sobre a noção de uma *clínica peripatética*, sendo o termo *peripatético* advindo da escola filosófica fundada por Aristóteles (384-322 a.C.). O adjetivo rememora o costume de Aristóteles de ensinar andando nas cercanias de Atenas e, aplicando-se ao novo discurso no qual se embasa a clínica da reforma, nos remete à “uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento” (p. 18). Trata-se de dar lugar a conversações e pensamentos que podem surgir no caminhar, entre o ir e vir.

Tenório (2001) apresenta, sobre a adjetivação da clínica, que alguns acreditam que o conceito de clínica carrega a negativização da experiência da loucura, e que as novas práticas não devem ser consideradas uma “ampliação da clínica, mas sim situadas fora dela” (p. 72). Por outro lado, aqueles que valorizam a clínica “como atividade que se faz junto ao paciente, orientada pela singularidade de cada caso e pela implicação ética do agente do cuidado” (p. 72), acreditam ser desnecessário descrevê-la como “ampliada”, por se tratar na verdade da “própria clínica, a *boa* clínica, a clínica por excelência” (p. 72). O autor também apresenta a reflexão de Silva Filho (1987 *apud* TENÓRIO, 2001), afirmando que “a adjetivação é uma forma de retirar do substantivo suas decepções passadas, apresentá-lo como novo e inocente, atribuindo-lhe um valor futuro” (*idem*).

A clínica da reforma, compreendida aqui como *ampliada*, é aquela que não restringe seu campo de pertinência *a priori*, sendo maleável e sensível às circunstâncias particulares de cada sujeito. Tenório (2001) acrescenta que busca-se, com a clínica ampliada, incorporar novos saberes, instrumentos, práticas e preocupações. Lobosque (2001) relata que esses diversos dispositivos, ações e equipamentos se dialogam numa rede que possibilita inúmeras possibilidades. “A rede se articula de forma a criar todo um trânsito possível e necessário na família como na cidade, na cultura como na política, tendo sempre *o mundo como direção*” (p. 30, grifo nosso). Nesse sentido, Leal & Delgado (2007) introduzem a noção do *cotidiano* como um dos aspectos que devem ser marca dos CAPS, sendo ele um “lugar onde a vida

acontece” (p. 145), constituído de heterogeneidade de atividades, espaços e movimentos orientados pelos interesses de seus protagonistas.

Lancetti (2008) discorre sobre como à medida que os manicômios se desmontavam e se buscava a relação do coletivo (pacientes, trabalhadores de saúde mental e dirigentes) com a sociedade, inventava-se a cada dia empreendimentos que gerassem o ensejo de viver fora do hospício.

Resende (2015) faz referência às dimensões ética e política que reconfiguram a clínica em saúde mental e devem estar nesse campo articuladas para a construção de dispositivos de cuidado emancipadores de cidadania, interpelados com o compartilhamento de afetos e a escuta para promoção de enquadres “sob medida” (p. 133) para cada sujeito. A autora considera fundamental, por parte dos profissionais de saúde, a sensibilidade ao “político, ao social e à intersubjetividade presentes na construção do sofrimento [...] para um potencial de acolhimento e acompanhamento ímpar” (p.135). Roussilon (2010 *apud* RESENDE, 2015) afirma que, como não é possível determinar *à priori* tudo o que o paciente vai precisar em seu processo, “apenas podemos pressentir: é necessário poder efetuar ajustes ao longo do trabalho. O enquadre não deve ser um fetiche; deve encarnar as necessidades do eu de um paciente” (p. 134).

Resende (2015) e Figueiredo (2007) confluem na perspectiva da importância na moderação entre a presença e a reserva do agente de cuidados. Está aí implicada a dimensão ética de “*deixar ser seu objeto*” (FIGUEIREDO, 2007, p. 21), enquanto está presente também uma forma muito sutil e eficaz de cuidado, “como a da mãe que deixa seu filho brincar sossegado enquanto ela se até a estar presente, ao lado, silenciosa, dedicando-se, quem sabe, a seus próprios afazeres e interesses” (idem).

Resende (2015) percebe que, para o reconhecimento de certas nuances na forma de existir e sofrer, devemos estar ocupados com as necessidades específicas de cada um, o que envolve um esforço de reconhecimento das legítimas diferenças. A esse respeito, Leal & Delgado (2007) pontuam: “o que o sujeito *experiencia* em seu adoecimento [...] não diz apenas da sua doença e de seus sintomas, mas de um modo de relação consigo e com o outro” (p. 143). Portanto, os autores colocam que reconhecer isso como algo que também diz do sujeito exige que o cuidado parta dessa experiência e não de fora dessas pessoas, sendo parte do cuidado a atenção ao que ele vivencia.

Reconhecer o outro em sua diversidade e alteridade, sendo essa postura entendida por Resende (2015) como parte da posição política do cuidado, não é compatível com a formação por vezes autoritária, disciplinadora e prescritiva dos profissionais de saúde. Romper com essa centralidade da saúde como um “campo definidor inquestionável de práticas” (JARDIM *ET AL*, 2009, p. 247) faz, portanto, parte da reconfiguração da clínica em saúde mental. A partir de Figueiredo (2007), sabe-se que o cuidador, ao renunciar à sua própria onipotência e aceitar sua própria dependência, passa a reconhecer seu limite e a se sensibilizar aos objetos de seu cuidado, “muito menos propenso a exercer tiranicamente seus cuidados” (p. 21).

## 2.2 Reabilitação psicossocial como ampliação de possibilidades

Tenório (2001) aponta a tensão entre tutela e cuidado presente em qualquer iniciativa que pretende tratar sem segregar. “Nesse fio delicado entre mandato terapêutico e mandato social de exclusão, têm sido construídas as formas renovadas de aproximação com a loucura” (p. 52). O autor discorre sobre uma vertente da reforma psiquiátrica, a saber, a reabilitação psicossocial. Na medicina, o termo *reabilitação* remete a “uma ação posterior à cura ou ao tratamento e consiste em fazer o sujeito recuperar as capacidades e habilidades prejudicadas pela doença” (p. 54). No caso dos usuários de saúde mental, essa distinção entre pré e pós-tratamento é diluída. A superação da negatividade dos diagnósticos psicopatológicos envolve o princípio de tratar a pessoa e não a doença, princípio tal idealizado por Franco Basaglia (2005 *apud* AMARANTE & TORRE, 2007), que propôs colocar a doença entre parêntesis para que o sujeito possa emergir e para a “superação do saber psiquiátrico em dar conta da experiência subjetiva do sofrimento” (AMARANTE & TORRE, 2007, p. 49). Essa ruptura “faz surgir as histórias reais de vida e as necessidades concretas dos sujeitos em sua experiência de sofrimento” (AMARANTE & TORRE, 2007, p. 49).

Na definição da Associação Internacional dos Serviços de Reabilitação Psicossocial apresentada por Pitta (2001), a reabilitação psicossocial consiste no

processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível de autonomia, do exercício de suas funções na comunidade [...] mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado (p. 19).

Tenório (2001) evidencia o caráter impossível dessa definição: “são coisas demais para ajustar às demandas singulares” (p. 62). É contraditório o suposto ajuste às demandas singulares tendo em vista objetivos definidos *à priori*, como por exemplo “restaurar o exercício das funções na comunidade – ora, essa pode não ser a *demanda singular* do paciente” (idem). Já a definição da Organização Mundial de Saúde, também apresentada por Pitta (2001), é considerada mais prudente por Tenório (2001), por ser compreendida como

Um conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (p. 21).

Essa definição está mais próxima de um tratar mediante o oferecimento de oportunidades, “deixando a cargo do sujeito o que fazer com os *insumos* recebidos” (TENÓRIO, 2001, p. 62). Entende-se, portanto, o esforço da reforma para formular a idéia de reabilitação, herdada de uma tradição médica que é anterior à reforma psiquiátria, “em termos mais adequados à especificidade da condição psicótica” (TENÓRIO, 2001, p. 62), assim como fez com a noção de cura. O risco de privilegiarmos aspectos funcionais da reabilitação é aumentado, conforme Leal & Delgado (2007), quando os saberes e práticas que compõe a atenção psicossocial não reconhecem a idiosincrasia nas formas desses indivíduos constituírem sua relação consigo e com o mundo, “e que tais formas singulares de existência se tornam patológicas, não por que são diferentes, mas porque tiveram comprometida sua capacidade de criar novas normas em sua relação com o meio” (p. 140). Ignorar isso leva esses saberes e práticas ao caminho da imposição de modelos de ser e estar no mundo que desconhecem os modos particulares de existência dos indivíduos. Desconsiderar tais experiências particulares é uma “operação passível de ser identificada, sem grandes dificuldades, como uma nova forma de institucionalização” (idem).

Goldberg (2001) relata que as práticas realizadas no CAPS não visariam o resgate a perda de habilidades infligidas pela doença mental, “como se reabilitar fosse recuperar habilidades transtornadas” (p. 45). Reabilitação [...] consiste em oferecer todas as possibilidades de tratamento que estejam disponíveis” (p. 45). O autor considera, ainda, que o paciente chega onde quer chegar, e não onde é previamente estabelecido pela equipe cuidadora. Essa perspectiva requer, certamente, um esforço. Resende (2015) reflete sobre o esforço para o estabelecimento de relações horizontalizadas, “sem descurar do cuidado” (p.

289). “A clínica desejada não é pedagógica, curativa, adaptacionista” (RESENDE, 2015, p. 370), nem mesmo se visa “restituir uma integridade perdida [...] nem a ajustá-lo ao padrão social vigente” (Tenório, 2001, p. 60).

Goldberg (1996 *apud* TENÓRIO, 2001) reflete sobre a tendência de entender o termo *autonomia* “na referência aos valores de independência pessoal e de gestão de ações pragmáticas como administrar dinheiro e locomover-se desacompanhado” (p.63). Nessa perspectiva, entende-se que há um grande risco de um tratamento pautado na imposição, com exigências que dizem respeito aos valores da equipe, e não do paciente. Leal & Delgado (2007) relatam que, quando a atenção psicossocial compreende a saúde como “mera adaptação do sujeito ao meio” (p. 140) e determina aprioristicamente os objetivos a alcançar, é adotada aí uma orientação “puramente normativa que se faz a partir de abordagens de fora da pessoa, desconhecendo a particularidade desses indivíduos” (idem). Contribuindo para pensarmos em uma outra postura, Demo (2006) apresenta a importância da preocupação de “entender o outro assim como o outro gostaria de ser compreendido” (p. 32). O autor também reconhece o desafio presente, pois não podemos “entrar na cabeça do outro para ver como ele quer ser entendido” (idem), bem como não podemos, a partir de nossa cultura, pensar de dentro da cultura do outro. “No entanto, esse limite pode ser transformado em desafio” (p.33), procurando entender o outro da melhor maneira possível” (idem), colocando-se no lugar dele. Isso se dará “até o ponto em que, no esforço para o entendimento, possa predominar o ponto de vista dele sobre o meu” (p. 33). Leal & Delgado (2007) levantam que “não almejar a restituição de um padrão de normalidade idealizada transforma os efeitos do cuidado num objetivo não-estático, mas sempre processual” (p. 150).

A autonomia, ligada à ideia de depender cada vez menos das pessoas, é desconstruída por Tenório (2001) quando afirma que “não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos” (p. 64). O autor relata que, para os usuários, trata-se de uma questão quantitativa. Eles dependem excessivamente de poucas relações e coisas, assim como era a lógica da restrição do tratamento a um só campo de pertinência, como o manicômio. Essa restrição é que diminui sua autonomia. “Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer [...] novos ordenamentos para a vida” (p. 65).

Lobosque (2003) desenvolve sobre um certo modo de acompanhamento, de presença, ações e palavras que se fazem necessários como forma de “ajuda” quando o dilaceramento psíquico atinge em cheio o sujeito. “Afirmar que o outro precisa de ajuda pode ser [...] uma

forma de interferir, aliciar, tutelar, dominar, etc. A questão de uma ajuda que se exerça sem domínio, eis aquela que se coloca para nós” (p. 21). A autora relata que essa ajuda deve ser sempre subordinando seu emprego a um projeto político e social, para além das disciplinas e saberes psi. “A esta ajuda chamaremos de uma clínica em movimento [...] que se combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens” (idem).

Há, portanto, um cenário ideal para o CAPS: que ele funcione como uma “superfície de vida” (TENÓRIO, 2001, p. 70), oferecendo aos pacientes as mais diversas possibilidades de trocas e estabelecimento de vínculos. É importante, segundo Leal & Delgado (2007), que as atividades do CAPS “sejam oferecidas como ferramentas capazes de abrir possibilidades de promover a conexão do paciente com o serviço e a partir daí com o território, com a cidade” (p. 148). Rotelli (1990 *apud* TENÓRIO, 2001) também desenvolve sobre a importância de o CAPS conter “laboratórios de produção de vida [...], artistas, homens de cultura, poetas, pintores, homens de cinema, jornalistas, inventores de vida” (p. 54). A proposta, segundo Tenório (2001), é de que o tratamento seja pautado, “simplesmente”, em acompanhar o sujeito. O autor reconhece, sobre o acompanhar, que “em sua simplicidade e, sobretudo, em sua abstinência, essa é a melhor tradução de nossa clínica” (p. 66). Justamente por isso, indica uma posição bastante difícil de assumir, bem como uma tarefa extremamente sofisticada. A partir dessa postura e através da atividade, o sujeito poderá “ter uma outra experiência de ligação com o mundo, diferente em qualidade daquele que vivencia” (LEAL & DELGADO, p. 148), sendo essa experiência de conexão com o ambiente uma contraposição à experiência de isolamento e exclusão.

Ainda sobre a ideia da autonomia, pode-se considerar a reflexão trazida por Figueiredo (2007), na qual o autor considera que “uma das metas dos cuidados é a de levar seu objeto a desenvolver as capacidades cuidadoras [...] ser ele mesmo um participante ativo desses processos, mesmo quando lhe faltam conhecimentos especializados” (p. 23). O autor defende que o sujeito pode tratar-se melhor ou até não adoecer de novo ao conhecer algo de *sua doença* e de *sua* medicina. Leal & Delgado (2007) pontuam que o relato de bem-estar e a avaliação de melhora do ponto de vista de quem vive o sofrimento psíquico grave não estão necessariamente vinculados à eliminação de sintomas considerados graves pelo cuidador, tais como delírios, alucinações ou isolamento. “Em geral o reconhecimento de melhora se dá quando, a despeito da irredutibilidade de tais sintomas, eles foram *experienciados* de outra forma” (p. 149). Conforme os autores, essas pessoas conseguiram encontrar lugares que de

algum modo acolheram suas experiências, ajudando-os, assim, a ressignificá-las. Rogers (1976) contribui nesse sentido ao refletir sobre a importância suprema da experiência. O teórico expõe que a própria experiência do sujeito é a base de toda a validade. Nenhuma idéia de qualquer outra pessoa tem a autoridade da qual se reveste sua experiência. É sempre ela (a experiência) à qual o sujeito regressa para se aproximar cada vez mais da *sua* verdade, no processo de descobri-la em si.

### 3. CONVIVER: LUGAR, ESPAÇO E TEMPO DE EXISTÊNCIA

*“Estive doente*

*Não quero escrever*

*Eu quero um punhado de estrelas maduras*

*Eu quero a doçura do verbo viver”*

*(autor desconhecido)*

Resende (2015) compreende a convivência “enquanto um dispositivo de cuidado, em suas inseparáveis e entrelaçadas dimensões ética, política e clínica” (p. 30). Uma *convivência igualitária* é defendida pela autora, envolvendo questões importantes como o cuidado sem tutela, a solidariedade e a generosidade. Devem ser desenvolvidas, no campo da saúde mental, ações que visem um empoderamento pessoal e coletivo, combatendo os preconceitos de incapacidade e periculosidade construídos historicamente (RESENDE, 2015; JERVIS, 2001, BASAGLIA, 2001). Os profissionais de saúde devem buscar a sensibilidade às diferenças, superando visões estigmatizantes e, ainda, a convivência igualitária, a qual “requer, por um lado, um certo desempoderamento dos profissionais de saúde – somos insuficientes! – para estabelecer com os usuários de saúde mental uma relação horizontalizada” (RESENDE, 2015, p. 126).

Em uma reflexão sobre os desafios e incômodos da convivência, a partir de Resende (2015), sabe-se que nada está codificado, muito menos a forma de se relacionar. Partindo de Lévinas, a autora desenvolve que “se não está, de antemão, codificado como me relacionar, fica facilitada, desde que eu me disponha a isso, a criação em mim de um espaço para o outro” (p. 182). Os papéis, nesta justa medida, são intercambiáveis. Resende (2015) nos apresenta que “os profissionais deixam de ocupar a posição de centro e são convocados a ocupar outros papéis em um confronto de saberes e mudança nas relações de poder” (idem). A autora reconhece que abrir mão do poder técnico torna o conviver conflituoso e angustiante. Estarmos despidos de nossas tarefas de medicar, fazer oficinas, entrevistas e clinicar, pode ser muito desorganizador: cabe a nós vencermos nossas resistências e temores, pois reside aí (no não-codificado) justamente a potencialidade da convivência.

Ao refletir sobre o que diz esse dispositivo, Resende (2015) descreve: “estejamos juntos, façamos coisas juntos: passear, cantar, jogar, pesquisar, comer, cozinhar, conversar... Mas não apenas para passar o tempo. Para construir? Ligações entre as pessoas, os lugares, os fazeres...” (p. 133). Conforme a autora, faz-se necessária a ligação entre as pessoas, os fazeres e os lugares, sendo o CAPS mesmo um lugar para criação de laços sociais, como vimos em Brasil (2005). É parte dessa perspectiva a dimensão “do encontro, da intensidade, do momento, mas também da continuidade na oferta dos cuidados” (RESENDE, 2015, p. 133). É dessa forma que não se restringe um campo de pertinência nesse contexto, sendo essa prática maleável e sensível às idiossincrasias presentes, como entende Tenório (2001).

O conviver é aqui compreendido não só como o “falar sobre, o pensar, o racionalizar, mas *sentir* (dimensão phática) e *participar*” (RESENDE, 2015, p. 136, grifo nosso). Oury (1989 *apud* RESENDE, 2015), fazendo referência a esse lugar (da convivência), nos coloca que “convivendo, podemos estar na mesma paisagem; ao participar criamos espaço/condição para acolher a criação própria de si de cada sujeito” (p. 136). O *fazer junto*, trazido por Resende (2015), agencia novas possibilidades de ser e estar no mundo. Em uma perspectiva de ampliação de *possibilidades* (LOBOSQUE, 2001; ROTELLI, 2001; GOLDBERG, 2001) para promoção de *autonomia* (TENÓRIO, 2001), essa é uma postura fundamental para o campo da saúde mental. A convivência deve, portanto, manter seu caráter dinâmico e transformador, não impondo uma forma de tratamento, mas, como pontua Resende (2015), buscando, acima de tudo, escutar e compreender a pessoa. Nesse sentido, Lobosque (2003) chama a atenção para a dimensão essencial do trabalho de convidar as pessoas para empreendimentos e projetos, tratando-se de “fazer com que o tempo não se confunda com um vazio sem fim a ser preenchido, devolvendo-lhe ritmo e corpo” (p. 27). Não se trata, portanto, de apenas estar ali na falta de outro lugar, “mas para dirigir-se a esta ou aquela atividade de sua escolha [...] porque sustentam o desejo e encontram a possibilidade de fazer isto ou aquilo” (LOBOSQUE, 2001, p. 28).

No espaço de uma convivência igualitária, “os conflitos podem encontrar um lugar de expressão e a possibilidade de produção de sentido” (RESENDE, 2015, p. 164). Resende (2015) relata que, ao longo de sua presença no contexto do CAPS com seus alunos, vivenciaram experiências “onde a biografia dos sujeitos emergiu de forma espontânea na convivência” (p. 166), em contraste com experiências em outros dispositivos clínicos tradicionais como psicoterapias individuais ou grupais, onde, por vezes, os participantes afirmavam que estava tudo bem ou não tinham nenhuma novidade. A autora sustenta, em seu

trabalho, uma clínica que *faz junto, está com e deixa ser* (p. 179). Essas são consideradas como dimensões do cuidar que demonstram a disponibilidade afetiva do sujeito no encontro com o outro. Pontua, ainda, que é preciso “manter viva a potencialidade terapêutica do cotidiano” (idem), mantendo-se o cuidado de suplementar a dimensão clínica com a disponibilidade ética (*eis-me aqui para deixar ser*) e política (*papel desinstitucionalizador para combater a desigualdade e a injustiça* – evitando ambos os extremos tutelares da clínica disciplinadora e, por outro lado, a clínica assistencialista). Sem esse diálogo, diz a autora, a dimensão clínica por si só não tem potencial/efeito terapêutico. Nesse sentido, Lobosque (2003) reconhece que esse campo de ação se dá em uma “encruzilhada de saberes diversos, em que devemos aprender a dispensar sem pena aqueles que são inúteis ou inconsistentes, e a valorizar aqueles que nos interessam” (p. 35). Trata-se, portanto, de uma abertura para o novo e uma constante reflexão a respeito de onde estamos partindo em nossas intervenções.

Resende (2015) considera a convivência como “um dispositivo que intervém no cotidiano e que pode levar a modificações no tempo e espaço para produzir efeitos no campo subjetivo” (p. 180). Pontua as características de ser *sob medida*, já que é sensível a necessidades e particularidades ao mesmo tempo que se circunscreve no coletivo, e na *justa medida*, enfatizando esse lugar “entre cuidar sem tutelar e sem desassistir” (idem). Leal & Delgado (2007) nos colocam que o cotidiano do CAPS deve ser aberto de tal forma que considere o cotidiano do paciente como um modo de existir, ser e estar no mundo, já que essa é uma obra construída nos tempos de sua existência. Na convivência, propõe-se então vivenciar um lugar em que esse cotidiano é acolhido em suas formas mais particulares, no encontro com o outro.

Camargo (1991), ao discorrer sobre as funções de acompanhantes terapêuticos, traz aspectos que também estão presentes na convivência, e podemos pensar em outras muitas semelhanças já que “o acompanhante terapêutico e a convivência são diferentes possibilidades de dispositivos dentro de outro dispositivo central na reforma psiquiátrica brasileira: o CAPS” (RESENDE, 2015, p. 167). Tal como os acompanhantes terapêuticos, “agentes de saúde na vida cotidiana” (CAMARGO, 1991, p. 52), há o compromisso com os “mecanismos de apropriação e reapropriação dos sentidos, das percepções; com a delicada arte de reinserção de nosso cliente na trama e no entrejogo das relações sociais” (idem). Estamos, portanto, em ambos os dispositivos, ocupados com o “revigorar do fluxo da vida” (idem). O correlato da convivência para o acompanhar do AT, é justamente buscar o que faz sentido para cada um através, como defende Resende (2015), do *fazer junto e estar com*.

O CAPS é um espaço que “mantém laços estreitos com o mundo que habita” (LOBOSQUE, 2001, p. 39), portanto a participação e a presença do paciente em um grupo que ocorre nesse serviço, seja aquele de oficina ou de convivência, “tem efeitos por vezes surpreendentes na direção de um tratamento” (idem). Daí a importância de manter-se um espaço “aberto, livre e vazio” (BOHM, 2005 *apud* RESENDE, 2015), já que um tempo livre não é ocupado e preenchido, de tal forma que qualquer coisa pode entrar. Da mesma forma, Bohm (2005 *apud* RESENDE, 2015) defende que o papel do facilitador é de retirar-se o mais rápido possível dessa tarefa, pois ao tornar-se apenas mais um membro, significa que os participantes estão a depender cada vez menos dele. Neto (1997 *apud* RESENDE, 2015), em uma discussão sobre acompanhantes terapêuticos, reconhece que é preciso algo “da ordem da paixão” (p. 168) para permitir que o acompanhante sustente uma proximidade com os pacientes respeitando o tempo, ritmo e sentido de cada um.

Ribeiro (2002), refletindo sobre o acompanhamento psicoterapêutico, considera que no início deve-se “criar uma relação de confiança para que uma palavra possa advir e que possam ser instaurados espaços de palavra” (p. 8). A autora afirma que, para que as palavras sejam ditas, é preciso que haja alguém desejando ouvi-las. Sinto ser possível trazer essa ideia ao nosso contexto psicossocial, pensando-se na necessidade de uma *disponibilidade afetiva* (RESENDE, 2015) para que palavras sejam ditas, silêncios sejam sustentados, folhas sejam pintadas, argilas sejam moldadas, músicas sejam dançadas/cantadas (...) e assim o sujeito possa emergir. Nesse sentido, Martins (2012) contribui ao pontuar que “a comunicação verbal faz parte da elaboração do conteúdo expresso artisticamente, mas esta não é essencial [...] Através das artes, da música, do movimento corporal ou do jogo lúdico, pode-se transmitir profundos sentimentos” (p. 16).

### **3.1 Mediadores como dispositivos em saúde mental**

Neste tópico vamos discorrer a respeito dos mediadores como dispositivos inerentes e fundamentais ao trabalho em saúde mental já que, por definição, o *mediador* serve como *intermediário* e como *elo* (HOUAISS, 2001) entre coisas, pessoas, instituições, entre outros. Como visto no capítulo 2, o campo da saúde mental visa promover a reinserção, a autonomia, a ligação, formação de laços, vínculos e trocas. Imagina-se, portanto, como seria inviável esse trabalho sem elementos mediadores entre o *dentro* e o *fora do CAPS* (LEAL & DELGADO,

2007), o sujeito e o meio social, o sofrimento do usuário e o cuidador. Em Tenório (2001) compreende-se que um tratamento deve ser capaz de “acolher e perceber possibilidades expressivas diversas [...] e que muitas vezes não se deixam ver nas técnicas mediadas prioritariamente pela palavra” (p. 67). Nesse sentido, compreende-se que as diversas atividades no CAPS devem possibilitar a expressividade do paciente e a formação de vínculos, “seja *entre* os pacientes e a instituição ou os técnicos, seja *entre* os pacientes e os ‘fazeres’ ou *entre* os próprios pacientes uns com os outros” (p. 68, grifo nosso). O autor defende que o aparato institucional visa criar condições para que as possibilidades expressivas sejam acolhidas, encontrando uma interlocução, bem como para o estabelecimento de vínculos, de forma que esses feitos se desdobrem em uma abordagem singular de cada sujeito.

### 3.1.1 O fazer e o criar como mediação

Lobosque (2001) discute sobre as experiências da loucura, trazendo a importância do exercício constante de fazer dessas experiências algo que possa ser transmitido na cultura, “sem exclusão da subjetividade, ou seja, sustentando a possibilidade do sujeito” (p. 24). Para todos nós é necessária a produção a partir da nossa relação com o meio, ou seja, de nossas experiências, já que é nessa processualidade que se desenvolvem os sentidos subjetivos, conforme González Rey (2007). Sob uma perspectiva psicanalítica, Mezan (2003) pontua que canalizar porções da libido para objetivos socialmente produtivos possibilita a formação de novas conexões e a ampliação da experiência individual. Freud (1910a) define esse processo como sendo a *sublimação*.

O *fazer* e o *criar* humano são, portanto, vias saudáveis de desenvolvimento e, se nos fornecem a oportunidade de “formar novas conexões e ampliar a experiência individual” (FONSECA, 2010, p. 69), vejo como esses atos são fundamentais no campo da saúde mental. No contexto psicossocial, como vimos, é sustentado por Resende (2015) o *fazer junto*, o que acrescenta um *outro* nesse processo de fazer – dando espaço à contratualidade do sujeito -, gerando novos sentidos subjetivos tanto a nível individual quanto social, como defende a abordagem de González Rey (2007).

Safra (2004), em uma ampla discussão sobre a clínica contemporânea, nos coloca que “a cultura é filha do homem e o homem é filho da cultura” (p. 45). A partir das reflexões do autor, compreende-se que ao mesmo tempo em que o criar humano se apresenta em sua

cultura dando a ela continuidade, a própria criação é influenciada pela cultura de onde parte o sujeito que cria. Em uma perspectiva que considera o sujeito “ontologicamente *nós*” (p. 68) por ser constituído nas relações e na cultura, podemos pensar que há uma implicação do sujeito, de suas relações e de sua cultura em tudo aquilo que ele expressa. Winnicot (1975) pontua, nessa perspectiva, que há uma evolução direta “do brincar para o brincar compartilhado e deste para as experiências culturais” (p. 76).

Martins (2012) defende que o indivíduo criador se comunica, dialoga e relaciona com sua própria criação, enquanto a criação propicia “uma ponte facilitadora de acesso aos seus sentimentos” (p. 59). Sob essa perspectiva, Lobosque (2001) nos coloca:

Por vezes alguém começa a pensar diferente ou esquisito - e não me refiro só a pensar sobre coisas esquisitas, mas também a uma esquisitice no próprio modo do pensamento: um sumiço repentino, um aceleração extraordinário, alguma coisa que se impõe, uma evidencia estranha que surge, uma interpretação que não se entende. Certamente, este alguém não terá saída se lhe derem os remédios, mesmo certos, ou se o mandarem para oficinas, mesmo bem cuidadas, ou se o internarem no mais moderno dos hospitais; *este alguém não terá saída se não puder produzir alguma coisa a partir disso, se não puder fazer desta matéria a sua construção* (p. 24, grifo nosso).

Lobosque (2001) considera que “falar *a partir* disso não é nem mesmo necessariamente falar *sobre* isso” (p. 24), mas sim procurar sair do que está em estado bruto e que transtorna, tentando inscrever nas leis da linguagem aquilo que, justamente, “desafia tais leis” (p. 24). A autora contribui em nossa reflexão quando compreende que “produzir a partir disso não obriga sequer a uma passagem pela palavra, mas deve implicar num endereçamento e conduzir a uma montagem, convidar a uma solução” (p. 24).

Oury (1989, *apud* RESENDE, 2015) reconhece que a criação pode ter um caráter suplementar: se “a *fábrica do dizer* – que exatamente dá as condições para que haja linguagem – foi bombardeada, é necessário tirar o máximo proveito dos elementos que subexistem” (p. 137). No lugar do dizer, é preciso achar outras formas para a expressão do homem em sofrimento. O autor coloca, ainda, que “a criação é, ao mesmo tempo, autocriação. Esta, mesmo que resulte em algo precário, pode durar um certo tempo, e produzir um certo equilíbrio” (*idem*).

Winnicot (1975), ao discorrer sobre o brincar como um material para análise com crianças, faz uma analogia ao brincar do adulto. Sugere que deve-se encontrar esse brincar

adulto “na escolha das palavras, nas inflexões de voz e, na verdade, no senso de humor” (p. 61). Pontua que é no brincar, “e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral” (p. 80), descobrindo assim o seu próprio eu (self). Nos é interessante a perspectiva do autor no sentido de que considera uma dimensão mais profunda para o efeitos do *fazer* (“brincar é fazer”, p.63): como algo que pode propiciar um momento significativo de o sujeito surpreender a si mesmo. Não se trata de, a partir do que é feito, o cuidador interpretar: nisso constitui uma forma de doutrinação e submissão desse sujeito. Trata-se de dar espaço para que o sujeito possa ter “uma experiência criativa a consumir espaço e tempo, intensamente real para ele” (p. 75). Pode-se pensar, portanto, em como o fazer e o criar são vias mediadoras do sujeito em comunicação com seu próprio eu.

Como vimos, a convivência é um espaço de trocas que oferece as mais diversas possibilidades de expressão do sujeito. Se Ribeiro (2002) nos coloca que é necessário um lugar de escuta para que um discurso possa advir, reforço o importante papel de uma *disponibilidade afetiva* (RESENDE, 2015) e uma sensibilidade para que se possa perceber o dito e também o não dito. Martins (2012) nos coloca que a comunicação verbal não é essencial para a transmissão de profundos sentimentos, o que nos faz compreender que existem formas alternativas de troca entre pessoas que não necessariamente passam por esse discurso falado. A disponibilidade afetiva e a sensibilidade às quais me refiro dizem respeito, portanto, ao desafio de estar presente no não codificado: estejamos abertos para ouvir, perceber, olhar, pintar, dançar, silenciar, cantar, moldar e o que mais for necessário para *mediar* uma troca com o outro. Afinal, como vimos, não está codificada também a *forma* de se relacionar.

A proposta, nessa reflexão, é de sermos sensíveis para o que está além do recurso da linguagem falada – compreendendo essa também como mediadora na comunicação, mas não somente - para que reconheçamos a presença de um sofrimento que pede cuidados e possamos, como defende Lobosque (2001), sustentar as diversas possibilidades do sujeito. Esse esforço “não leva a razão a desistir de operar, mas, pelo contrario, convida-a a ir mais longe, no desenho das formas e figuras de seu exercício” (LOBOSQUE, 2001, p. 22). Pensa-se nas experiências da loucura não como aberrações, “mas como experiências legítimas e pensáveis do corpo, da existência, do pensamento” (idem).

Reconhecemos, a partir da leitura de Lobosque (2001), que as experiências da loucura são sim perturbadoras, “porque podem rasgar o sentido” (p. 22), mas podem também, em alguns casos, “imprimir ao sentido outros cortes, possibilitando inimagináveis refazendas” (p.

22). Conforme a autora, a dimensão da reconstrução envolve novas produções de sentido, que se dão em espaços de convívio e de afeto, ao fazer arte, ao procurar um trabalho, definir políticas, participar de movimentos, entre outras tão infinitas possibilidades quanto são as formas de expressão existentes. Por esse motivo, os centros de convivência “nada têm de psi: são coordenadas não por profissionais de saúde mental, mas por artistas, hábeis em sua arte, quer se trate de música ou encadernamento” (p. 28).

Miranda (2009) traz, a partir de uma reflexão de Oury (1991), que “o trabalhador de saúde mental precisa desenvolver uma sensibilidade próxima daquela do artesão, de modo que desenvolva uma atenção treinada para perceber a qualidade do contexto e a polifonia que o envolve” (p. 210). A autora se refere também, nessa postura, à percepção daquilo que por vezes não tem coerência suficiente para ser traduzido em palavras. Os próprios delírios podem ser compreendidos como algumas das traduções dessas vivências que fogem à coerência do próprio sujeito, mas que “testemunham a existência do paciente, ainda que de modo vacilante” (p. 212). Defende a necessidade fundamental de percepção dessas sensações e, conseqüentemente, a percepção do sujeito que delas sofre.

### 3.1.2 *Objeto/material mediador*

É possível pensar em *objetos* como mediadores na aproximação com o outro, como afirma Costa (2004 *apud* GAMA, 2011):

Emoções são feitas de imagens e narrativas de caráter mental, mas também das propriedades que lhes são emprestadas por objetos e situações materiais: peso, cheiro, cor, som, altura, largura e profundidade. Não conhecemos criaturas humanas que não tenham parte de suas emoções extrovertidas nos objetos do ambiente. [...] Todos temos relações emocionais com objetos que, inúmeras vezes, *são mediadores necessários à aproximação com o outro* (p. 72, grifo nosso).

Trago um interessante pensamento de McLuhan (1964 *apud* LUIZ, 2013) que diz: “O homem se fascina por qualquer extensão de si mesmo em qualquer material que não seja o dele” (p. 40). Pode-se pensar, portanto, que se determinados elementos foram escolhidos pelo sujeito como mediadores para expressar-se, isso não se dá por acaso: proponho nesse trabalho um olhar sobre os mediadores como extensões do sujeito com a quais ele se identifica e pode, com sua expressão através deles, produzir novos sentidos. Luiz (2013), desenvolvendo sobre a

apropriação de uma obra artística (música, pintura, entre outros) por um receptor, afirma que apropriar-se confere ao sujeito “um papel de agente do processo, com capacidade de diálogo, negociação e formulação de sentido” (p. 40). O autor defende que uma obra se molda e adquire um novo sentido a partir da percepção de cada sujeito que é dela receptor e, além disso, que nesse processo de diálogo e identificações há a constituição da própria subjetividade. Trazendo para a perspectiva da convivência, entende-se que quanto mais esse dispositivo de cuidado deixar à disposição do sujeito diversificados elementos (música, pinturas, poesias, obras de arte, esculturas, revistas, livros, entre outros), maiores são as chances de essa pessoa identificar-se com algo e então se expressar. Como vimos, na convivência os participantes têm a oportunidade de *fazer* coisas, logo podem ser produtores de obras, além de receptores: a escolha do posicionamento em relação a uma obra se dá pelo sujeito em sua particularidade. Penso como esse posicionamento se trata, também, de um exercício da autonomia: pode uma pessoa desejar ouvir uma música e com ela emocionar-se pois diz respeito à sua história, enquanto outra pode optar por escrever sua própria música. Como discutido no capítulo 2, as ações da convivência são sempre sob medida para cada sujeito, de forma que o participante encontre um espaço que acolha seu modo particular de ser e se expressar.

### **3.1.3 A instituição e o cuidador no lugar de mediação**

O próprio CAPS pode ser compreendido, em seu processo constante de articulação com a vida *fora* dele (LEAL & DELGADO, 2007), como um mediador entre o sujeito e o mundo que esse habita. Sendo uma instituição que visa a formação de laços sociais, a promoção de autonomia e a articulação com o mundo afora, compreende-se a mediação (em suas diversas dimensões e possibilidades) como inerente às ações dos CAPS. Miranda (2009), nesse sentido, reforça seu posicionamento sobre a vida institucional ser mediadora no compartilhamento do cotidiano.

Pitiá & Santos (2005) nos mostram, ainda, a dimensão do cuidador como mediador “que tem nas mãos possibilidades de *mediar* a comunicação do paciente com o meio social: [...] encoraja o paciente a formar novas relações de ajuda mútua com as pessoas de seu ambiente imediato e passar daí para novos ambientes e novas relações sem a sua presença” (p. 26). Miranda (2009) acrescenta à essa discussão ao supor que

o paciente pode reconquistar sua reinserção social começando pelo espaço relacional oferecido pelo serviço nos diferentes settings (grupos, oficinas, atendimentos diversos, etc.) *mediados* por profissionais capazes de perceber as singularidades e sustentar a possibilidade de sua existência. Espaços que [...] não admitem exclusão, concreta ou simbólica, de quaisquer características da humanidade desses pacientes (p. 210, grifo nosso).

Em Miranda (2009), compreende-se que oficinas ou a figura de um profissional podem ser mediadores que permitem ao paciente perceber-se pertencente ao contexto relacional, “considerando aspectos de sua realidade e precisando negá-los cada vez menos” (p. 218). A autora nos coloca que o profissional de referência pode, através de seu processo de identificação com o usuário, apresentar este à equipe e mediar sua relação com ela até que ele adquira autonomia.

Nessa orientação, Miranda (2009) destaca a importância de uma função denominada de *mediação do cotidiano* (p. 276), que é facilitada pela disposição do profissional de referência já que, através dele, é possível acompanhar o paciente nas mais diversas esferas de sua vida. Esse acompanhamento se fundamenta em três pilares: a *disponibilidade para acolher o paciente em sua singularidade*, a *permanente relação de confiança* e a *continuidade dos cuidados*. Essa mediação do cotidiano tem como intuito facilitar o processo de ampliação de possibilidades de contato com o mundo social e, ao mesmo tempo, fazer com que o sujeito consiga habitá-lo de modo mais confortável, uma vez que encontra algum espaço para suas experiências e percepções singulares. Não cabe ao técnico de referência, no entanto, fazer *pelo* paciente, mas sim se adaptar ao seu ritmo e necessidades, oferecendo suporte para contato consigo e com o outro. Vale ressaltar, ainda, que deve-se oferecer suporte para as vivências que decorrem desse contato, “estejam elas relacionadas a algum ganho de autonomia ou a sensações de agonia e ruptura” (idem). Percebendo esse suporte, o paciente tem a chance de se apropriar de suas experiências conquistando níveis cada vez maiores de “autoria sobre a própria vida” (idem). Relembro o que foi visto a esse respeito em Figueredo (2007), em que o autor explica sobre a moderação entre a presença e a reserva do agente de cuidados, bem como sobre a importância de *deixar ser* seu objeto.

#### 4. REFLEXÃO A PARTIR DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS: EFEITOS TERAPÊUTICOS DE MEDIADORES NA CONVIVÊNCIA

“Há fazeres pensantes – por isto vivos e belos – que não podem, como também não necessitam, inscrever-se no registro da teoria. A arte ilustra isto muito bem – não apenas a arte dos gênios, dos grandes nomes, mas a arte nossa de cada dia, de convívio e trabalho, de vida e dom”.

(LOBOSQUE, 2001, p. 100)

Neste capítulo darei lugar à reflexão a que se propõe o presente estudo, tendo em vista o teor prático e vivencial dos registros escritos no diário de campo que permitirão um diálogo com a revisão literária em um “vaivém criativo entre teoria e prática” (DEMO, 1941, p. 47). Faz-se necessário, portanto, situar a metodologia em que se embasa este trabalho.

Tendo como base a participação da autora, integrada em um grupo de convivência de um CAPS II do DF desde setembro/2015, foram documentadas em diários de campo as suas próprias experiências. A partir de uma abordagem qualitativa, essas experiências relatadas em diários de campo serão dialogadas com a literatura em um processo de reflexão. De forma a sistematizar a pesquisa, é adotado um dos procedimentos apontados por Demo (1941), a saber, o “conversar, bater papo e estar junto” (p.32), que vai de encontro com o que é feito no grupo de convivência durante a realização das atividades. Essa forma de cuidar na convivência, como visto, é proposta por Resende (2015) e se coaduna com o procedimento apontado por Demo (1941).

Cada encontro no grupo de convivência foi relatado em diário de campo reflexivo, ou seja, um instrumento para armazenagem de informações que possibilitasse reflexão posterior acerca do que foi vivenciado (OLIVEIRA, F. *ET AL*, 2012). Esse instrumento serviu também como um espaço para um registro cuidadoso da própria prática e suas múltiplas dimensões para uma reflexão continuada e posterior articulação entre teoria e prática (OLIVEIRA, F. *ET AL*, 2012). A proposta não se configura, portanto, como um estudo de casos. Vale ressaltar que a identidade dos frequentadores do CAPS será mantida em sigilo por meio da utilização de nomes fictícios neste trabalho.

A análise das informações qualitativas produzidas é feita conforme a hermenêutica de profundidade de Thompson e a proposta de Demo (2006). Trata-se de analisar conteúdos de prática, da participação em si, posicionando a roupagem formal da elaboração discursiva em um plano secundário. O autor enfatiza que é preciso ir além das vestimentas do registro, de modo hermenêutico, ou seja, saboreando as entrelinhas, escavando para além das verbalizações, explorando vivências que “aparecem mais no jogo, na brincadeira, na piada, do que na formulação discursiva cuidada” (DEMO, 1941, p.49). Essa análise inclui a intimidade da vida cotidiana naquilo que ela tem de simples, para além das formalidades.

Demo (2006) discorre sobre três patamares de análise da hermenêutica de profundidade, a saber: a) análise sócio-histórica, cujo objetivo é de “reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas” (p.38). Nesse sentido, formas simbólicas são “construções significativas que exigem uma interpretação; elas são ações, falas, textos que, por serem construções significativas, podem ser compreendidas” (THOMPSON, 1995 *apud* DEMO, 2006, p. 36). Estas formas podem ser melhor compreendidas se contextualizadas socialmente, ou seja, se seguirmos o roteiro de sua formação histórica e social, já que “para objetos socioculturais a história não é apenas um desdobramento replicativo, mas algo genético (...), parte de sua explicação” (DEMO, 2006, p. 39); b) análise formal ou discursiva, cujo objetivo é tornar compreensível a estrutura da complexidade dos objetos e expressões que permeiam os campos sociais, considerando que toda dinâmica apresenta traços estruturais abertos à formalização e; c) interpretação/reinterpretação, que busca dialogar as informações qualitativas adquiridas na experiência com diferentes olhares e saberes presentes na literatura, processo que também dá lugar à reflexão da própria autora. As fases anteriores podem ser consideradas como preparação para a interpretação. Os métodos da análise discursiva procedem através da *análise*, para que, por meio da desconstrução, possa-se desvelar padrões que operam em uma forma simbólica ou discursiva. A interpretação, por sua vez, constrói sobre esta análise e também sobre os resultados da análise sócio-histórica.

A identificação dos possíveis efeitos terapêuticos do uso de mediadores no campo de saúde mental, como objetivo da presente pesquisa, teve espaço no próprio contato da autora com os usuários durante a experiência de convivência. Para tanto, as dimensões do cuidar propostas por Resende (2015) - *estar com, fazer junto e deixar ser* – estarão implicadas também na postura adotada pela autora diante dos usuários, não havendo a aplicação de questionários ou a imposição de atividades. Orientada por essa concepção, a participação da

autora no grupo se dá sob medida para os desejos e modos de ser de cada sujeito, podendo ser identificadas, dessa forma, novas e diferentes formas de mediação nessas relações.

#### 4.1 Contextualização sócio-histórica

Uma análise sócio-histórica nos possibilitará compreender os enlaces da convivência no campo da saúde mental, no contexto dos CAPS e, particularmente, no CAPS II no DF, onde a presente pesquisa teve espaço. Safra (2004) retrata que “a dimensão histórica é necessária para o acontecer humano. Não se pode abordar a condição humana eximindo-se de pensar o homem em sua historicidade” (p. 75). Nesse sentido, vamos resgatar as condições passadas que deságuam no presente e com ele dialogam sendo, portanto, pertinentes para a compreensão das experiências que serão analisadas formalmente no próximo tópico.

Conforme discutido no capítulo 1, estamos diante de um campo marcado por relações de poder, anulação da contratualidade dos sujeitos em sofrimento psíquico e objetivação desse sofrimento em uma categoria de “doença mental”. Temos como base alguns movimentos para pensar o objetivo da política nacional de saúde mental, a saber: a reforma psiquiátrica, que busca *dar à loucura um outro lugar social* (TENÓRIO, 2001); a concepção advinda da psicanálise sobre a implicação do sujeito em seu sintoma; a experiência italiana de desinstitucionalização, que considerou esse processo a nível não apenas institucional mas também social, considerando como atores todos os sujeitos sociais envolvidos, conforme Rotelli (2001) e; o combate ao processo histórico de opor sujeito e loucura, como aponta Tenório (2001). Inspirada pela visão desses movimentos, o objetivo da Política Nacional de Saúde Mental é, em suma, promover a *reinserção social* (LOBOSQUE, 2003; BRASIL, 2004). No capítulo 3 foram trazidas, a partir de Resende (2015) e num diálogo com a perspectiva de González Rey (2007), as “possibilidades de interlocução e produção subjetiva através da intersubjetividade na convivência” (RESENDE, 2015, p. 227) entendidas como *fazer junto, deixar ser e estar com*.

Adentrando na realidade do Distrito Federal, sabe-se que o estado encontra-se com a mais baixa cobertura assistencial do CAPS por 100.000 habitantes, conforme indicadores do IBGE evidenciados por Brasil (2012). Gabriel (2015) aponta que, por não existirem suficientes estruturas substitutivas ao hospital psiquiátrico, ainda existe o Hospital São Vicente de Paula. Para que ele pudesse ser fechado, seria necessário haver CAPS III e

Residências Terapêuticas, instâncias que funcionam 24 horas de forma a acolher a crise em qualquer horário. Essas questões afetam a realidade rotineira nos serviços de saúde mental, como desenvolve Goulart (2013), por exemplo, sobre os pacientes precisarem se deslocar de sua Região Administrativa do DF para ter acesso a profissionais especializados em saúde mental: “trata-se de uma expressão importante das dificuldades existentes na região, que ainda conta com uma quantidade muito insuficiente de serviços especializados nesse tipo de atenção” (p. 88). O autor enfatiza que a qualidade de um tratamento afastado do território do paciente é no mínimo questionável, já que premissa básica do movimento de desinstitucionalização se vê desviada em sua raiz, “pois não é possível que a atenção se volte para as especificidades concretas do usuário, se o seu mundo está amplamente afastado do serviço” (p. 88). Resende (2015) discorre sobre essa problemática territorial, apontando que a área de abrangência que desses serviços no DF é muito superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde.

Resende (2015) discorre sobre o déficit de profissionais presente não só nos CAPS, mas em todos os serviços de saúde mental no DF, o que dificulta o cuidado nesse contexto. A autora destaca, ainda, sobre a importância de uma supervisão clínico-institucional desses profissionais para promover o cuidado ao cuidador. Considera que através da escuta dele, a supervisão pode apontar para possíveis riscos, provenientes ou não do trabalho, como a ansiedade, estresse, assédio moral, entre outros. No entanto, a autora aponta que embora haja uma verba aprovada pelo Ministério da Saúde para realizar essas supervisões, há alguns anos o DF não a tem oferecido, por dificuldades burocráticas, que resultaram em devolução do valor.

De acordo com o Relatório Anual de Atividades de 2012 do governo do DF, o índice mais recente da taxa de cobertura assistencial do DF, apurado em 2010, é de 0,25 (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2012). O mesmo Relatório aponta que existem serviços implantados que atendem normalmente a população, mas que no entanto ainda não foram credenciados. Levando esses serviços em conta, a taxa de cobertura assistencial no DF aumentaria para 0,46 (idem), o que faz com que a cobertura deixe de ser baixa para ser regular/ baixa, como aponta Resende (2015), com base nos parâmetros do Ministério da Saúde. Resende (2015) relata que houve, entre 2010 e 2014, “um aumento considerável de CAPS: de 07 para 17, com um aumento significativo no número de CAPS ad” (p. 228), e reconhece que esse fato é mérito de uma gestão apoiada pelo Movimento Pró-Saúde mental

do DF, instâncias que se diferenciam do histórico no DF marcado por descompromisso com a saúde mental.

Zgiet (2010), discorrendo sobre os obstáculos à concretização da política de saúde mental no Distrito Federal, reconhece que nesses obstáculos estão presentes fatores macro e microconjunturais, como o desapoderamento do órgão responsável em nível local pela gestão da política de saúde mental, a pouca visibilidade das ações em saúde mental em comparação às outras áreas da saúde, a concentração dos esforços estatais e da demanda sobre o hospital psiquiátrico em detrimento dos serviços substitutivos, o desconhecimento e desmobilização da população em relação ao assunto, a manutenção de práticas segregadoras no hospital especializado, o pouco incentivo à capacitação dos profissionais por parte da Secretaria de Estado de Saúde e a burocracia excessiva na mobilização de recursos para a implantação de serviços, entre outros.

Resende (2015) reconhece que, apesar dos avanços ocorridos no período da última gestão, a situação do DF em relação à implementação da política e serviços de saúde mental é ainda precária. Tal indício, como visto em Goulart (2013), reflete diretamente na qualidade e efetividade dos serviços e, conseqüentemente, no cotidiano dos usuários. Nesse sentido, essa reflexão é fundamental para compreendermos os desafios que os CAPS II – contexto do presente trabalho – enfrentam no DF.

Como visto anteriormente, os CAPS são um dos principais serviços substitutivos previstos na atual política nacional de saúde mental. Brasil (2016) aponta que a RAPS é composta por CAPS, SRT, Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracterizando-se por ser essencialmente pública, “de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica” (p. 25). Portanto, o Ministério da Saúde entende que é fundamental garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, de forma a favorecer o protagonismo dos usuários na construção da RAPS. Além disso, é preciso compreender que a articulação em rede desses variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é fundamental para constituir um conjunto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Brasil (2016) considera que esta rede é maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município: a articulação com outras instituições, associações, cooperativas e outros espaços da cidade é o que favorece essa rede como sendo de base comunitária. Entende-se aí a importância de um movimento permanente e direcionado para outros espaços da cidade para a emancipação das pessoas com transtornos mentais.

É neste cenário que o presente trabalho se situa, tendo um CAPS II do DF como espaço das experiências. Esse CAPS foi criado em 2007, de acordo com Resende (2015), “situado em uma região administrativa do DF, com população aproximada de mais de 360.000 habitantes” (p. 233) mas, como mencionado acima, este CAPS atende várias outras regiões administrativas pela escassez de serviços de saúde mental, sendo responsável por um território de *1.200.000 habitantes* (RESENDE, 2015).

O grupo no qual obtive a experiência, matéria prima para este trabalho, é fruto de uma intervenção advinda da tese de doutorado da Tania Inessa Martins de Resende, Professora Doutora que me orientou no PRISME, nesta monografia e em meu estágio específico da graduação, também laborado em um CAPS II. Resende (2015) descreve que sua pesquisa de doutorado, de caráter qualitativo, é uma pesquisa-intervenção, que tem como objetivo “caracterizar a convivência como dispositivo de cuidado na clínica da atenção psicossocial” (p. 194). A autora ressalta que suas intervenções contaram com a participação e opinião da equipe e dos frequentadores. Em sua tese, Resende (2015) aponta que a convivência foi, ao mesmo tempo, objeto e estratégia de sua pesquisa.

Esse grupo de convivência, no qual estou integrada desde 02/09/2015, teve início no dia 19/09/2012, como aponta Resende (2015). A atividade de pesquisa da tese de doutorado foi encerrada no dia 05/07/2013 mas, a pedido dos frequentadores e pelo interesse do CAPS, o grupo continuou em funcionamento. Tive a oportunidade de participar desse grupo a partir do meu ingresso no Projeto Interdisciplinar de Saúde Mental (PRISME), do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

De acordo com Gabriel (2015), o PRISME existe há 14 anos e tem como premissa o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar entre professores e alunos dos cursos de graduação em Direito, Educação Física, Enfermagem e Psicologia, sendo que esses alunos atuam nos serviços de saúde mental do Distrito Federal. Nesse projeto, os alunos podem escolher instituições conveniadas para atuar dentre as seguintes: CAPS II Taguatinga, CAPS II Paranoá, Inverso – ONG em Saúde Mental, CAPS II Planaltina e CAPS II Samambaia. Essa atuação é supervisionada semanalmente com os quatro professores orientadores de cada área de atuação, momento em que questões relevantes e dificuldades são discutidas.

A seguir, apresento a análise discursiva da atividade de convivência reconhecendo, como recorte dessa pesquisa, a presença dos mediadores e seus possíveis efeitos terapêuticos. Na terceira e última etapa da análise das informações qualitativas – a interpretação/

reinterpretação – a contextualização sócio-histórica apresentada aqui será retomada para pensarmos a potencialidade da convivência e dos mediadores no contexto do CAPS e, como sugere Resende (2015), “pensar [...] as dificuldades e limites para combater a institucionalização através da convivência” (p. 235).

## **4.2 Análise discursiva**

As informações qualitativas obtidas a partir da minha experiência e registradas em diário de campo serão as matérias primas nesta etapa da análise. Todos os nomes utilizados, tanto de usuários quanto de profissionais e outros alunos são fictícios. Considera-se a informação qualitativa como Demo (2001) propõe: “refere-se àquela ostensivamente interpretada e que lida com sujeito-objeto, não como mero objeto de análise” (p. 30). O autor defende não ser possível nos comunicarmos sem sermos parte do processo comunicativo, tanto como sujeitos quanto como sujeitos-objeto. Portanto, a informação qualitativa não tem o intuito de ser neutra ou objetiva, “mas permeável à argumentação consensual crítica” (idem).

Será apresentada uma análise da atividade e do grupo de convivência conforme a categorização utilizada por Resende (2015) em sua tese de doutorado, pois o presente trabalho diz respeito a uma continuidade do grupo proposto pela autora. No entanto, como proposta específica desta monografia, o papel dos mediadores nesse contexto será destacado.

Embora consideremos os mediadores, a partir de Resende (2015), como um dos facilitadores para a atividade de convivência (sendo, portanto, inerente a ela), darei lugar para uma análise mais detalhada dos mediadores em um tópico específico subsequente. Vale ressaltar que a caracterização do grupo e da atividade de convivência será pensada a partir das dimensões suplementares do cuidado vistas em Resende (2015), a saber, as dimensões *ética*, *política* e *clínica*, bem como a partir das disponibilidades clínicas vistas anteriormente (*estar com, fazer junto e deixar ser*).

### **4.2.1 Atividade de convivência**

#### **a) Caracterização**

Resende (2015) defende que a atividade de convivência se define pela disponibilidade para “*estar com os usuários e fazer junto sem agenda definida*” (p. 236), basicamente

acompanhando o sujeito, como visto em Tenório (2001). Essa atividade tem como objetivo o conviver fora de atividades programadas, mas tendo como essência uma disponibilidade de cuidado que se dá na justa medida – “cuidar sem tutelar, mas também sem desassistir” (RESENDE, 2015, p. 236). O profissional e seu aporte técnico/teórico são descentralizados para uma postura horizontalizada em relação ao sujeito, de forma que fiquem ambos diante da mesma paisagem, como vimos no capítulo 3. Pensa-se, nessa postura, uma alternativa ao modo de organização do cuidado no CAPS, ao modo de acolher e fazer vínculos, “desburocratizando o cuidado” (idem).

A partir de Resende (2015), sabe-se que as principais circunstâncias e espaços onde a atividade de convivência pode ser realizada são no pátio, na recepção, nas salas e nos espaços de espera. Ela acontece em intervalos, lanches, momentos de espera, no início e no fim das atividades. A autora reconhece que, nesses espaços, também estão presentes os familiares dos usuários: “uma importante possibilidade de contato com os familiares desenvolveu-se com a atividade de convivência [...] É uma queixa e preocupação constantes no CAPS a dificuldade de inserir a família no processo de cuidado” (p. 237). A atividade pode ser, portanto, uma estratégia para criar vínculos com esses familiares, de modo mais autêntico. Resende (2015) e Lobosque (2003) coadunam na perspectiva de que devemos buscar estabelecer um laço de parceria com as famílias, “mas jamais de cumplicidade: não *consertamos* pacientes para uso e abuso familiares, mas para lhes dar voz ativa e condições de posicionamento e contratualidade neste jogo de forcas exigido por todo embate familiar” (LOBOSQUE, 2003, p. 32).

Fui na recepção para acompanhar os que aguardavam em uma grande espera para atendimento. Haviam 2 mães acompanhando seus filhos. Elas me viram e quiseram falar comigo sobre a urgência de um tratamento para eles. Falavam de seus filhos com eles bem ao lado, expondo questões íntimas do adoecimento deles e de suas crises. Fiquei muito desconfortável, pois só de ouvi-las expondo seus filhos dessa forma sem nem incluí-los na conversa, me sentia cúmplice desse silenciamento. A acompanhante contou abertamente sobre como Dafne (sua filha) ameaçou esfaquear um membro da família. Falava comigo suplicando por um atendimento psiquiátrico, dizendo que a situação estava muito perigosa e que ela (mãe) precisava de ajuda. Dafne, enquanto isso, olhava para mim. Eu não conseguia me dirigir a ela pois sua mãe falava ininterruptamente. Outra acompanhante também quis desabafar sobre seu filho Hamilton, dizendo que ele quase cai no meio da rua várias vezes e que ela é idosa e ansiosa, que não pode ficar cuidando dele. “Ele tem que ser internado logo!”, disse ela [...] Vi que Hamilton estava de pé, então me virei a ele e ofereci uma cadeira. Sua mãe respondeu “ele não quer sentar, gosta de ficar em pé”. Ao mesmo tempo ele também respondeu “não, obrigado”. Ele podia me responder, afinal. Percebi que ele não tinha voz perto dela, já que ela tomava a frente de tudo (DIÁRIO DE CAMPO, nº 20).

Como visto em Tenório (2001), temos como pressuposto básico a pessoa a ser tratada, respeitando seu tempo e ritmo, sem realizar um tratamento pautado em exigências que dizem respeito aos valores da equipe. Leal & Delgado nos apontam, ainda, que não se deve compreender a saúde como uma adaptação do sujeito ao meio e determinando aprioristicamente os objetivos a serem alcançados. Essas posturas acarretam em uma perspectiva normatizadora, que anula a particularidade desses indivíduos. Não obstante nosso esforço para a emancipação do sujeito, por vezes ele pode ser cerceado pelo seu próprio núcleo familiar, como visto no recorte apresentado. Da mesma forma, se por um lado pensamos a problemática da doença como dizendo respeito à existência e não como sintomas a serem curados (TENÓRIO, 2001), os próprios acompanhantes e usuários podem estar vislumbrando outro cenário, ou seja, com a expectativa de uma cura a partir de medicações e internações (“ele tem que ser internado logo!”). Reconhece-se aí a importância do cuidado com os familiares junto aos usuários, para que até mesmo essas expectativas sejam acolhidas e tenham um lugar para elaboração.

#### **b) Modos de aproximação**

Resende (2015) discorre sobre modos de aproximação que facilitam a realização da atividade, a saber: familiaridade, gentileza/afetividade, informalidade, mediador/algo em comum, sensibilidade e interesse autêntico. Pude perceber em minha experiência os efeitos desses facilitadores, pois a partir desses modos de aproximação o vínculo entre eu e alguns usuários se deu de forma mais intensa. Resende (2015) pontua que “ter alguma **familiaridade** com os usuários facilita a aproximação” (p. 240). Percebi que lembrar do nome das pessoas e assim cumprimentá-las toda vez que as encontro já é uma atitude que permite a concretização dessa familiaridade.

[...] tivemos uma curta troca quando nos conhecemos, mas toda vez que o Marcos passava ao meu lado no CAPS eu olhava em seus olhos e o cumprimentava pelo nome. Hoje eu estava sentada na recepção e ele me viu, puxou uma cadeira e sentou-se na minha frente. Conversamos como se fôssemos velhos conhecidos (DIÁRIO DE CAMPO, nº 25).

Isso é perceptível, ainda, quando um usuário senta-se ao meu lado dizendo que sempre gostou da minha presença e a partir daí conversamos sobre seu sofrimento (DIÁRIO DE

CAMPO, nº 34). Outrossim, por eu ter convivido tantos dias com Nicolas, ele se sente confortável para se abrir comigo na própria recepção sobre o que tem pensado sobre a vida (DIÁRIO DE CAMPO, nº 28). Também quando Aldo, que atendo individualmente no estágio clínico da universidade, vai ao CAPS para fazer seu PT, me vê na recepção e me cumprimenta com um sorriso: “Ei, você se lembra de mim?” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 32).

Outros facilitadores, conforme Resende (2015), seriam a “**gentileza e a afetividade**” (p. 241) no modo de se aproximar. Isso se dá no cumprimento com um sorriso a cada encontro que tenho com pessoas no CAPS e quando pergunto gentilmente se posso pintar junto com Élide, reparando que as pinturas que ela estava fazendo estavam muito bonitas (DIÁRIO DE CAMPO, nº 2). Pode se dar até mesmo ao demonstrar que dou ouvidos ao que Cícera está sentindo:

Cícera não quis participar da atividade proposta em uma oficina, pois nela os participantes tinham que pintar conjuntamente em um cartaz coisas que os faziam felizes, mas Cícera dizia que queria morrer, que se sentia feia e que, se pudesse, desenharia um caixão. Ela chorava enquanto dizia isso tudo. A profissional que conduzia a oficina respondeu “você não é feia” e continuou observando os outros participantes. Vendo aquela situação, me aproximei de Cícera e a perguntei gentilmente se gostaria de um papel e tintas para desenhar um caixão. Ela aceitou, pedindo as tintas preta, roxa e aceitou também minha companhia enquanto fazia. Desenhamos juntas o caixão e ela acrescentou em volta dele cada membro amado de sua família, me falando sobre cada um deles enquanto pintava (DIÁRIO DE CAMPO, nº 23).

Percebe-se nesse recorte que encontrei uma deixa para me aproximar afetuosamente de Cícera, tentando me posicionar na mesma paisagem dela. Esteve presente nessa troca entre nós duas o que há de essencial à convivência: o acolhimento ao espontâneo. No entanto, podemos reconhecer na postura da facilitadora algo avesso não só ao que defendemos a partir da convivência, como também ao próprio movimento da reforma. A facilitadora negou a percepção de Cícera (“você não é feia”), anulando as possibilidades de reconhecer o que essa queixa diz sobre Cícera ou como isso estaria implicado em sua história de vida. Após essa oficina, quando fui trocar percepções com a facilitadora, ela disse: “a Cícera eu acompanho faz tempo... Ela tem esse movimento histérico desde sempre, muito queixosa, mas ela quer é chamar atenção... Por isso hoje eu não dou mais papo pra essas queixas” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 23). Está claramente presente nesse discurso aquela perspectiva da objetivação do sujeito que discutimos a partir de Ongaro (2001), Foucault (1987; 1972), Basaglia (2001), Ornellas (1997), entre outros, categorizando a pessoa como doente mental, deslegitimando

suas formas particulares de ser e estar no mundo. Nesse caso específico, Cícera foi rotulada a partir de um diagnóstico de histeria, de forma que seu sofrimento não foi considerado legítimo pela profissional, que achou que a usuária apenas queria chamar atenção. Imagino o estranhamento que esse discurso da profissional pode ter gerado no leitor que estava a refletir sobre modos de aproximação do sujeito. Acredito ser interessante apresentar esse contraste pois é com um estranhamento ainda maior que me deparo com essa postura partindo de um profissional do CAPS. Como vimos na contextualização sócio-histórica, estamos em um campo marcado por relações de poder e objetivação das experiências da loucura, de forma que é possível perceber novas formas de institucionalização no CAPS em casos de profissionais cujas práticas e posturas não são interpeladas pelas dimensões ética, política e clínica vistas em Resende (2015).

Resende (2015) pontua que “uma certa **informalidade** no modo de se aproximar e estar junto também surge como facilitador” (p. 241). Essa característica surge, por exemplo, em meu encontro com Nicolas na recepção do CAPS enquanto esperava a chegada de todos os participantes para o grupo de convivência:

Nicolas foi o primeiro a chegar e estava sentado na cadeira da recepção [...] Sentamos próximas a ele eu e outra aluna de extensão e começamos a conversar. Ele gosta muito de falar sobre *substâncias do cérebro* como organizadoras das células, controladoras do corpo e de emoções. “Meu cérebro é ruim, ele parou de produzir as substâncias que eu preciso há muitos anos... Um médico me disse que depois de velho não tem jeito. Se fosse com 20 anos eu até poderia ser curado, mas agora não”, disse Nicolas de maneira entristecida. Refleti sua fala, respondendo: “Você queria ter começado um tratamento quando mais novo”. Ele continuou: “Como queria...! Sabe que lembro de ter crise desde pequeno? A primeira que senti foi quando minha irmã morreu... Nada a ver, né? Minha irmã morrer e eu ter crise”. Fiquei muito surpresa com o que ele disse ali, pois o conheço há um ano e ele nunca havia tocado nesse assunto comigo ou no grupo. Ele continuou: “Naquela época, a gente pensava que o bebê vinha de cegonha [...] e então eu pedi para um avião que passou no céu que eu ganhasse um bebê. No dia seguinte nasceu minha irmã [...] e eu desenvolvi um amor tão grande por ela... ela era minha, entende?!”. Mais uma vez me surpreendi com sua fala, mas agora por ele ter dito “*eu* desenvolvi um amor tão grande”, em primeira pessoa. Antes ele me dizia que as substâncias do cérebro produziam amor, como se fosse algo alheio a ele próprio. A conversa de repente se tornou muito profunda e confidencial, de forma que quando passava alguém na recepção ele parava de falar até que estivéssemos apenas os três novamente (DIÁRIO DE CAMPO, nº 28).

O espaço cotidiano da recepção foi onde emergiu a experiência de sofrimento de Nicolas, experiência esta que não encontrou tempo e espaço para ser compartilhada até então. Havia algo de muito espontâneo naquela “conversa de recepção” antes de iniciar o grupo que

me mostrou como era rica essa interação tão avessa à lógica institucional. Tratava-se de uma troca realizada em movimento, como vimos na perspectiva da clínica *peripatética* (LANCETTI, 2008), que compreende o ir e vir como um lugar potencial para o surgimento de conversações e pensamentos. Está presente nesta informalidade o “*estar com de uma forma autêntica*” (RESENDE, 2015, p. 242), o que pode ser ilustrado com o seguinte relato:

Nicolas [...] nos ensinou as regras de um jogo matemático. Ensinou a mim, que demorei para entender e pedia que ele me explicasse várias vezes já que eu realmente estava interessada em saber. Em um momento ele disse “eu sei que você também tem a memória estragadinha, que nem eu”. E de fato eu tenho! Morremos de rir. Depois de aprender, consegui reproduzir a explicação para Marta, que também entendeu. Ela, por sua vez, havia aprendido de Nicolas outro jogo e me testou. Ele nos olhava orgulhoso por termos conseguido jogar sozinhas (DIÁRIO DE CAMPO, nº 21).

Lobosque (2003), discorrendo sobre o serviço nos moldes de uma clínica em movimento, expõe que o respeito à dor do outro não deve se revelar na formalidade da postura, mas no seu acolhimento, e “não se revela nas cerimônias ocas da polidez, mas na cordialidade do interesse verdadeiro” (p. 28). No recorte do contato com Nicolas está presente esse importante aspecto do interesse verdadeiro ao que ele estava me ensinando. Eu não o ouvia sem questionar, aqui e ali, sobre algumas coisas que eu não compreendia. Esse movimento se deu de forma semelhante com Tiago:

Ao longo da conversa com Tiago surgiu o assunto de xadrez e ele disse que gostaria muito de aprender a jogar. Encontrei o jogo no CAPS e me coloquei à disposição para ensiná-lo. Tiago prestou atenção à minha explicação e tentou começar a jogar. Subitamente disse que não tinha entendido nada da minha explicação e que aquele jogo era muito confuso. Eu tentei explicar de uma outra forma mas ele sugeriu que jogássemos dama. Dessa vez ele me ensinou a jogar dama, já que eu sabia muito pouco. Demonstrou ter paciência com meus erros, me deixava repetir jogadas me contando quais eram as melhores estratégias. Ele dizia: “não, essa sua jogada foi ruim... Olha só! Come essa peça minha bem aqui, se não eu posso comer a sua aqui”. Eu respondia a seus comandos, questionando algumas regras que eu não entendia. Depois de Tiago perceber que entendi a lógica do jogo, ele concluiu: “Isso! Agora você está igualzinha a mim”. Ainda assim, eu perdi todas as partidas! (DIÁRIO DE CAMPO, nº 8).

Estar implicada naquele momento permitiu o acolhimento à vontade de ensinar expressa por Tiago. Pode-se perceber que minha explicação sobre o xadrez para Tiago foi, por um momento, sob medida para sua demanda de querer aprender. Em outro instante, a minha explicação tornou-se confusa e nada satisfatória para ele, o que o fez querer mudar de jogo. E

mudamos! Não só de jogo, como também de papéis: no segundo momento, ele assumiu o lugar daquele que ensina. Esse processo foi possível por eu não ter, por exemplo, insistido em continuar o xadrez numa tentativa de ensinar a qualquer custo, já que ele havia dito que queria aprender. Ao contrário, atendi ao seu desejo de jogar dama e permaneci junto a ele para tentar aprender o que ele se dispôs a me ensinar. Foi um contato horizontal a ponto de permitir um intercâmbio de papéis. Falaremos mais sobre a importância dessa postura na constelação do estabelecimento de relações horizontais do grupo de convivência.

A partir desse encontro com Tiago podemos pensar outro facilitador sugerido por Resende (2015): “a **sensibilidade** para analisar a necessidade de cada um” (p. 242). Me parece que Tiago estava mesmo interessado nessa possibilidade de saber jogar mais do que de ser ensinado a jogar pois, ao se despedir, disse: “eu vou aprender a jogar xadrez para que na semana que vem eu jogue contra você. E vou trazer também o jogo Uno” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 8). Na sensibilidade estão implicados o cuidado e a aproximação sob medida para o sujeito, reconhecendo “o momento de aproximar-se informalmente de alguém que esteja isolado e respeitar se seu desejo for continuar só, o momento de oferecer ajuda, o momento de esperar e não interferir... Aqui o *estar com* surge mediado pelo *deixar ser*” (p. 242). Isso também se deu em minha experiência quando

Joana tentou começar a montar um quebra-cabeças e desistiu. Perguntei se ela gostaria de tentar de novo junto comigo e ela respondeu que não. Falei que parecia ser difícil e ela fez que sim com a cabeça. Percebi que ela não queria papo e comecei a montar o quebra-cabeças sozinha, imaginando que quando ele tivesse feito pela metade ela se interessaria novamente. Quando estava na metade do quebra-cabeça eu disse, de forma que Joana ouvisse: “Cansei de montar... Vou deixar aqui para caso alguém queira terminar”, e saí para interagir com outros usuários [...] Um tempo depois observei de longe Joana entretida terminando de montar aquele mesmo quebra-cabeça. Quando o vi montado perguntei a Joana se foi ela quem montou. Ela sorriu e assentiu. Estendi minha mão sorrindo e dizendo, com ar de parceria: “bate aqui!”, e ela bateu na minha mão ainda sorrindo (DIÁRIO DE CAMPO, nº 1).

Resende (2015) discorre também sobre o facilitador de “**buscar algo em comum**” (p.241) ou mediador para promover a aproximação na atividade de convivência, o que pode ser ilustrado com um momento de muita interação no grupo de convivência:

Olhei o barbante e senti vontade de brincar de cama de gato. Sugeri brincar com a outra aluna Nádia, ela topou e a relembrei sobre os movimentos. Erramos várias vezes e ficamos presas em uma das etapas. Esse movimento chamou a atenção do grupo. A Milena olhou e disse “esse aí é para se puxar com os mindinhos não é?” e

eu disse “olha só, ela sabe!” Estendi o barbante entrelaçado para ela e ela tentou fazer, mas errou. Nós três tentamos umas 6 ou 7 vezes [...] Quando conseguimos muitos do grupo comemoraram com a gente dizendo “êêê”. Um tempo depois Sr. Fernando falou comigo “aquilo que vocês estavam fazendo era pé de galinha?” e eu respondi “não, era cama de gato! Como é o pé de galinha?” e ele pegou o barbante. Eu disse “acho que esse barbante é curto para sua mão...” e ele “que nada! E fez um entrelaçamento que montou um pé de galinha perfeito. Eu fiquei impressionada, e ele tentou me ensinar várias vezes. Ele dizia “não, tá errado! Você não está conseguindo fazer”. Ele foi paciente em me explicar e eu consegui fazer um pé de galinha um tanto deformado. Ele disse que quando pequeno brincava muito daquilo e começamos a conversar sobre sua infância. Percebi o quanto essa atividade mediou uma integração no grupo, aproximando as pessoas com uma brincadeira muito comum da infância de todos nós (DIÁRIO DE CAMPO, nº 17).

Resende (2015) reconhece, a partir de Delion (1984), que um mediador não é só algo “entre nós e eles, mas uma outra ordem discursiva que permite a conexão. Para que um objeto ou gesto funcione como mediador é preciso estar articulado com a história do sujeito” (p. 241). Como a proposta da presente pesquisa é de aprofundar sobre esse facilitador em específico, a análise formal sobre mediadores será feita mais detalhadamente em um tópico subsequente.

### c) Dimensões do cuidar

O que foi discutido acima nos mostra a potencialidade do cuidado que se dá na convivência. Essa atividade surge, como desenvolve Resende (2015), “como uma oportunidade diferenciada para **acolher demandas** [...] quando estamos lá disponíveis conforme a necessidade do sujeito” (p. 246). A autora reconhece que a atividade se configura como um *dispositivo sob medida* ao conversar e *estar com* quem não consegue ou quer estar nas atividades propostas pelo CAPS, ficando sem atenção e cuidado. A dimensão ética se dá nesse estar disponível para o outro, tentando estratégias diversas para cuidar de cada sujeito.

Valdete, na escada, me disse com tom de urgência: “eu preciso conversar com alguém”. Respondi “Claro, podemos conversar agora!” [...] Ela começou: “preciso adiantar minha consulta com o psiquiatra...”. Disse que os medicamentos que ele havia passado na última sessão não estavam fazendo efeito e que sente muita fome mas não consegue comer porque as comidas vão engasgá-la. “Estou com medo de me engasgar com meu próprio cuspe”. Percebi sua sensação de fragilidade e imaginei que poderia tentar ajudá-la a suprir sua necessidade de comer, que parecia ser o mais urgente para ela naquele momento. Eu disse gentilmente a Valdete que poderia ver o lanche que tinha no CAPS para oferecê-la, permanecendo ao seu lado enquanto ela comesse, e então se algo acontecesse eu estaria ali. Ela aceitou. Levei bolachas e suco de goiaba, e ela pegou rápido a comida de minhas mãos e começou

a comer, dizendo que o biscoito descia bem. Comeu tranquilamente e eu a esperei comer enquanto observávamos passarinhos à nossa frente (DIÁRIO DE CAMPO, nº 21).

Resende (2015) nos coloca a importância dessa dimensão ética de responsabilizar-se pelo outro, agindo de acordo com as necessidades do sujeito e não a partir de procedimentos padronizados. Inspirada por Lévinas, a autora reflete sobre a importância de estar disponível para o sujeito e seu sofrimento de modo a sempre buscar fazer algo por ele, “pois ser indiferente [...] é ser cúmplice” (RESENDE, 2015, p. 247). No episódio com Valdete me coloquei à disposição para estar ao lado dela enquanto comia, reconhecendo seu medo e dificuldade de fazer aquilo sozinha. A partir disso ela teve a coragem de comer e nem mesmo se engasgou como tanto temia.

Quando Valdete terminou de comer ela estava calma, muito diferente de como chegou a mim no início da conversa. Enquanto estávamos em silêncio, percebi que poderia acolher ali mais do seu sofrimento. Eu disse a ela: “fico imaginando o que mais tem sido tão difícil de engolir em sua vida além da comida”. Valdete respondeu, quase antes de eu terminar: “Minha separação. Minha gravidez... Porque eu tive depressão pós-parto, não aceitei bem a minha gravidez [...]”. Ela continuou falando sobre sua história e seu sofrimento por muito tempo, parecendo estar em uma catarse (Diário de campo, nº 21).

A partir de Tenório (2001), em uma reflexão sobre a apreensão psicanalítica dos sintomas, sabe-se que “desde Freud, assumimos que o sintoma diz uma verdade do sujeito, ou seja, que, ao mesmo tempo em que eclipsa o sujeito, o representa” (p. 57). Resgatando a leitura freudiana, o autor reconhece o delírio, por exemplo, como “uma forma particular de o sujeito dizer a verdade” (p. 78). O autor reflete que o sujeito não existe, nessa concepção, apesar dos desvios, mas neles mesmos. No meu encontro com Valdete, pode-se perceber que dei lugar a uma escuta analítica que, como pontua Tenório (2001), “consiste em fazer o sujeito escutar o que ele mesmo diz e criar condições para que possa tirar consequências disso” (p. 81). Ela disse que as comidas iriam engasga-la caso ela tentasse comer e por ter medo disso não comia. Em minha fala, interpretei sobre como essa sensação que Valdete trouxe (de ser difícil para ela engolir a comida) poderia se estender em sua vida, dando a oportunidade para que ela pudesse falar mais sobre seu sofrimento. Figueiredo (1996 *apud* TENÓRIO, 2001) afirma que “a interpretação não deve visar à causa, ao porquê. Deve, sim, causar algo” (p. 81). Se foi possível intervir de forma que tanto mobilizasse o discurso de Valdete, penso ser porque estiveram presentes, desde o início do nosso encontro, algumas

posturas inerentes à ética, a saber, de estar disponível para ela quando quis conversar, compreender seu medo como legítimo e permanecer ao seu lado para que saciasse sua fome sentindo-se mais segura.

A dimensão política da atividade de convivência também é defendida em Resende (2015), consistindo em reconhecer o sujeito em sua alteridade, abrindo mão do poder técnico para dar lugar às diferenças não com o intuito de normatizá-las, mas de acolhê-las em suas particularidades. Não é tarefa fácil, como vimos em Figueredo (2007), pois trata-se de o cuidador renunciar à própria onipotência (suposta por ditames técnicos), aceitando sua própria dependência. Reconhecendo seus limites, o cuidador passa a se sensibilizar aos objetos de seu cuidado. Adotando uma postura contrária a essa, que podemos compreender como sendo uma forma de *autoritarismo* (RESENDE, 2015, p. 249), a tendência é de que demandas não sejam acolhidas. Resende (2015) reconhece que a possibilidade de mediação com a equipe é também parte da dimensão política, já que por vezes um profissional sozinho não consegue dar continuidade à demanda de uma pessoa. Penso que reconhecer nossa insuficiência é fundamental, já que estamos ali para o sujeito e não para nos afirmar como detentores de conhecimentos ou de soluções.

Realizei o acolhimento de Lisa, que disse ter Transtorno de Pânico e tomar medicação para isso prescrita recentemente por um médico em um Centro de Saúde. Contou que seus sintomas começaram quando sofreu um acidente de moto há anos que a fez sentir, além do “pânico”, muita dor de cabeça. Quando a pedi para falar mais sobre o pânico, ela relatou como sendo uma aversão a barulhos altos porque aumentam sua dor de cabeça. [...] Fui conversar com Gabriel, profissional do CAPS, pois eu não sabia se o que ela sentia podia ser mesmo uma demanda para o CAPS. Ele me atentou ao que ela disse em relação ao acidente: “Ela já fez algum acompanhamento com neurologista? Porque pelo que ela conta parece ser algo de ordem orgânica. Além disso, essa medicação está estranha... Melhor conferir com ela qual foi o médico que receitou”. Voltei para a sala do acolhimento, perguntei o que Gabriel havia sugerido então o acompanhante de Lisa contou que na verdade a medicação era de uma receita de muitos anos atrás obtida em outra cidade, mas que ela continua tomando porque trocou de cidade e não tinha conseguido outro médico. Além disso, ela nunca tinha procurado um neurologista após o acidente. [...] Eu e Gabriel preenchemos juntos um formulário de encaminhamento para o Centro de Saúde, de forma que ela pudesse ser avaliada por um neurologista. Enquanto ela não conseguisse a consulta, já que a fila de espera costuma ser grande, a acolheríamos no CAPS (DIÁRIO DE CAMPO, nº 26).

Nesse episódio pode-se perceber a importância de um diálogo com outra pessoa da equipe, um olhar de fora, que favoreceu o acolhimento e a coleta de informações. Essa troca foi fundamental para reconhecer a demanda de Lisa e direcioná-la da forma mais correta naquele momento. Além disso, está presente um importante aspecto da dimensão política de

reconhecer o sujeito em suas particularidades e não pelo diagnóstico que ele traz. Lisa disse que tinha “Transtorno de Pânico”, mas essas três palavras nada diziam sobre ela. Ao pedir para que ela falasse mais sobre esse pânico, sua explicação nos permitiu pensar que poderia ser, na verdade, uma demanda neurológica.

Resende (2015) reconhece que abrir mão do poder técnico torna o conviver “conflituoso e angustiante” (p. 250). Para lidar com a desorganização, “tendemos a institucionalizar: organizamos o espaço e tempo de modo que não haja tempo livre ou apropriação criativa do espaço para que o jogo vincular não se torne ameaçador” (idem). A autora pontua que o antídoto para isso é conviver, preservando a possibilidade do conflito.

Hoje levei ao grupo um jogo chamado “Jenga”, que consiste em empilhar pequenos blocos que compõem uma torre e cada jogador vai tirando um bloco do corpo dessa torre e posicionando-o no topo dela. O jogo acaba quando a torre cai. Jogamos eu, Mario, Eliézer, Rita e Marta. Sempre que chegava a vez de Eliézer ele tirava os blocos sem nenhum cuidado, deixando a torre meio desequilibrada e posicionava o bloco de forma desalinhada no topo da torre. Marta dizia, angustiada: “nossa, você tira bem do lugar mais difícil, assim vai cair! Eu não tenho essa coragem”. A cada vez que ele jogava, eu mesma sentia um certo desconforto porque a intenção do jogo era manter o equilíbrio da torre, mas ele parecia não estar ligando para isso. Ao mesmo tempo eu pensava “porque ele precisaria ligar para isso? Aqui ele pode agir como quiser, afinal”. Mas em alguns momentos eu me via ali ajeitando alguns bloquinhos tão tortos que impossibilitariam a torre de sobreviver à próxima rodada (DIÁRIO DE CAMPO, nº 36).

Penso que esse recorte nos serve como metáfora para reconhecermos o quanto por vezes tendemos a buscar a organização das coisas. Essa postura parte de uma perspectiva de que tudo deve estar “alinhado” a algo que na verdade está em nós, estando fora do sujeito em sua singularidade. Eu posso gostar de jogar “Jenga” empilhando os blocos perfeitamente alinhados enquanto Eliézer pode jogar empilhando-os *perfeitamente desalinhados*. Nossa torre pode até ficar bamba, torta e chegar a desmoronar, mas é a isso que se propõe o conviver, afinal: nos colocamos diante do outro de tal forma disponíveis que nossas resistências se desmoronam diante de sua *irredutível alteridade* (RESENDE, 2015, p. 80).

Resende (2015) reconhece que “a disponibilidade para **acolher demandas e mediar com a equipe**, se compreendidas de forma conjugada, reorientam a **dimensão clínica** da atividade de convivência no contexto do CAPS” (p. 251). A autora pontua que algumas coisas compartilhadas na atividade de convivência não encontraram lugar para serem ditas em outros dispositivos, de forma que é possível um acolhimento espontâneo ao sofrimento do sujeito na

convivência. Nesse sentido, vimos no tópico anterior sobre como a informalidade se configura como um facilitador para a aproximação do sujeito.

Estávamos eu e Amanda pintando. O Nélcio estava conversando com outro aluno enquanto isso e, nessa conversa, Nélcio mencionou o nome da médica que o atendia no CAPS. Como se tivesse levado um susto, Amanda se virou para mim e disse “Essa médica me enviou para o hospital, fui internada lá por causa de uma indicação dela. Eu estava ouvindo muitas vozes, então ela me deu um encaminhamento e eu achei que era só uma consulta. Cheguei lá, só ligaram pra parente dizendo que eu ia ficar lá internada. Fiquei 2 meses naquele lugar horrível, nunca mais quero voltar”. [...] Perguntei como ela se sentia atualmente. Ela respondeu que ainda ouve vozes e que vê também um homem toda noite no quarto dela. “Ele tem orelhas compridas que passam da cabeça, dentes pontudos e fica gritando, pulando na minha cama, mandando eu me matar todas as noites”, disse ela com uma expressão séria. Perguntei se ela tem dito isso à médica e Amanda respondeu que não porque tem medo de ser enviada para o hospital de novo. Ela então começou a chorar, repetindo que a voz manda ela se matar e se ferir. (DIÁRIO DE CAMPO, nº 16).

No grupo de convivência, interpelada pelo discurso de outro usuário, Amanda discorreu sobre algo que muito a angustiava. Compartilhou comigo suas alucinações, seus medos e confessou tentar esconder tudo isso da médica por desconfiança. Se assim a médica se portou com a paciente, podemos compreender esse tipo de postura como exatamente contrária ao que defendemos na dimensão política do cuidado. Se ser internada era mesmo o melhor para Amanda em algum momento, a médica poderia conversar com ela a respeito disso para que entrassem em um consenso, evitando que a internação fosse involuntária<sup>1</sup>.

Resende (2015) reconhece que, na convivência, até mesmo as queixas em relação aos cuidados no CAPS podem vir a ser compartilhadas. Amanda demonstrou uma grande insatisfação com relação à postura de sua médica, o que a impedia de ter uma troca sincera em suas consultas. Mas essa troca foi possível no grupo de convivência, o que me permitiu conversar a respeito de sua situação com o técnico de referência de Amanda no CAPS que, reconhecendo a vulnerabilidade de Amanda, pôde repensar seu plano terapêutico singular (PTS). Como visto no capítulo 2, Roussilon (2010 *apud* RESENDE, 2015) afirma que, como não é possível determinar *à priori* tudo o que o paciente vai precisar em seu processo, “apenas podemos pressentir: é necessário poder efetuar ajustes ao longo do trabalho. O enquadre não deve ser um fetiche; deve encarnar as necessidades do eu de um paciente” (p. 134). Resende

<sup>1</sup> A Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, compreende os seguintes tipos de internação psiquiátrica: a internação voluntária, que se dá com o consentimento do usuário; a internação *involuntária*, que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e a internação compulsória, que é determinada pela Justiça.

(2015) reconhece que a convivência deve ser “sensível às necessidades e particularidades dos sujeitos implicados, a cada vez e a cada momento” (p. 252), não institucionalizando a presença do sujeito no CAPS em um PTS rígido.

Com o que foi exposto nesse tópico e a partir de Resende (2015), compreendemos a importância de uma contínua reflexão ética-política nas práticas de cuidado para acolher demandas e reagir ao autoritarismo, mediando sempre com a equipe. Reconhecemos, ainda, a dimensão clínica em uma nova orientação, como um compartilhamento que surge no acolhimento e na espontaneidade de uma convivência igualitária.

#### **4.2.2 Grupo de convivência**

Na análise formal do grupo de convivência vamos descrevê-lo e caracterizá-lo articulando às dimensões ética e política, “entendidas como propiciadoras, no sentido de dar condições, para que a dimensão clínica do cuidado floresça” (RESENDE, 2015, p. 267). Resende (2015) reconhece que essas dimensões são suplementares, não estanques, “só produzindo sentido em sua relação recíproca” (idem). A caracterização do grupo e seus princípios será feita a partir da análise dos diários de campo, de forma a articular a experiência do grupo com o referencial teórico apresentado nos três primeiros capítulos.

Como visto na análise sócio-histórica do campo, o grupo teve início em 2012 como objeto e estratégia do doutorado de Resende (2015), mas mesmo após o término de sua pesquisa o CAPS optou por manter o grupo em atividade. Estou integrada nele desde setembro de 2015, sendo que durante esse tempo passaram pelo grupo também outros alunos que participam do PRISME. De setembro de 2015 a julho de 2016 participei do grupo como extensionista do PRISME. Em agosto, no entanto, me desvinculei do projeto pois iniciei meu estágio específico do último semestre de psicologia no próprio CAPS, mantendo-me no mesmo grupo, só que então no papel de estagiária. Do ponto de vista da atividade de convivência eu reconheço que nada mudou, até porque, como vimos, pouco importam os papéis nesse contexto: somos antes pessoas do que estudantes e usuários na convivência. O que mudou foi a questão prática de passar a frequentar o CAPS duas vezes na semana, 4 horas em cada dia. Como extensionista, eu comparecia ao CAPS apenas para o grupo de convivência, ou seja, uma hora e meia por semana. Como estagiária, passei a estar presente 8 horas por semana no CAPS, o que me permite experienciar mais da atividade de convivência,

gerando novos aprendizados e até mesmo desconfortos com os quais a cada orientação, a cada leitura e a cada novo dia fui compreendendo e assimilando. Percebo o quanto essa experiência tem me agregado não só profissionalmente, como também tem me propiciado bons frutos na ordem do auto-conhecimento e do afeto.

Resende (2015) divide as características e princípios do grupo de convivência em três constelações, a saber: 1) Modo de funcionamento do grupo; 2) Respeito à alteridade, visando construir uma convivência fraterna; e 3) Estabelecimento de relações horizontais, visando a convivência igualitária. A autora substitui o termo ‘categoria’ por ‘constelação’, visto que este último reconhece as diversas maneiras como os fenômenos podem se mostrar, possibilitando arranjos mais variados.

### **1) Modo de funcionamento do grupo**

Para a construção de um espaço ético e político que ofereça um cuidado sob medida para cada sujeito e cuide para emancipar, o modo de funcionamento do grupo segue algumas características, defendidas por Resende (2015), sobre as quais vamos discorrer neste tópico.

O grupo deve **ser aberto**, a saber: não é obrigatório participar dele; não é exigida uma forma de participação específica, já que as pessoas podem ir e sair quando quiserem e; familiares, usuários, amigos e visitantes também podem participar. No entanto, a partir da relação que o grupo foi desenvolvendo com o CAPS, Resende (2015) relata que as pessoas começaram a ser encaminhadas para o grupo como parte do plano terapêutico, o que gera a obrigatoriedade do comparecimento; “é regra do CAPS que três ausências em atividades do plano terapêutico sem justificativa implicam em desligamento (alta administrativa) do CAPS” (RESENDE, 2015, p. 272). Esta regra visa demarcar que o tratamento no CAPS não se trata de comparecer apenas a consultas psiquiátricas, mas também a grupos e oficinas. Resende (2015) pontua que a premissa para esta regra acaba estabelecendo condições para o cuidar, embora seja válida e importante. Lobosque (2003), nesse sentido, pontua: “as pessoas são sensíveis e reagem muito mal quando colocamos condições para tratar delas” (p. 26).

[...] Percebendo que Valdete se sentia muito vulnerável e precisava expressar mais seu sofrimento, perguntei a ela se gostaria de vir mais vezes ao CAPS, já que em seu plano terapêutico só constava o grupo de convivência. Ela respondeu: “eu sei que sempre que eu vier aqui vou ter com quem conversar. Mas já está bom esse grupo que estou vindo”. Me veio à mente o fato de que Valdete aparece no grupo muito

pouco. Valdete havia dito ser muito difícil para ela ir ao CAPS já que tem medo de andar na rua por se sentir perseguida. “Eu trouxe minhas meninas hoje para elas me tranquilizarem mas não está adiantando”, disse ela [...] Valdete continuou: “Eu preciso que esses remédios façam efeito, preciso ser curada logo porque eu não aguento mais. O médico aumentou a dose na última consulta mas não melhorou nada, está só piorando”. Ao final de nossa conversa, Valdete disse que queria ir embora e perguntou se eu daria falta. Eu disse que não daria e que ela podia ficar à vontade para ir. A pedido dela, a acompanhei até a recepção para tentarmos adiantar sua próxima consulta com o psiquiatra (DIÁRIO DE CAMPO, nº 21).

Resende (2015) reconhece que consultas psiquiátricas são uma importante demanda dos usuários, “inclusive pela ausência deste profissional na rede de saúde do DF” (p. 272). No recorte mostrado acima, pode-se perceber como o próprio usuário persegue, por vezes, uma solução/ cura para sua “doença” por meio de medicações. Valdete queria adiantar sua consulta com o psiquiatra e que seus medicamentos fizessem efeito para “ser curada logo”, embora comparecesse muito pouco ao CAPS frente à dimensão de seu sofrimento. Compreende-se em Tenório (2001) que “não se deve *recusar* a atenção ao sintoma em favor da atenção à existência ou à subjetividade” (p. 57, grifo nosso), afinal o sintoma pode invalidar o sujeito, gerando novos sofrimentos que são igualmente legítimos. Valdete encontra-se em uma situação delicada, já que seu sofrimento envolve a sensação de estar sendo perseguida, o que a faz sentir medo do trajeto até o CAPS, que é onde seu medo poderia ser acolhido. Resende (2015) pontua que o CAPS é cuidadoso em não seguir rigidamente a regra do desligamento pelas faltas, afinal, “pode ser justamente por estar sofrendo muito que alguém não consegue ir ao CAPS” (p. 273). Além disso, percebe-se no relato que *nunca obrigamos ninguém a ficar no grupo* (RESENDE, 2015, p. 272): Valdete pôde ir embora na hora que quis.

No grupo de convivência, o usuário deve **poder escolher**. Resende (2015) nos coloca que “nossa posição é sempre um esforço para que as pessoas possam escolher e decidir o que preferem” (p. 275). Trata-se de um esforço continuado de negociação para que as pessoas possam fazer escolhas, que sustenta-se “na dimensão ética da convivência onde deixo de ser o centro e me concentro no outro” (idem), bem como na dimensão política de um auto-questionamento da nossa formação e atuação autoritárias.

O usuário Tiago me chamou a atenção dizendo que não aguentava mais ficar ali, que queria ir embora, que não estava passando muito bem. Ele estava montando um quebra-cabeças. Perguntei a ele o que ele estava sentindo, e ele disse que não estava mais aguentando fazer aquilo ali. Sugerí outra atividade: “se o senhor não está gostando podemos fazer outra atividade, o que acha?” e ele perguntou “outra? O que?” e eu respondi “tem várias coisas! Jogo de mímica, podemos desenhar...” e ele

disse “Tem dominó? Eu gosto de dominó”. Então ficamos jogando dominó e ele desistiu de ir embora (DIÁRIO DE CAMPO, nº 8).

Tiago poderia ter ido embora se tivesse mantido seu desejo de ir, mas vendo que na verdade ele estava cansado de fazer um quebra-cabeça, investi em apresentar diferentes possibilidades para que ele pudesse escolher. A partir disso, Tiago escolheu o jogo que mais gostava e também escolheu ficar.

O grupo de convivência deve, também, **dialogar com o CAPS e articular com o território**, em um esforço de acolher demandas e ajudar pessoas em uma oferta continuada de cuidados.

[...] Caio me contou como foi bom para ele ter conhecido Francisco, um aluno extensionista do PRISME. Caio disse: “Ele (Francisco) me informou que eu tinha direito ao auxílio-doença e foi junto comigo para eu conseguir. A gente foi atrás também do meu vale transporte. Agora eu tenho como vir pro CAPS de ônibus, porque por muito tempo eu vinha a pé e levava mais de quatro horas por dia andando” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 37).

Caio foi acompanhado por Francisco para conseguir recursos aos quais tinha direito. Tenório (2001) defende que a atenção psicossocial consiste em “interferir positivamente no cotidiano de vida do paciente, ajudando-o nas diversas esferas do viver” (p. 121). O extensionista que acompanhou Caio na aquisição de um auxílio-doença e vale transporte foi muito sensível à demanda específica do usuário que caminhava por 4 horas para ter acesso ao seu tratamento no CAPS. Tenório (2001) nos coloca que a mudança do modelo hospitalar para a abordagem psicossocial indica o fato de que “o que se propõe é uma mudança na própria concepção de tratamento: mais que tratar uma doença, ajudar a viver” (p. 124).

Amanda me disse que está procurando um remédio que a mate de uma vez. “Tentei me matar tomando 50 remédios mas meu marido chegou pra me ver e eu estava viva ainda, mas desmaiada no chão. Ele me levou pro hospital e eu fiquei bem, mas eu queria ter morrido”. Não foi fácil para mim dar continência a um sofrimento dessa ordem, com uma vontade tão expressa de morte. Eu refletia a ela o que ouvia de seu sofrimento e nesse processo ela chegou a falar de sua infância, suas perdas e sua relação extremamente conflituosa com a família [...] Fiz o que pude naquele momento, inclusive combinando com Amanda que estaria ali para ela na semana seguinte e que ela poderia contar comigo para conversar sobre isso. Eu sabia, no entanto, que precisava compartilhar o caso com outro profissional pois ela estava passando por um grave risco de suicídio [...] Falei com a equipe que estava reunida na cozinha que Amanda estava planejando se suicidar [...] uma profissional disse que levaria o caso à reunião de equipe do CAPS [...] levei o caso também ao gerente para que ele estivesse ciente. Fui orientada a continuar acolhendo Amanda, bem como a ligar para ela caso falte ao grupo na semana seguinte. Na próxima vez que eu

a vir, vou pedir que ela vá ao encontro do gerente pois ele vai sugerir mudanças em seu PT de acordo com o que decidirem na reunião de equipe (DIÁRIO DE CAMPO, nº 32).

Em uma situação tão delicada quanto a de Amanda, é fundamental o diálogo com o CAPS para que em equipe possamos encontrar alternativas e, para além disso, entender que não estamos sozinhos diante de tantas demandas. Entendo que enquanto o sujeito fala com o cuidador no CAPS, ele fala com alguém que não apenas vai acolher seu sofrimento, mas também vai servir como um mediador para um suporte concreto àquela demanda, se necessário for. Resgato o pensamento defendido por Resende (2015) de que devemos sempre buscar fazer algo pelo sujeito, não nos tornando cúmplices da indiferença.

O grupo de convivência também tem a característica de **ser uma equipe**. Isso envolve a constituição do grupo “enquanto uma equipe solidária e que confia no cuidado ofertado por cada um” (RESENDE, 2015, p. 281).

No grupo de convivência só haviam alunas mulheres, mas isso mudou hoje. Entrou Lucas, um extensionista do PRISME [...] Como foi interessante a participação do Lucas! Havia um usuário, Gustavo, que parecia não gostar de conversar, mas sim de jogar. Observamos que Lucas ficou jogando baralho com Gustavo e, ao final do grupo, Lucas nos disse sobre como Gustavo era bacana, que contou várias coisas sobre sua vida e seu sofrimento. Pensei em como o vínculo é algo muito particular e subjetivo. Em vários encontros tentando investir em jogos e conversas com Gustavo, ele parecia não querer muita conversa conosco, enquanto no primeiro encontro com Lucas eles tiveram essa troca tão significativa (DIÁRIO DE CAMPO, nº 34).

A presença e o ato de cada um é parte inerente desse todo “grupo de convivência”, e confiar no cuidado que cada um pode ofertar é fundamental para que se possa construir “um espaço ético e político de cuidado que ressignifica o sentido e o alcance clínicos” (RESENDE, 2015, p. 281). Lucas percebeu que Gustavo se sentia mais confortável em conversar com os homens do que com as mulheres do grupo (DIÁRIO DE CAMPO, nº 34). A partir da entrada de Lucas, pode ser que surjam desdobramentos outros em nosso grupo, a começar por esse vínculo entre ele e Gustavo.

Por equipe entendemos não só os facilitadores, mas todos os participantes do grupo. O grupo de convivência como um dispositivo de cuidados inclui o cuidado que pode partir também dos usuários, como ilustrado a seguir:

Sentei-me junto à Edna e à Fabiana, que estavam pintando desenhos. Comecei a pintar e conversar com Edna, que havia me dito na semana anterior que se sentia muito só. Acolhi o que ela me dizia sobre sentir-se triste sem seu marido, que estava viajando a trabalho. Ela relatou que quer fazer faculdade de pedagogia e prestar concurso público para ser professora de alfabetização pois *gosta muito de crianças*. Enquanto Edna falava, percebi que Fabiana estava bem quieta pintando [...]. Continuamos a pintar e então começou a chover. Comentei “nossa, que gostosa essa chuva!”, e Fabiana respondeu “ainda bem que está chovendo, mas daqui a pouco volta a ficar seco e quente, não aguento esse clima! Estou muito cansada”. Perguntei porque ela estava cansada, e ela respondeu: “por causa do meu trabalho, é muito cansativo, não aguento mais [...] trabalho na escola, com serviços gerais. Faço limpeza de um bloco inteiro, minha chefe me trata mal, é uma barulheira naquele lugar e eu *detesto crianças!* Percebi que enquanto Edna gostava muito de crianças, Fabiana não gostava nada. Comentei isso em algum momento e ambas sorriram. Fabiana começou a falar de forma muito intensa sobre suas experiências. Disse que nada dava certo para ela e questionou o porquê de Deus não a ajudar nesse momento. Contou que na escola onde ela trabalha todos são evangélicos. Quando, há cerca de um ano, ela teve um surto em seu trabalho tentando se matar em frente a outros profissionais, disseram que ela estava possuída e que deveria crer em Deus para melhorar de sua doença mental. Ela relatou que sente raiva quando está em surto e pregam a palavra a ela, por se sentir abandonada por Deus. Edna escutava atentamente todo o discurso de Fabiana, enquanto também pintava. Quando Fabiana parou de falar e deu lugar ao choro, Edna olhou em seus olhos e disse: “nunca pense que Deus te abandonou. Você é muito preciosa para Deus!”. Ao final da convivência, Edna se voltou para mim e disse “eu estava mal, mas ouvindo Fabiana falar eu fiquei melhor”. E depois as duas saíram juntas ainda conversando (DIÁRIO DE CAMPO, nº 5).

Com esse momento, pude ver a potencialidade terapêutica da convivência que transcende o acolhimento provido pelos profissionais de saúde. Trata-se do acolhimento que aconteceu *entre* duas pessoas em intenso sofrimento psíquico naquele ambiente que propiciou essa troca. Em contextos grupais, Santos *et al* (2014) reconhecem, dentre outros diversos fatores de apoio, a *universalidade* e a *instilação de esperança*. Aquela diz respeito ao compartilhamento de dificuldades similares com outras pessoas, o que favorece identificações com os participantes do grupo, fortalece a autoconfiança e minimiza vivências de isolamento social e exclusão, enquanto a instilação de esperança seria, por exemplo, o que Edna fez ao endereçar-se a Fabiana, com suas doces palavras, dizendo que ela era preciosa para Deus. A convivência foi um lugar em que o sofrimento de Fabiana foi acolhido no encontro com Edna em uma partilha de vivências e de diferentes olhares. Foi também um lugar para que Edna não só falasse sobre seu sofrimento, mas também ouvisse o de Fabiana e, nessa troca, Edna relatou ter ficado melhor. Os desdobramentos a partir daí fogem do que eu pudesse registrar em diário de campo, pois elas saíram a conversar sozinhas. Vejo como isso é bom, já que nas

confidências desse novo vínculo elas experimentam novas possibilidades, exercendo sua autonomia pelo mundo afora.

## **2) Respeito à alteridade, visando construir uma convivência fraterna**

Resende (2015) destaca o esforço para o acolhimento às diferenças, de modo que essas não signifiquem inferioridade ou incapacidade. “Nos posicionamos de modo a não estar siderados por teorias e técnicas, em uma disposição para ouvir e compartilhar, construindo algo juntos” (p. 281). Nessa constelação, Resende (2015, p. 281) nos coloca como fundamentais o *acolhimento a diferentes formas de participação*, o *estar disponível a cada um* e o *sustento de uma dialética entre familiaridade e novidade*.

Para **acolher as diferentes formas de participação**, no grupo de convivência estão disponíveis diversas atividades ao mesmo tempo: jogos, argila, tinta, lápis de cor, música, baralho, revistas “e tudo mais que as pessoas desejem e que tenhamos possibilidade de disponibilizar” (RESENDE, 2015, p. 282). Resende (2015) discorre sobre algumas pessoas aproveitarem a diversidade de expressões, circulando entre as atividades, enquanto outras preferem fazer sempre a mesma coisa. Outros preferem não fazer nada. Alguns querem conversar, outros não. “Acolhemos as diferentes formas de participação no grupo, respeitando ritmos e desejos, sem exigir um modo específico de participação” (p. 282). Acolher essas diferentes formas articula-se, conforme Resende (2015), à dimensão política de reconhecer as necessidades de cada um. Resgato o que Lobosque (2001) nos trouxe sobre o sujeito poder dirigir-se à atividade de sua escolha porque sustenta o desejo e encontra a “possibilidade de fazer isto ou aquilo” (p. 28). Em minha participação no grupo de convivência, percebi quão inesperadas e espontâneas podem ser as possibilidades presentes:

Eu fiquei um bom tempo tentando destacar páginas de um livro com imagens de mandalas para que o grupo pudesse pintar e, nessa tentativa (malsucedida), eu acabei rasgando várias páginas. Então Mauro, um usuário que conheci nesse mesmo dia, me perguntou: “será que tem uma tesoura por aí?”. Respondi: “claro, temos aqui, você quer?”. Ele então respondeu “na verdade, é para você...”, olhando para as folhas rasgadas em minha frente. “Como não pensei nisso antes? Obrigada!”, respondi. Comecei a utilizar a tesoura e Mauro pegou outra tesoura para recortar também. Mauro continuou cortando com muito zelo todas as páginas enquanto conversávamos, até que não sobrasse nenhuma no livro (DIÁRIO DE CAMPO, nº 20).

Mauro observou o que eu fazia, me propôs uma maneira melhor de fazer aquilo e começou a fazer junto comigo. Essa foi sua forma de estar no grupo naquele momento: em uma oportunidade de se engajar no recorte de páginas de maneira dedicada. Em meio às diversas atividades disponíveis, o que lhe chamou atenção foi justamente aquela que eu estava fazendo que, ao meu ver, não tinha nenhuma graça. “Ele nem sequer quis pintar os desenhos depois. Me parece que ele queria ser útil, pois observava satisfeito as pessoas pintando os desenhos que ele mesmo recortou” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 20). Se por um momento eu senti pressa para terminar de tirar as páginas do livro para que pudessem logo pintar, ao observar a atitude de Mauro percebi que não cabe a pressa nesse espaço de convívio, já que tudo pode vir a ser uma oportunidade de fazer junto e de estar com.

González Rey (2007), a partir de uma abordagem histórico-cultural, aponta que cada pessoa, através de suas “ações concretas” (p. 145) e atuando como sujeito, expressa uma subjetivação que envolve sua subjetividade individual e social de forma praticamente indissociada. As subjetividades individual e social estão em uma existência única e integrada. “A ação do sujeito individual pode ter uma repercussão na subjetividade social que vai além de sua intenção individual, passando a se constituir na subjetividade social” (p. 145). Na situação descrita com Mauro, percebo que meu ato concreto de estar presente e implicada naquela tarefa teve uma repercussão que eu sequer intencionava ou imaginava. Essa discussão é interessante na medida em que nos faz pensar sobre a implicação do estar presente e de como são possíveis diferentes formas de participação em função de, justamente, haver na convivência a alteridade. Nessa concepção, cada sujeito é parte constitutiva do espaço e vice-versa. Vejo, ainda, como essa ótica pode ser relacionada com o agenciamento de novas possibilidades de ser e estar no mundo no *fazer junto* defendido por Resende (2015): estamos juntos e também no mesmo espaço compomos uma subjetividade outra que possibilita desdobramentos inimagináveis.

Busca-se no grupo de convivência **estar disponível a cada um**, construindo conjuntamente a partir do desejo e do vínculo. Isso se dá naquele cuidado sob medida para cada sujeito, o que é, certamente, um esforço: trata-se da busca para que possamos nos relacionar com cada sujeito a partir de sua história e movimento próprios. É dessa forma que as características e princípios do grupo de convivência – modo de funcionamento, respeito à alteridade e estabelecimento de relações horizontais - “se entrelaçam com as dimensões ética

e política do cuidado que possibilitam uma resignificação da dimensão clínica no campo da saúde mental” (RESENDE, 2015, p. 284).

Sr. Fernando estava no grupo aguardando o início da Convivência quando cheguei. Assim que distribuí as atividades sobre a mesa, lembrei que no encontro anterior ele havia dito que gostava de folhear revistas para ver imagens da natureza. Percebendo que as revistas do espaço de convivência estavam muito desgastadas e só falavam de política, busquei na biblioteca do CAPS um livro com imagens de natureza. Encontrei um que falava sobre o Brasil, percebi que nele haviam várias imagens de fauna e flora e levei para o grupo [...] Deixei o livro ao lado do Sr. Fernando e ele começou a folheá-lo. Mantive-me ao seu lado pintando uma mandala. Ele me disse, em um momento: “olha só, isso sim é bom de ver!”, apontando para a imagem de um grande rio atravessando a mata. E continuou: “Você acertou direitinho o que eu gosto! Sabe, eu vivi quando criança em um lugar assim, onde a casa mais próxima da minha ficava como daqui até o viaduto, bem distante. É tão melhor do que a cidade, veja só!” e continuava a apontar para o desenho (DIÁRIO DE CAMPO, nº 13).

Podemos perceber como é fundamental buscar a aproximação do sujeito e como isso se dá ao levar em consideração seu desejo. No primeiro encontro que tive com Sr. Fernando, ele permanecia parado e, quando perguntei a ele o que gostava de fazer, ele respondeu: “Eu não gosto de fazer essas coisas não, eu venho e fico só olhando [...] não gosto de barulho, música, fico sentado, na minha. Essas *zoeiras* me deixam incomodado” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 3). Com a convivência e a partir da construção do nosso vínculo, ele foi contando cada vez mais sobre ele e a partir disso pude saber do que ele gosta. Saber, no entanto, não é suficiente: deve-se buscar fazer algo a partir disso. E foi procurando um livro que contenha algo que ele deseja que ele pôde aproximar-se de mim e compartilhar sua história. Acredito, ainda, que ele sentiu-se lembrado e cuidado (“você acertou direitinho o que eu gosto!”), já que foi no encontro anterior que ele relatou gostar de imagens da natureza e eu me lembrei de oferecer isso a ele. A minha aproximação com o Sr. Fernando será melhor relatada na análise formal dos mediadores.

Vejo também como o fato de disponibilizar diversas atividades pode ainda não contemplar todas as singularidades. Fernando gostava de folhear revistas, mas não aquelas disponíveis no espaço de convivência: foi preciso buscar fora de lá. Reconhecendo e acolhendo as diferenças e singularidades faz-se possível essa disponibilidade a cada um, construindo a partir de seu desejo e vínculo.

A constelação do respeito à alteridade inclui, conforme Resende (2015), o **sustentar de uma dialética entre familiaridade e novidade**. Está presente nessa dialética “nosso respeito pela alteridade e pelo reconhecimento do ser humano em sua complexidade” (p. 288). É mantida, nessa característica, a possibilidade da novidade e surpresa, partindo do reconhecimento de que “o sujeito não é idêntico nem a si mesmo” (p. 287).

Tínhamos disponíveis os jogos de “Imagem e ação” e “Jenga”. Marta olhou para o jogo Jenga e disse ser muito difícil, afirmando que não queria jogá-lo e sim queria jogar Imagem e ação. Estávamos todos na mesa para jogar Imagem e ação, mas Marta quis sentar-se o mais próxima possível de onde estava o jogo de Imagem e ação, dizendo que não ia jogar Jenga de jeito nenhum. Ninguém estava insistindo ou a chamado para jogar Jenga, mas ela parecia estar com uma aversão tão grande ao jogo que negava querer jogá-lo várias vezes [...] Depois de um tempo o grupo se separou pois alguns se cansaram de Imagem e ação e foram jogar Jenga. Acompanhei essas pessoas e ficamos jogando um tempo, enquanto Marta nos observava, ainda jogando Imagem e ação. De repente ela se sentou ao meu lado e disse “posso tentar uma jogada?”. “Claro que pode”, respondi [...] Marta ficou jogando Jenga até que só sobramos eu, ela e mais dois alunos extensionistas. Mesmo depois de todo o grupo ter ido embora ela insistia para que fizéssemos mais e mais rodadas (DIÁRIO DE CAMPO, nº 36).

Penso que o jogo de Imagem e Ação, por se tratar de mímica, foi algo familiar para Marilene, enquanto a idéia de jogar Jenga era nova para ela. De início Marilene fez questão de sentar-se longe dele e repetir que não o jogaria de jeito nenhum. Com o passar do tempo, observando outras pessoas jogando o jogo, acredito que Marilene foi se familiarizando com ele e acabou sentindo vontade de jogar. Em um instante ela parecia sentir aversão ao jogo e em outro ela não queria parar de jogar. Vejo como isso diz respeito à sua singularidade e complexidade, sendo que isso foi naturalmente acolhido e aceito por todos. Ao final, ela nos confessou: “Meus meninos jogam muito isso e eu nunca tive coragem de jogar junto... Agora eu vou ter” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 36). É interessante como a atividade serviu a ela como uma reprodução de algo que ocorre em sua casa e que, por alguma razão, ela não tinha coragem de participar. Fazendo junto conosco ela aprendeu e gostou bastante do jogo, de forma que depois desse episódio, como ela pontuou, possivelmente ela irá jogar junto com seus filhos em casa. Roteli et al (2001) nos coloca como a instituição psicossocial deve visar a reprodução social do paciente, e acredito que isso ocorreu nesse momento com Marilene. Em um espaço familiar como o do grupo de convivência, com as pessoas que ela já conhecia, ela pôde entrar em contato, no seu próprio tempo e ritmo, com algo que é novo para ela.

### 3) Estabelecimento de relações horizontais, visando a convivência igualitária

Nessa constelação, Resende (2015) reflete sobre um esforço para o estabelecimento de relações “o mais horizontais possíveis, sem descurar do cuidado” (p. 289). Nesse sentido, as dimensões política e ética se fazem presentes no equilíbrio do encontro com o outro, possibilitando a ascensão da autonomia e do empoderamento. Para isso, a autora considera que a convivência deve ser um espaço de *afetividade*, de *ensinar e aprender*, de *coletividade*, de *valorização das interações* e de *relações horizontais* (*idem*).

A convivência torna-se um espaço de afetividade: “sorrisos, abraços, pequenos gestos de cuidado se tornam cotidianos e são recíprocos” (p. 289). Isso é evidente quando Élide, usuária no grupo de convivência, me vê e diz “que bom que você veio!” com um sorriso, fazendo eu me sentir melhor em um dia muito cheio para mim (DIÁRIO DE CAMPO, nº 8). A afetividade se mostrou presente também quando revi Joana após o tempo de férias e percebi que estava com saudade dela (DIÁRIO DE CAMPO, nº 9). Pode-se perceber, também, quando a usuária Luana traz empadas e bolos em pote feitos por ela mesma para comemorarmos o aniversário de uma aluna participante do grupo (DIÁRIO DE CAMPO, nº 12).

A convivência deve possibilitar, ainda, um transitar entre o ensinar e o aprender no intercâmbio de papéis: **todos** podem compartilhar habilidades no grupo, bem como aprender novas coisas. Este modo de *estar com e fazer junto*, que se baseia no ensinar e aprender, esteve sempre presente nos encontros do grupo de convivência.

Percebi uma movimentação diferente no grupo que estava sentado em roda no pátio. Observando mais atentamente vi que Valber, um usuário participante do grupo, estava ensinando a todos a língua de libras. Apesar de ser ouvinte, ele fazia aula e disse que adora ensinar as pessoas. Disse a ele que sabia falar meu nome em libras, mas mostrando a ele fui corrigida na posição das minhas mãos [...] Morremos de rir com ele nos ensinando a tênue diferença entre gesticular “boa noite” e “pular o muro”. Lucas disse, em ar de graça: nossa, imagina só você querendo dar boa noite e sem querer diz pra pessoa que vai pular o muro (DIÁRIO DE CAMPO, nº 36).

O ensinar e o aprender, no recorte acima, se desdobrou em risadas e em uma integração ímpar do grupo. Além disso, me senti particularmente ansiosa pelo próximo encontro pois Valber disse que vai continuar nos ensinando aos poucos. Essa horizontalidade nos permite uma circularidade de papéis, entre todos nós, “aproximando-nos de uma convivência um pouco mais igualitária” (RESENDE, 2015, p. 294).

Ser um coletivo é também um aspecto para que se estabeleçam relações horizontais, já que nessa perspectiva há a tomada coletiva de decisões e o reconhecimento de cada um como parte fundamental do grupo. Resende (2015) nos coloca que não se trata de um “grande coletivo massificado” (p. 295), mas um coletivo com suas particularidades, “constituído pela articulação de diversas singularidades entre si” (LOBOSQUE, 1997 *apud* RESENDE, 2015, p. 295).

Resende (2015) nos coloca que temos uma importante função de ajudar as pessoas a se relacionarem e a se conhecerem. Como visto, Bohm (2005 *apud* RESENDE, 2015) defende que o papel do facilitador é de retirar-se o mais rápido possível dessa tarefa, pois ao tornar-se apenas mais um membro, significa que os participantes estão a depender cada vez menos dele.

Gustavo entrou hoje no grupo de convivência, permanecendo quieto e sozinho por um tempo. Me aproximei para saber o que ele gostava de fazer, e ele respondeu: “jogar jogos... Eu era do grupo de jogos mas tive que mudar para esse”. Disse a ele que tínhamos vários jogos à disposição e Gustavo respondeu que queria jogar dominó. Peguei o jogo e convidei quem mais quisesse jogar. Dali levantaram-se quatro pessoas para jogar em uma mesa redonda que posicionei ao lado do espaço de convivência. Se juntaram animados para jogar e percebi que eu poderia, então, me voltar para aqueles que ainda tinham dificuldade de se vincular em atividades coletivas (DIÁRIO DE CAMPO, nº 26).

No encontro seguinte a esse, no grupo de convivência, percebi que o meu papel de facilitar uma integração desse usuário novo com o grupo não era mais necessário:

No grupo de convivência de hoje, o mesmo pessoal que jogou dominó no encontro passado já se mobilizou por conta própria para se reunir na mesinha. Jogaram até o fim do encontro! Percebo que já estão vinculados entre si, pois estavam conversando, rindo e experimentando uma competição muito saudável. A única coisa que fiz hoje em relação a esse pessoal foi cumprimenta-los e pude me voltar novamente para aqueles que estavam mais afastados no grupo (DIÁRIO DE CAMPO, Nº 28).

O horizontalizar consiste, conforme Resende (2015), em a convivência ser um espaço de afetividade, “onde aprendemos uns com os outros, flexibilizando nossos papéis (somos professores e aprendizes, cuidadores e objetos de cuidados)” (p. 299).

Hoje foi o último encontro do grupo desse semestre e, nessa despedida temporária, afloraram afetos. [...] Sr. Fernando se virou para mim e perguntou “Mas você vai voltar, não vai?” e eu respondi “sim, vou continuar no grupo!”. Sem que eu

esperasse tamanha consideração por mim, Sr. Fernando disse que gosta muito de conversar comigo e que foi muito bom ter me conhecido. “Você é uma garota muito especial. Eu vou te colocar nas minhas orações para que todos os seus sonhos, projetos e desejos se realizem”, ele disse. Eu me senti afagada com suas palavras. Nosso vínculo se formou de forma muito natural e de repente percebi quão intenso era: nesse tempo conheci sua esposa, que passou a também ir ao grupo para conversar comigo. Os acolhi, percebo agora, tanto quanto fui acolhida por eles. (DIÁRIO DE CAMPO, nº 19).

### 4.2.3 Mediadores e seus efeitos terapêuticos

Neste tópico da análise formal discutiremos os efeitos da presença de mediadores no grupo de convivência a partir da minha experiência, em diálogo com a revisão literária. Compreende-se que, a partir das características e princípios do grupo de convivência discutidos no tópico anterior, os materiais, objetos, fazeres, pessoas e atividades têm a possibilidade de servir como mediação a qualquer coisa que surja dos participantes. Como vimos no capítulo 3 a partir de Resende (2015), o espaço aberto e livre permite que qualquer coisa possa entrar, acolhendo o espontâneo. É muito diferente de, por exemplo, ocupar esse espaço com uma programação semanal ou oficina – propostas que também têm por vezes efeitos surpreendentes na direção de um tratamento, conforme Lobosque (2001) – mas sim permitir que o cotidiano esteja presente ali, reproduzindo o espaço social do usuário a partir do que ele quiser fazer ou compartilhar, conforme seja sua vontade e desejo.

Sendo parte do modo de funcionamento do grupo de convivência o sujeito *poder escolher* (RESENDE, 2015) - o que fazer, como fazer, com quem fazer ou não fazer –, os cuidadores participantes sempre deixam à disposição os mais diversos elementos que tivermos a possibilidade de oferecer. Caso alguém pareça não se envolver com nada do que esteja disponível, temos aí também uma possibilidade de aproximação para que possamos então descobrir o que aquele sujeito gosta de fazer. Nesse sentido e no esforço de aprofundar a análise dos mediadores, apresento abaixo o percurso e efeito dos mediadores na atividade de convivência com o Sr. Fernando.

#### **Sr. Fernando: um campo de saudades**

Na primeira vez que encontrei o Sr. Fernando, estávamos no grupo de convivência e o vi sozinho sem nada fazer, observando desconfortável as pessoas ao redor. Me aproximei e começamos a conversar. Quando perguntei a ele o que gostava de fazer, ele respondeu que

não gostava de fazer nada do que estava disponível no grupo, também não gostava de música ou barulho e que comparecia por obrigação. “Venho e fico só olhando” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 3). Disse que gosta de ficar em sua casa sem nada fazer, pois nem TV gosta de assistir. “Só sento, deito, fica minha mulher mais eu” (idem). Sua mulher sempre o acompanhava até o CAPS, de forma que também a conheci e, com o tempo, criamos um vínculo significativo. Nesse primeiro encontro, Sr. Fernando me falou sobre seus filhos e que um deles toca viola muito bem, embora ele (Fernando) sinta irritação quando seu filho toca muito alto. Tive a oportunidade de falar que também toco instrumento, e Sr. Fernando me perguntou uma série de coisas a partir daí, com bastante interesse: “onde você costuma tocar? [...] que tipo de música? [...] e você toca violão?” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 3). Percebi que nossa conversa tornou-se mais fluida quando encontramos esse assunto em comum, que foi em si um mediador para nossa aproximação. Como vimos em Resende (2015), a aproximação pode ser facilitada quando encontra-se algo em comum com o sujeito.

Em outro encontro, percebi o Sr. Fernando folheando revistas sozinho. Me aproximei novamente e ele me disse que não sabia ler ou escrever, mas que as imagens das revistas o entretinham (DIÁRIO DE CAMPO, nº 8). Perguntei que tipo de imagem ele mais gostava de ver, e ele disse que gostava de ver a natureza, o verde. Disse ter trabalhado muito tempo no campo com plantação, e que era disso que ele gostava. Tínhamos mais uma coisa em comum: também passei minha infância em uma cidade pequena com muita natureza. Com isso, quando ele me dizia sobre as boas sensações de andar a cavalo, nadar no rio, entre outros, pude concordar genuinamente com ele, compartilhando um pouco das minhas vivências. “Me senti como se estivéssemos na varanda de uma casa de campo falando sobre como é bom estar ali” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 8).

Sr. Fernando estava no grupo aguardando o início da Convivência quando cheguei. Assim que distribuí as atividades sobre a mesa, lembrei que no encontro anterior ele havia dito que gostava de folhear revistas para ver imagens da natureza. Percebendo que as revistas do espaço de convivência estavam muito desgastadas e só falavam de política, busquei na biblioteca do CAPS um livro com imagens de natureza. Encontrei um que falava sobre o Brasil, percebi que nele haviam várias imagens de fauna e flora e levei para o grupo [...] Deixei o livro ao lado do Sr. Fernando e ele começou a folheá-lo. Mantive-me ao seu lado pintando uma mandala. Ele me disse, em um momento: “olha só, isso sim é bom de ver!”, apontando para a imagem de um grande rio atravessando a mata. E continuou: “Você acertou direitinho o que eu gosto! Sabe, eu vivi quando criança em um lugar assim, onde a casa mais próxima da minha ficava como daqui até o viaduto, bem distante. É tão melhor do que a cidade, veja só!” e continuava a apontar para o desenho. Dizia “como se preocupar com qualquer coisa vivendo em um lugar desse? Tem várias aves entre as árvores, é muito bom. Só é perigoso”. Eu concordava com tudo o que ele dizia, até porque já

vivi em um lugar parecido. Apareciam imagens de animais e ele me contou como eles eram chamados em sua região. Como a Sucuri, que no Piauí é chamada de Sucuiu. Contou-me, empolgado, que nadava em rios com jacarés, mas que quando avistava uma Sucuiu já saía. “A Sucuiu dá sinais”, disse ele, “o primeiro é assobiar, o segundo é fixar o rabo em uma raiz para que haja sustentação e aí mira a sombra do alvo para atacar”. (DIÁRIO DE CAMPO, nº 13).

As imagens de natureza pareceram potencializar nossa troca, que já estava acontecendo de maneira muito positiva. Percebo como elas tiveram um papel de mediação também entre Sr. Fernando e sua própria história: a partir dessas imagens, ele se recordou de coisas que ele gosta de fazer. No início de nosso contato eu o perguntei o que gostava de fazer e ele respondeu, ao invés disso, sobre o que não gostava (DIÁRIO DE CAMPO, nº 3). Não parecia estar claro para ele próprio o que gostava de fazer, mas com o passar dos encontros ele resgatou várias coisas das quais gostava profundamente. Vimos em Winnicot (1975) que o fazer pode propiciar momentos significativos de o sujeito surpreender a si mesmo, descobrindo seu próprio eu. É possível perceber como Sr. Fernando passou a gostar de *fazer* coisas no grupo, a saber, conversar e ver imagens de natureza. *Estar disponível* (RESENDE, 2015) para Sr. Fernando, respeitando seu movimento próprio, fez com que ele encontrasse uma interlocução para compartilhar suas histórias. Nesse processo, Sr. Fernando foi falando cada vez mais de si, em um conversar que propiciou uma compreensão de seus próprios gostos e saudades.

Com o estreitamento do nosso vínculo, Sr. Fernando começou a compartilhar comigo suas dificuldades em função de sua doença: tem trombose venosa na cabeça, o que o faz sentir dor. Compartilhou sobre muitas dores e limitações que tem em função de sua saúde e então explicou que por isso não gosta de fazer nenhuma atividade no grupo. “No entanto, me parece que ele encontrou sua própria forma de estar ali: folheando revistas e conversando comigo” (idem). Ao final desse encontro, eu disse a ele “até semana que vem”, e ele disse que se não aparecer é por conta das dores, mas que sente muito por isso. “Eu disse que ele pode vir quando se sentir bem e que desejo melhoras. Agradei por sua companhia no grupo de hoje” (idem). Percebo aí uma mudança muito significativa: Sr. Fernando disse que sentia muito por não poder comparecer ao grupo, sendo que no início relatava ir por obrigação (DIÁRIO DE CAMPO, nº 3). Com isso, entende-se que o vínculo entre nós estava estabelecido e que ele estava gostando de ir ao grupo de convivência. O fato de eu não cobrar dele uma presença assídua coaduna com os princípios do grupo de convivência: ele deve *ser aberto* (RESENDE,

2015), afinal. Respeitar o que Sr. Fernando sentia, não exigindo que ele esteja presente sentindo muita dor, fez com que ele se sentisse acolhido e compreendido.

Não passou muito tempo até que eu mesma me sentisse acolhida e cuidada por Sr. Fernando, que chegou a me dizer que sou “uma garota muito especial” e que me colocaria em suas orações para que todos os meus sonhos, projetos e desejos se realizassem (DIÁRIO DE CAMPO, nº 19). Ele disse, ainda: “se eu venho aqui é por sua causa, porque é muito bom conversar com você. Sabe que quando eu não venho é porque eu estou mal, mas foi muito bom ter te conhecido” (idem).

Por alguns encontros seguintes me dediquei a conversar com outras pessoas e percebia que Sr. Fernando permanecia sozinho, folheando os livros com as imagens de natureza. Mas ainda assim ele costumava me dizer ao final do grupo: “ah, é muito gratificante ver imagens da natureza” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 28). Pensei, no entanto, que seria interessante aproveitar nosso vínculo para tentar integrá-lo com outras pessoas no grupo. Como vimos em Bohm (2005 *apud* RESENDE, 2015), meu papel como facilitadora seria me retirar o mais rápido possível dessa tarefa, de forma que os participantes dependam cada vez menos de mim. Respeitando o tempo do Sr. Fernando e seu desconforto de se envolver com a “zoeira” do grupo, esperei por uma oportunidade em que eu pudesse *mediar* essa integração entre ele e o grupo.

Eu estava sentada ao lado do Sr. Fernando e ele têm tido como hábito dizer o quanto gosta de estar comigo. Hoje ele disse “você viu que eu corri para sentar do seu lado? É porque eu gosto, só de ficar perto de você me sinto bem”. Eu agradei com um sorriso e disse que gosto muito de sua companhia, também. Quando Sr. Fernando disse que se sente bem em estar perto de mim, me veio à mente que eu posso estar sendo para ele um ponto de segurança e acolhimento em meio à “zoeira” do grupo, como um filho sentindo-se seguro no colo da mãe mesmo em um ambiente hostil. Ele nunca aceitou fazer coisas comigo e outras pessoas junto, mas já fazia um tempo desde minha última tentativa nesse sentido. Eu só precisava de mais uma chance, porque agora me parece que ele se sente suficientemente seguro ao meu lado. Alguém que também goste de ver imagens de natureza? [...] Foi em meio a esses pensamentos que Lucas e Gustavo me chamaram para jogar baralho junto com eles. Eu disse que não sabia jogar jogo nenhum, mas que se eles me ensinassem eu poderia tentar. Eles aceitaram me ensinar, então me voltei para o Sr. Fernando e disse “olha, eles vão ensinar como se joga um jogo de baralho! Quer jogar com a gente?” e ele respondeu “eu vou, mas só se você for junto”. Eureka! Começamos a jogar em uma outra mesa e vimos que na verdade o Sr. Fernando já conhecia vários jogos. Fizemos várias rodadas juntos. Depois de um tempo me cansei e pedi licença. Já ele continuou jogando (DIÁRIO DE CAMPO, nº 34).

“Nossa, o Sr. Fernando está tão diferente! Está conversando à beça, né? Antes ele só falava com você mas agora vi ele batendo papo com várias pessoas, conversou comigo até!” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 36). Isso foi o que outra aluna participante do grupo me disse no encontro seguinte ao jogo do baralho. Penso que o recorte da minha experiência com o Sr. Fernando ilustra diversos aspectos levantados nos capítulos anteriores: desde pensar na nossa prática *concentrada no sujeito e sob medida* para ele, como nos coloca Resende (2015), bem como a importância de respeitar o tempo do sujeito em seu processo de *reinserção social* – mas sempre visando esta como parte fundamental do que se pretende o cuidado em saúde mental, como vimos em Brasil (2005).

Antes de o Sr. Fernando conseguir interagir com outras pessoas e até mesmo querer participar do grupo, ele precisou de um cuidado anterior. Vejo como eu mesma fui mediadora nesse processo, que envolveu um *estar com e fazer junto* – disponibilidade minha que permitiu que emergissem coisas que ele gostava de fazer, boas lembranças e compartilhamento de seus sofrimentos –, seguido do deixar ser – que permitiu que ele pudesse então enfrentar de forma natural a interação com outros participantes. Meu primeiro encontro com Sr. Fernando ocorreu em 16/09/2015. Um ano depois, em 28/09/2016, foi quando ele sentiu-se confortável para *fazer junto* com outras pessoas. Como vimos em Neto (1997 *apud* RESENDE, 2015), é preciso sustentar a proximidade com os pacientes respeitando seu próprio tempo e ritmo.

Sendo o CAPS um espaço para possibilitar a formação de laços sociais e suas consequentes trocas, bem como um espaço produtor de autonomia, entende-se a importância e ampliação das possibilidades do sujeito, como vimos em Tenório (2001). Assim como não há a restrição do tratamento a um só campo de pertinência, não devemos cair em uma tendência assistencialista de manter o sujeito vinculado apenas ao nosso contato. Na medida do possível, penso que é interessante acompanhar cada um ali presente em um caminho para o coletivo, para que se estabeleçam novas relações. Acompanhar o sujeito até que isso aconteça é o papel do facilitador. Entendemos, contudo, que para cada um há um tempo e uma forma particular nesse processo.

### **Incontáveis formas e articulações dos mediadores: outras experiências**

Eu estava fazendo uma decoração com bandeirinhas para a festa junina, sentada na mesa. Nicolas se aproximou de mim dizendo que também queria fazer e que já tinha

pendurado um barbante de um lado a outro do corredor externo do CAPS. Perguntei a ele se gostaria de fazer sentado junto comigo, já que tinha muita bandeira para grampear. Ele respondeu que para ele é melhor em pé. Fomos, então, até o local onde ele tinha estendido o barbante. Comecei a prender as bandeiras coloridas e ele perguntou “você não segue ordem nenhuma não?”, olhando para as bandeiras com cores fora de ordem que eu havia grampeado. Parei o que eu estava fazendo e respondi “temos que seguir uma ordem? Eu não sabia, estava grampeando aleatoriamente!”. Nicolas me olhou risonho e disse “não é meu intelecto que está prejudicado, é o psicológico. Vamos colocar tudo em ordem”. Em alguns momentos eu me embaralhava e ele dizia, impaciente: “você não sabe mesmo fazer as coisas em ordem!”. Estávamos cada um colocando as bandeiras por conta própria, mas Nicolas decidiu mudar a dinâmica: eu deveria apenas posicionar as bandeiras no barbante na ordem de cores correta e ele grampearia. Começou a dar certo. “Viu como é melhor trabalho em equipe?”, disse ele. Ficamos cerca de 30 minutos fazendo aquela atividade de forma concentrada. Ao final, vimos que eu havia prendido uma bandeira do avesso, e eu disse “puxa... agora acabaram as bandeiras e se eu tirar essa vai rasgar!”. Nicolas, percebendo minha frustração, respondeu: “não tem problema, não... Deixa pra lá... Viu como fizemos melhor e mais rápido juntos? Isso é trabalho em equipe!”. De início, ele estava com a ideia de que tudo deveria estar perfeitamente organizado e que eu deveria fazer tudo conforme ele ditava. Ao final, ele se colocou de forma muito flexível, apreciando o trabalho que havíamos feito e dando valor por termos feito juntos, independente de haver uma bandeira do avesso (DIÁRIO DE CAMPO, nº 17).

Nicolas pretendia fazer a decoração com bandeiras à sua maneira, tanto que na entrada de um outro (no caso, eu) ele se incomodou com a diferença de perspectiva entre grampear cores na ordem *versus* aleatoriamente. Ele me dizia exatamente o que eu deveria fazer, pois era importante para ele seguir uma ordem naquela atividade. Ele trouxe espontaneamente um conteúdo próprio de sua experiência, dizendo que seu psicológico estava prejudicado, mas não seu intelecto. Me parecia que era importante para ele provar, seja para mim ou para si mesmo, que estava com seu intelecto não “prejudicado”. Sustentando sua vontade, seguimos como ele desejava e, ao final, sua rigidez tornou-se flexível. Surgiu um movimento empático, onde ele compreendeu meu erro como algo que fazia parte do processo e que na verdade fazer “em equipe” foi melhor e mais rápido.

Em Martins (2012) vimos que o indivíduo criador se comunica, dialoga e relaciona com sua própria criação, enquanto a criação propicia “uma ponte facilitadora de acesso aos seus sentimentos” (p. 59). No encontro com Nicolas, ao meu ver, o processo de criação foi mais importante do que a sua finalidade. Tentamos fazer de uma maneira, aquilo foi repensado, mudamos a dinâmica, continuamos fazendo e, entre uma coisa e outra, puderam emergir atos e falas que muito dizem sobre Nicolas: tudo isso foi mediado pela atividade de fazer bandeiras. O que angustiava Nicolas teve seu ápice em sua impaciência para que tudo

ficasse na ordem (dele), mas desdobraram-se no reconhecimento do valor e particularidades de um trabalho em equipe.

Penso ser interessante ressaltar que, na convivência, a potencialidade dos fazeres são o que importam – não necessariamente seus fins. Vimos em Leal & Delgado que determinar *a priori* objetivos a serem alcançados em um tratamento parte de uma orientação normativa, em uma abordagem de fora da pessoa, desconsiderando suas particularidades. Da mesma forma reconheço que não se trata de alcançar resultados nos fazeres da convivência – o mais importante é o que esses fazeres podem provocar e significar para o sujeito.

Amanda estava há alguns minutos circulando a argila em suas mãos, mantendo-a no mesmo formato. “Você não quer fazer nada com a argila, não?” perguntou Daiane, uma aluna no grupo. “Eu estou fazendo. É uma bola”, respondeu Amanda. (DIÁRIO DE CAMPO, nº 32).

Nesse recorte, pode-se observar que Daiane não reconheceu o que Amanda fazia como uma criação. Mas era, legitimamente, uma bola! Daiane tinha uma boa intenção: “me contou depois do grupo que na verdade tentou puxar papo com Amanda” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 32). No entanto, Daiane partiu de uma percepção dela própria e, sem ter a intenção, a impôs para Amanda. Em outra situação, pode-se ilustrar uma postura diferente em relação a uma usuária que estava com a argila parada entre as mãos:

Rayane estava ao meu lado com um olhar vago e um pouco de argila em suas mãos paradas. “*O que você está criando com a argila?*”, questionei. Rayane encarou por um tempo a argila como quem ainda não sabia o que fazer e então respondeu: “um vaso”, começando a manipular a argila. “O que você gostaria de colocar nesse vaso?”, perguntei. “Flores”, respondeu Rayane [...] Ao saber que sua flor preferida é a rosa, comecei a criar uma rosa de argila. Luana, psicóloga no CAPS, já tinha feito também um vaso de flor e eu consegui terminar de fazer a rosa, que mostrei a Rayane e ela disse com um sorriso discreto: “linda”. Pedi à Rayane sua opinião sobre onde eu deveria colocar a rosa: no vaso que ela havia feito ou no vaso que Luana fez; e ela escolheu o da Luana. Tínhamos uma rosa em um vaso de flor. De repente chegou uma usuária de outro grupo com uma flor amarela de verdade nas mãos e, vendo que estávamos criando um vaso com flores, entregou sua flor a nós. Luana colocou essa flor no mesmo vaso onde estava a rosa de argila, e então tínhamos criado aquela arte envolvendo 4 pessoas. Por mais que Rayane parecesse muito distante, possivelmente por efeitos colaterais de medicamentos, ela havia participado daquilo [...] Ela sorria sutilmente enquanto observava o vaso de flores e todos do grupo elogiaram o resultado (DIÁRIO DE CAMPO, nº 4).

Se me parecia que Rayane nada estava fazendo com a argila, ao invés de perguntar a partir da minha percepção (como, por exemplo, “você não quer fazer nada com a argila?”), procurei saber *dela* o que/se estava criando. Isso parece ter, inclusive, mobilizado Rayane, já que ela escolheu o que faria e começou a fazer. Além disso, o resultado da criação não foi planejado *a priori*, mas sim descoberto como uma surpresa, advindo da própria convivência. O processo de criação acolheu o espontâneo, a escolha e participação de cada um que quis se envolver, possibilitando uma troca. Reside aí, ao meu ver, a importância do criar como mediação: *possibilitar* o elo, a ligação e a troca na própria gênese da criação. Disso se trata o grupo convivência: possibilitar trocas, *sendo ele mesmo um mediador*, afinal. Percebe-se, também, que ao pedir continuamente a opinião de Rayane para a criação daquela arte (que eu e Luana nos dispusemos a fazer junto), sua possibilidade de escolha e participação em uma *convivência igualitária* (RESENDE, 2015) foi sustentada e legitimada. Mesmo que ela parecesse estar distante, em um cuidado *sob medida* (idem) foi possível convocar sua presença implicada no grupo por meio da atividade de criar com argila. Essa nos serviu, portanto, como *atividade mediadora* que promoveu, além da participação de Rayane, a interação entre 4 pessoas no grupo.

Embora os “fins” não sejam o foco na atividade de convivência, não se trata de fazer com que o tempo se confunda “com um vazio sem fim a ser preenchido” (LOBOSQUE, 2003, p. 27). Lobosque (2003) ressalta a importância de envolver pessoas em empreendimentos e projetos, devolvendo ritmo e corpo ao cotidiano do CAPS. Dessa forma, por vezes ter um “fim” ou objetivo mobiliza pessoas a fazerem certas atividades, como acontece também em programas de geração de renda e outras oficinas do CAPS.

Lobosque (2001) afirma que “mesmo quando a possibilidade de endereçar-se a alguém parece inteiramente perdida, não seja jamais perda de tempo procurar resgatá-la – e o atendimento individual, propriamente psicoterápico, não é o único espaço desta tentativa” (p. 39). A autora reconhece que ainda que o paciente não permaneça em uma oficina por mais de cinco minutos, a sua forma e seu tempo de estar ali podem ter efeitos surpreendentes na direção do tratamento.

Montamos um quebra-cabeças, eu e Joana. Me senti um pouco frustrada com seu distanciamento apesar dos meus esforços de tentar me aproximar. Ela não havia me chamado para montar, mas como estava ao lado dela tentei ajuda-la encaixando uma peça ou outra. Perguntei se ela tinha alguma estratégia para montar o quebra-cabeças, e ela negou movendo a cabeça. Terminamos de montá-lo e, quando começamos a montar um segundo, ela desistiu levantando-se para ir embora. Pude

ouvir ela dizer muito rápido e baixinho: “é muito difícil”, enquanto se virava para ir embora. Sua mãe estava no grupo e incentivou Joana a continuar, então ela voltou e conseguimos terminar o segundo quebra-cabeça. Assim que terminamos, ela levantou e foi embora. Sua mãe disse a mim: “tá vendo? Assim que ela acaba ela quer ir embora. Agora ela já fica um pouco mais de tempo do que ficava antes, mas ainda é essa agonia” (DIÁRIO DE CAMPO, nº. 2).

A partir dos sutis investimentos que fiz em relação à Joana, como com minha presença ao seu lado, cumprimentos, eventuais comentários sobre o clima ou sobre os desenhos que ela fazia, em suma, a partir da minha disponibilidade, mesmo que por um bom tempo ela parecesse indiferente a mim, paulatinamente fui percebendo suas formas de me mostrar que ela também estava ali, naquela relação.

Peguei uma folha e comecei a fazer colagens com recortes de revista. Elaborei uma casa com um solo bem verde, nuvens e um sol. Eu estava ao lado da Joana e percebi um movimento dela de olhar para o que eu estava fazendo várias vezes enquanto ela folheava um livro e jogava bingo silenciosamente com o grupo. Quando o bingo acabou, ela pegou um papel e começou a desenhar. Quando me dei conta, ela estava desenhando exatamente as mesmas coisas que eu criei com a minha colagem: uma casa, um solo, um céu com sol e nuvens. Ela acrescentou, ainda, uma chaminé com fumaça. Me surpreendeu ela desenhar algo a partir do branco do papel, pois em todos os encontros ela pegava uma figura pronta e coloria, bem como fiquei surpresa por ela ter criado uma imagem que parecia refletir o que eu havia feito em minha colagem... Penso que ela comunicou, naquele desenho, que vê o que faço e que sabe que estou ali com ela. Comentei com Joana o quanto nossos desenhos se pareciam e, para corresponder àquele gesto, completei o meu desenho com a chaminé e a fumaça que ela havia “sugerido” ao desenho (DIÁRIO DE CAMPO, nº 12).

Lobosque (2001), fazendo referência ao que pode bem operar em um suporte para uma desordem que não podemos organizar à força, afirma que instrumentos como “o humor, o chiste, a presença, a atenção, o cuidado e o convívio” (p. 27) auxiliam nessa lida. Percebo que o “estar na mesma paisagem” exposto por Oury (1989 *apud* RESENDE, 2015) se dá justamente na adoção desses instrumentos propostos por Lobosque (2001), pois assim dá-se lugar para que a criação de cada sujeito seja acolhida. Resgato, nessa reflexão, a dimensão do *deixar ser* proposto por Resende (2015), a partir das considerações de Figueiredo (2007): se Joana pôde comunicar-se comigo à sua maneira, penso que é porque eu estava presente ao seu lado, dedicada a fazer minha colagem, dando a ela tempo e espaço para ser. O desenho que Joana fez, a meu ver, foi uma forma de comunicar-se comigo, não por uma fala, mas através de sua criação com lápis de cor e um papel.

É possível remeter-nos, nesse recorte, a uma técnica da obra de Winnicott em seu trabalho com crianças: o jogo de rabiscos. Claman (2005), discorrendo sobre esse jogo, descreve que trata-se de propor à criança uma criação conjunta: o analista começa com um rabisco e a criança faz, a partir desse rabisco, o desenho que quiser (ou vice-versa). A partir disso, ambos contam histórias sobre o desenho criado. Joana produziu a partir da ideia da minha colagem e eu completei a colagem a partir do desenho dela. Não foi contada qualquer história sobre o resultado, como seria proposto pelo jogo de rabiscos, pois na verdade não se tratava de saber *sobre* aquela imagem, mas de perceber que *a partir* dela Joana me comunicou, possivelmente, que sente de alguma forma vinculada a mim. Depois de alguns encontros percebi mais claramente que havia um vínculo entre nós:

Quando cheguei no grupo pensei que eu talvez devesse dar um espaço para Joana nesse encontro, afinal, há semanas eu ficava apenas ao seu lado, o que me impedia de interagir com outros usuários também. Sentei em outro ponto da mesa do espaço de convivência, e percebi que Joana estava me olhando. Em um momento precisei de um apontador, e perguntei a Joana se tinha algum perto dela na mesa, e ela negou com a cabeça. Consegui um apontador de outra pessoa, mas enquanto apontava olhei para Joana e sorri, recebendo de volta um sorriso dela. Percebo entre nós uma comunicação muito diferente [...] através de sorrisos, silêncios, um desenho e poucas falas (DIÁRIO DE CAMPO, nº 15).

Como vimos em Lobosque (2001), por vezes o sujeito sofre de algo que está em estado bruto e transtorna sem uma inscrição nas leis da linguagem. Penso que minha vivência com Rita pode ilustrar essa situação:

Enquanto eu conversava com o Fernando e desenhava, percebi que a Rita olhava fixamente para meu desenho. Mostrei meu desenho a ela, que estava com metade da folha em branco, e disse “Rita, você gostaria de completar esse desenho?”. Ela pegou o desenho e ficou olhando para ele por um tempo, parecendo interessada. Pensei que ela poderia estar sob efeito de medicamentos, pois tinha reflexos lentos, parecia sonolenta e estava com tremor nas mãos [...] Após o grupo, subi para uma sala de atendimento pois faria atendimento familiar junto a uma aluna de direito do PRISME. Eu estaria substituindo naquele dia apenas uma outra aluna de psicologia que precisou faltar [...] Para minha surpresa, a aluna do direito me contou que atenderíamos a Rita [...] Rita compareceu sozinha, o que geralmente não acontece já que ela sempre está na companhia de Ágata, sua mulher [...] Ela se sentou e começou a chorar e tremer com um olhar vago, sem falar uma palavra. No grupo de convivência ela parecia estar mal, mas eu não imaginava que era tanto assim. Perguntamos o que a deixava triste e ela nada dizia, mas continuava chorando silenciosamente e tremendo [...] Percebi que ela segurava em suas mãos trêmulas o desenho que eu tinha entregue a ela na convivência. Perguntei se poderia me contar o que mais ela colocou no desenho (já que eu que havia começado ele). Rita colocou o desenho sobre a mesa e olhou para ele fixamente, parando de chorar no mesmo

instante. Perguntei “você já estava triste quando desenhou isso?”. Ela respondeu “sim...”, seguido de um longo silêncio. De repente ela continuou, começando a chorar novamente: “meu filho está com dengue e anemia, está morando separado de mim, come besteira, volta tarde para casa... Quero cuidar dele mas não posso”. A partir daí, conseguimos acolher essa e mais demandas que geravam sofrimento em Rita [...] A ajudamos a pensar formas de resolver suas demandas e de sua família [...] ela saiu do atendimento completamente diferente da forma como entrou: falou bastante, chegou a sorrir para nós e nos olhava nos olhos. Parecia muito aliviada (DIÁRIO DE CAMPO, nº 3).

Vejo como meu encontro com Rita no grupo de convivência foi importante para que, no atendimento, eu pudesse perceber um mediador que facilitasse o compartilhamento de seu sofrimento. Não é sempre que as pessoas do grupo de convivência levam consigo os desenhos produzidos ali: percebo que quando levam, é porque querem continuá-lo em casa ou porque gostaram muito do que foi feito. Reconheci então que aquele desenho marcou Rita de alguma forma. Perguntar à Rita o que a deixava triste não mobilizou o compartilhamento de sua experiência. Seu sofrimento estava em estado tão “bruto” (LOBOSQUE, 2001) naquele momento que era evidentemente desafiador para ela inscrevê-lo em palavras. Já remetê-la ao desenho teve um efeito diferente: ela parou de chorar, colocou-o em cima da mesa e o observou. E então pude me voltar novamente ao seu sofrimento para que ela o compartilhasse, só que na segunda vez a pergunta foi feita utilizando-se daquele mediador (“você já estava triste *quando desenhou isso?*”), e ela conseguiu então se pronunciar pela primeira vez.

Penso ser importante percebermos nesse recorte o que vimos em Oury (1989 *apud* RESENDE, 2015), quando nos atenta à criação como autocriação do sujeito. O desenho que Rita continuou a fazer produziu um certo equilíbrio nela, já que se voltar a ele tirou seu sofrimento daquele “estado bruto” (LOBOSQUE, 2001), permitindo que ela o inscrevesse em palavras. Rita não quis falar sobre o que continuou a fazer no desenho: havia algo emergente ali e era sobre aquilo que ela precisava falar. Não falamos, portanto, sobre o desenho, mas *a partir dele*.

Reconheço um mediador quando, em sua presença, algo do sujeito emerge. Isso aconteceu quando estava com Jonatas brincando de desenhar para que o outro adivinhasse o que era. Um pouco de sua história emergiu quando desenhei figuras musicais e ele disse “violino, saxofone... meu avô toca violino!”, relatando então sobre o tempo que morava com seu avô (DIÁRIO DE CAMPO, nº 1). Também aconteceu quando Igor, que não havia se envolvido em nenhuma atividade até então e dava curtas respostas quando tentavam conversar com ele, compartilhou parte de sua infância a partir de uma cobra que moldou em argila: “eu

mexia em esterco de vaca para vender e várias cobras se escondiam ali, então elas me picavam. Algumas eu pegava e minha mãe brigava comigo” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 35). No recorte com Igor, é interessante perceber que a argila foi mediadora entre ele e uma lembrança de manipular esterco (semelhante à argila) em sua infância, que o remeteu às cobras que o picavam. A partir disso, ele criou uma cobra em argila. Para além de mediar nossa conversa, a criação de Igor estava intimamente *articulada com sua história* (DELION, 1984 *apud* RESENDE, 2015).

Vivenciei momentos em que Nicolas, usuário no CAPS, criou jogos e desafiou a muitos no grupo e no CAPS:

Nicolas havia pedido no encontro anterior que disponibilizássemos arame e um alicate pois criaria algo com esses materiais. Disse que era surpresa. Hoje entreguei a ele o arame e o alicate, mas ele disse “esse arame é muito fino! Não vai dar pra fazer o que eu pretendo. Espera que eu vou arranjar outro” [...] Voltou com um arame mais largo e começou a torcê-lo com o alicate, ainda não querendo dizer o que aquilo se tornaria [...] De repente ele me cutuca no ombro, me entrega o arame moldado em formato de um coração preso a argolas, dizendo: “meu coração está preso ao seu. Se você não tirar, vai ficar assim”. Era um desafio em que você deve tentar desvincular uma parte da outra, como aqueles vendidos em loja de mágicas. Mas esse foi moldado por Nicolas [...] Ninguém conseguiu resolver o desafio e ele se divertia com a situação [...] Quando me dei conta, enquanto tentávamos resolver um ele continuava fazendo cópias iguais daquele desafio no arame que restou. Ele fez mais uns 6 iguais e saiu desafiando o CAPS inteiro (DIÁRIO DE CAMPO, nº 24).

Percebe-se nesse recorte como o mediador pode partir do próprio usuário para permitir uma troca com os outros. Nicolas pôde expressar, em um gesto espontâneo e lúdico, a satisfação que sente por ter uma solução que outras pessoas não têm e desafiá-las a descobrir. Em alguns encontros, desafiava a todos com jogos e desafios que ele mesmo criava (DIÁRIOS DE CAMPO, nº 17 e 21). Imagino o quanto isso pode estar relacionado com uma compensação à sua angústia, compartilhada um dia no grupo: “nada meu trabalha bem... em crise tudo *falha*. A mente falha, o corpo falha, a visão falha, a audição falha [...] eu precisava ter equilíbrio entre meu intelecto e meu psíquico, precisava comer bem. Mas só rico tem como ter essas coisas” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 18). Tentávamos resolver seus desafios mas ninguém conseguia sem que ele explicasse: ali ele tinha a solução enquanto os desafiados ocupavam esse lugar de *falhos*. Nicolas me disse no grupo que gostava de se expressar por metáforas, e continuou:

“quando a mente não funciona, o corpo *padece*”, disse ele. “*Padece?*”, perguntei, imaginando que ele tinha se enganado no termo. “*Padece* é uma colônia agrícola na entrada de Unaí. É roça. Sabe quando dizem ‘assim você me manda pra roça?’. Então, isso que acontece quando o cérebro não funciona. O corpo vai pra roça” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 18).

Nesse recorte, ele utilizou de uma metáfora, sendo essa um ditado popular modificado por ele – “quando a cabeça não pensa, o corpo padece” - através de sua interpretação subjetiva. Pode-se perceber, através da escuta a essa expressão metafórica, o que para ele significa o sofrer de transtorno mental. Entendi que seu sofrimento o faz sentir-se pouco produtivo, à margem da sociedade, indo para a roça. Em um encontro posterior, Nicolas nos relata que sente muita falta de poder trabalhar, mas que “doente” e “velho” não consegue mais (DIÁRIO DE CAMPO, nº 21).

No esforço de possibilitar que a vida aconteça no *cotidiano* (LEAL & DELGADO, 2007) do CAPS, a diversidade de atividades, espaços e movimentos são essenciais. Como vimos no capítulo 4, a abertura ao espontâneo é importante para que a orientação de nossa prática na convivência se mantenha sempre voltada para os interesses dos usuários. Estar sensível para o desejo e demanda do sujeito faz com que o uso dos mediadores se potencialize em seus efeitos, promovendo maior aproximação, como pode-se perceber em meu encontro com Marcos.

Hoje eu estava sentada na recepção e ele me viu, puxou uma cadeira e sentou-se na minha frente [...] depois de muita conversa, nos mantivemos em silêncio e percebi que Marcos estava olhando interessado para os gibis que estavam em cima da mesa. “Quer ler comigo?”, perguntei. “Pode ser”, respondeu. Comecei a ler em voz alta enquanto ele observava as imagens e sorria com o humor da história em quadrinhos. Quando acabei, levantou-se e foi embora sem nada dizer (DIÁRIO DE CAMPO, nº 25).

Ler a história em quadrinhos foi uma situação inusitada e espontânea, tendo surgido da minha percepção de que talvez Marcos fosse gostar. Nesse movimento, identifico a *sensibilidade* (RESENDE, 2015) sobre a qual discutimos nos modos de aproximação na convivência: trata-se de estar sensível para o reconhecimento da necessidade de cada um. Penso que deixar-se interpelar pela alteridade do outro e estar sensível à sua presença são posturas que nos guiam em um contato *sob medida* para o sujeito e seu desejo. Ao nos voltarmos para os mediadores, reconheço que esses recursos são muito diversos e, por isso, temos a partir deles infinitas possibilidades. No entanto, o mediador surge justamente no *não*

*codificado* (RESENDE, 2015) da convivência: a partir da própria troca com o sujeito vamos reconhecendo quais recursos dialogam com sua particular demanda.

Encontrei o Marcos na entrada do CAPS [...] Me cumprimentou animado [...] nos sentamos no sofá para conversar mais e de repente ele me pergunta: “Lê uma história para mim?”. Eu respondi “claro!”. Fiquei surpresa por ele ter pedido isso, pois já fazia um bom tempo desde a leitura que fiz dos quadrinhos. O porteiro que estava ali ouviu o Marcos me pedindo para ler e perguntou: “e você Marcos, não quer ler para ela?”. “Eu não”, respondeu risonho. Marcos se levantou, buscou um livro dos escritos de Pedro Álvares Cabral na biblioteca do CAPS e me entregou, acomodando-se de novo no sofá [...] Terminei a leitura do primeiro capítulo cansada e sem ter entendido tudo porque o texto tinha uma linguagem muito rebuscada. Comentei isso com Marcos e ele disse “é, você não vai dar conta de continuar, não... Deixa que agora eu leio pra você”. Achou um panfleto sobre hipertensão na biblioteca e leu ele inteiro para mim. Mantive-me ao seu lado, ouvindo cada palavra vagarosamente lida por ele... Ele estava se esforçando para devolver a mim a atenção que ofereci a ele. Essa troca de cuidados estreitou ainda mais nosso vínculo (DIÁRIO DE CAMPO, nº 38).

Pouco tempo depois da leitura dele para mim, Marcos compartilhou algo mais comigo:

“Tenho Síndrome de Asperger”. “O que isso quer dizer?”, perguntei. Marcos disse que não sabia e fez uma pausa. Continuou: “acho que é porque tenho vergonha de ficar perto de muita gente. Fico com a mão na testa bem assim, envergonhado (...)” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 38).

Em minha experiência junto ao Marcos, ler um para o outro não foi um mero passatempo, mas uma forma de cuidar. Esse cuidado foi mediado, ao meu ver, pelo movimento e espontaneidade do cotidiano, pela convivência, pela linguagem, por pessoas (eu, Marcos e o porteiro) e suas particularidades, pelos espaços informais e pelos materiais (gibi, livro e panfleto).

### 4.3 (Re)interpretação

Por fim, darei lugar a uma reflexão sobre os aspectos que me saltam aos olhos nos tópicos de análise enquanto discorro sobre como fui afetada no contato com mediadores advindos da atividade e do grupo de convivência.

Sinto que o tempo que passei no CAPS conjugado às supervisões no UniCEUB me modificaram muito profundamente. Em um movimento constante de abertura para o novo, fui

me transformando com a *quebra de preconceitos*, a *genuína preocupação com o outro*, o *envolvimento com pessoas muito diferentes de mim* e a *valorização do trabalho interdisciplinar/em equipe*. Em meu terceiro e quarto registro em diário de campo pode-se perceber alguns desses aspectos já emergindo:

Após a supervisão em que levei à prof. Tania minha experiência [...] minha visão sobre as intervenções que fiz mudou. Agora reconheço que problematizar um diagnóstico frente ao usuário não é nada ético, afinal, algum profissional deu aquele diagnóstico com embasamento. Eu não posso discordar daquilo que não conheço, muito menos julgar sem saber de qual discurso o profissional partiu para tomar aquela decisão. Além disso, problematizar um diagnóstico junto ao paciente pode levá-lo a não tomar mais suas medicações, entre outras consequências e desdobramentos que nem imaginamos [...] Percebi que fiz uma “interpretação selvagem”, como diria Freud. Não surtiu efeito algum e creio ter afastado aquelas pessoas de mim [...] Eu não vivencio metade dessas dificuldades. Julgar é a última coisa que devo fazer aqui (DIÁRIO DE CAMPO, nº 3).

Reconheci que tendemos a “consolar” as pessoas mostrando o lado bom das coisas, sendo que isso qualquer pessoa faz. Nossa tarefa é de fato ouvir e acolher aquela queixa sem sentir que temos a obrigação de dar qualquer resposta, afinal nós não somos portadores de uma verdade. O sujeito que tem essa verdade e temos que ajuda-lo a estruturar em ato (fala, desenho, arte, etc.) o que ele não consegue explicar, para que sintam-se aliviado (DIÁRIO DE CAMPO, nº 4).

Conforme vimos no capítulo 1 e na contextualização sócio-histórica, o processo de desinstitucionalização se dá também a nível social, considerando como atores todos os sujeitos sociais envolvidos (ROTELLI *ET AL*, 2001). Me tornei mais uma agente participante desse movimento, o que envolveu uma constante reflexão crítica da minha prática e a problematização de preconceitos naturalizados. Percebi que melhor do que negar preconceitos é reconhecê-los para que então sejam vencidos. Munida de novas leituras, experiências e trocas em supervisão, tive a oportunidade de problematizar e ser problematizada em minhas pré-concepções para melhor alcançar o sujeito que precisa de cuidados e melhor dialogar com outros profissionais. Esse esforço deve se estender por toda minha atuação profissional e é, portanto, contínuo.

Estar aberta a novas possibilidades se refletiu na ampliação de possibilidades àqueles que comigo interagem. O não-codificado da convivência me gerou algumas inseguranças de início, no entanto fui aos poucos me familiarizando com o espontâneo e o inesperado. A cada encontro sentia-me mais confortável, pois deixava-me interpelar pela surpresa que é a

alteridade do outro. A partir disso, os mediadores foram sendo melhor percebidos em minha experiência e surgindo das mais diversas formas.

Os mediadores me permitiram um contato mais próximo das pessoas na medida em que pude diversificar minha escuta e minha forma de cuidar. Penso que se trata do que vimos como estar na mesma paisagem do sujeito, em uma troca que legitima sua forma própria de expressar-se. Para minha surpresa, percebi a mim mesma como mediadora nesse contexto. Vejo como isso se deu no desenlace de algumas situações (como, por exemplo, do Sr. Fernando) nas quais percebi os efeitos do meu papel de mediadora depois de muito tempo ocupando naturalmente esse lugar.

Esteve evidente para mim como os mediadores são diversos e suas possibilidades são infinitas: cada um projeta-se à sua maneira através de objetos, imagens, falas, espaços, pessoas, entre outros. “Ouvindo a música *Epitáfio*, Vitória disse que a lembrava sobre o valor de não se deixar levar por coisas pequenas e ruins. Já Mayara disse que a fez pensar na importância de observar o pôr-do-sol, pois esse é um presente de Deus” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 27). Ao nos abirmos para o que há de subjetivo no outro, nos abtemos de uma categorização do que seria “certo” ou “normal”. Não há rigidez no uso de mediadores ou em sua forma: o mediador existe no elo, na troca, no vínculo, na construção de sentido (...), sendo ele mesmo concebido na emersão do sujeito em sua singularidade.

Foi possível reconhecer a *mediação do cotidiano* (MIRANDA, 2009) como algo presente na convivência, a saber, no acolhimento ao paciente em sua singularidade, no estabelecimento de relações de confiança e na continuidade dos cuidados. Trata-se, fundamentalmente, de facilitar o processo de ampliação de possibilidades do sujeito em contato com o mundo social. Encontrando um espaço para que possa vivenciar suas experiências e percepções singulares, o sujeito tem em seu cotidiano uma contínua legitimação por ser quem é.

Júlia, frequentadora do CAPS que já está de alta, continua vindo ao grupo de convivência. Ouvindo o discurso de Nicolas, disse que era bom ele falar sobre o que sente. “Aqui você pode ser e fazer o que quiser, nada vai sair daqui. Você pode chorar, contar o que quiser, ficar mais quietinho... Sabe, lá em casa não é assim. Se começo a chorar já pensam que estou entrando em crise” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 18).

Depois do grupo, Denise se aproximou de parte da equipe do CAPS e disse “eu não sei como agradecer vocês... Minha filha me pergunta o que faço aqui e ela nem

acredita quando eu digo que fiz nossa família toda em argila, que já joguei jogo e cantei no karaokê... Lá em casa eu só fico nos cantos sem fazer nada. Agora estou sempre querendo voltar aqui. Antes eu chegava ansiosa mas vocês me acolheram tanto, só Deus para retribuir vocês.... Eu me sinto cada vez melhor!” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 40).

O grupo de convivência é em si um mediador que propicia momentos de interação espontânea. Nele estão pessoas que podem assumir um papel de mediadoras umas com as outras, fazendo juntas atividades que podem mediar trocas significativas. Em uma perspectiva mais ampla, o próprio CAPS é uma instituição mediadora entre o território e o cuidado em saúde mental, bem como seus espaços são mediadores das práticas e vivências que ali acontecem. Me dei conta, ao longo das análises, que minha reflexão não é meramente sobre um campo com a presença de mediadores, mas um campo que é, essencialmente, mediação.

Nessa concepção, reconheço a importância das dimensões ética, política e clínica (RESENDE, 2015) para que o cuidador possa dar continuidade ao que se propõe a atenção em saúde mental. Deixar-se mediar pelo outro – reconhecendo suas necessidades e se disponibilizando na medida do que ele precisar – relaciona-se à dimensão ética. Reconhecer o outro em sua adversidade – buscando manter uma escuta sensível e diferenciada às suas formas particulares de expressão – dialoga com a dimensão política. Em nossa disponibilidade de *estar com*, *fazer junto* e *deixar ser* (RESENDE, 2015), a dimensão clínica se faz presente pelo que a partir daí emerge do sujeito e pode, então, ser acolhido.

A reflexão que se deu a partir da análise da minha experiência em um CAPS, articulada com a literatura, aponta para a potencialidade dos mediadores em suas mais diversas formas. Tendo a minha inserção no CAPS ocorrido em um grupo de convivência, pude estar aberta às possibilidades – minhas e dos outros participantes – de troca. Sensível ao reconhecimento de mediadores, meu contato com a experiência dos usuários tornou-se mais genuíno – no que diz respeito ao reconhecimento do sujeito tal como ele é e tal como ele se expressa. Pôde-se reconhecer alguns efeitos terapêuticos de mediadores, a saber: estreitamento de vínculo; acolhimento ao espontâneo e ao sofrimento; surgimento de lembranças e histórias de vida; reconhecimento e respeito às particularidades e formas de expressar de cada um; transformação do “estado bruto” do sofrimento em um estado inscrito nas vias da expressão; melhor entendimento sobre o sujeito a partir da “escuta” sensível ao que ele faz/cria (metáforas, expressões, desenhos, moldes em argila, materiais, músicas, jogos, etc.) e; cuidado sob medida para cada um.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta monografia teve como tema os efeitos terapêuticos de mediadores no campo da saúde mental e no contexto de um grupo de convivência de um CAPS. Diante da análise da experiência concreta sobre a convivência e os mediadores no cotidiano do CAPS, e da articulação com a revisão literária, pôde-se reconhecer que respeitar o desejo do usuário, legitimando sua possibilidade de escolha e de expressar-se como quiser, é uma forma de apostar em sua potencialidade sem agir de forma institucionalizante.

*Concentrar-se no outro* (RESENDE, 2015) promove uma abertura a demandas que emergem do sujeito, que podem passar despercebidas se esperarmos do outro uma comunicação que conflua com nossos valores e entendimentos próprios. As dimensões ética e política se fazem fundamentais para que haja uma interlocução, portanto. O presente trabalho defendeu a sensibilidade do cuidador para que haja essa interlocução, sendo que isso advém do reconhecimento do sujeito tal como ele é, inclusive em suas diferenças, ambivalências e contradições, e tal como ele se expressa.

É interessante reconhecer a importância do papel da convivência na construção de um novo olhar no campo da saúde mental. Esse olhar “acompanha a visão do novo paradigma psicossocial e possibilita a desconstrução da ideologia de que o cuidado deve estar pautado em uma lógica tutelar de violência, assistencialismo, bem como de preconceito” (GABRIEL, 2015, p. 86). Para que a convivência seja um efetivo mediador é fundamental o reconhecimento de que no não-codificado reside a oportunidade do surgimento de demandas tais como sustenta o desejo do usuário. Cabe a nós, cuidadores, disponibilizarmos recursos e atividades diversas que possam ser objeto de identificação dos participantes, que a partir deles se comunicam. Da mesma forma, se for reconhecido no cuidado sob medida para o outro, devemos *sustentar a nós mesmos como mediadores* no caminhar do sujeito para a reinserção social. Nesse sentido, a disponibilidade afetiva defendida por Resende (2015) nos elucida como isso pode acontecer: fazendo junto, estando com e deixando ser.

Minha inserção no CAPS se deu antes mesmo de eu definir sobre o que seria minha monografia. Aos poucos fui me familiarizando nesse contexto tão novo, que posso afirmar ser novo ainda e sempre. Se o CAPS tem a intenção de ser um espaço de reprodução de vida, não poderia esperar que fosse diferente disso: a novidade, a cultura, o convívio e o movimento fazem parte do CAPS como “superfície de vida”, como vimos em Lobosque (2003) e Tenório

(2001). Em meu contato com o CAPS, defrontei-me com alguns incômodos sobre os quais penso ser importante discutir.

Não vejo como negativas as dificuldades que tive porque a partir delas pude aprender muito. Uma das dificuldades foi defrontar-me algumas vezes com atitudes de profissionais que me pareciam uma forma de exercer tutela, desviando minha atenção da atividade por muito me preocupar com essas atitudes. No entanto, entendi que estar aberta para dialogar enriquece as ações da equipe no CAPS, comunicando diferentes olhares e dando voz à interdisciplinaridade.

[...] Depois do grupo de música perguntei educadamente à Valentina porque ela havia feito aquela intervenção com o usuário, pois não havia entendido sua intenção. Ela respondeu solícitamente e completou “eu sei que não fiz da melhor forma... Mas foi o que me veio à mente no momento”. Percebi como foi importante eu recorrer à Valentina com a intenção de trocar perspectivas, sem julgamentos. Ela mesma pôde se abrir comigo dizendo que não gostou tanto da forma como entrevi. Conversamos juntas sobre o que poderíamos fazer em relação àquele usuário no encontro seguinte (DIÁRIO DE CAMPO, nº 27).

Outra dificuldade que tive foi de suportar o afastamento de alguns usuários com os quais me sentia vinculada.

Hoje Nicolas disse que seu PT foi alterado e ele iria agora para outro dia da semana, não mais permanecendo no grupo de convivência. Deixei escapar, em tom amigável: “você não vem mais ao nosso grupo? Tô chateada!”. Ainda bem que ele se distraiu na hora e nem ouviu essa minha manifestação totalmente inadequada. Mesmo que a gente tenha um forte vínculo, eu não posso permitir que meus afetos se imponham assim. Eu deveria ter sustentado minha posição de cuidadora (DIÁRIO DE CAMPO, nº 26).

Acordei hoje de um sonho em que a equipe do CAPS me dizia que não veria o Nicolas nunca mais e isso me doía [...] Pensei que ele não viria mais nas quartas-feiras, mas o encontrei hoje no CAPS antes do grupo de convivência. Nicolas foi o primeiro a chegar e estava sentado na cadeira da recepção. Foi um alívio para mim vê-lo, mas em uma postura abstinente pude colocar-me à sua disposição como cuidadora (DIÁRIO DE CAMPO, nº 28).

Jervis (2001) entende que “não há necessidade de temer que reconheçamos a existência de um terreno no qual entram em jogo dinâmicas psicológicas inteiramente particulares” (p. 257). Vejo que *reconhecer* essas dinâmicas é um passo fundamental para que possamos ajustar e avaliar continuamente nosso cuidado de forma que ele seja sempre voltado para o sujeito e suas demandas.

Em alguns momentos sentia-me impotente no grupo de convivência, pois haviam muitas pessoas que precisavam de alguém que mediasse sua relação com o grupo, mas eu não conseguia passar um tempo de qualidade com cada uma dessas pessoas. Já aconteceu de usuários saírem do grupo impacientes antes que eu pudesse chegar até eles. Foi curto o tempo em que estive sozinha como facilitadora no grupo. Assim que chegaram mais alunos do PRISME o grupo foi ganhando mais vida e cuidados. Como vimos em Resende (2015), o trabalho em equipe é fundamental, sendo que a equipe conta também com os usuários como potenciais cuidadores. Com a mediação inicial de nós alunos, o grupo vai aos poucos se entrosando até que em alguns momentos nossa presença não é mais necessária.

Assim, reconhece-se a relevância da convivência e de mediadores, pois assim a experiência da loucura é legitimada e ganha cada vez mais possibilidades de interlocução com o social. Diante das reflexões desenvolvidas neste trabalho, reconheço ser importante a propagação de conhecimentos acerca dessa temática da saúde mental, ainda alvo de estereótipos e preconceitos. O processo de desinstitucionalização é contínuo e requer um transitar de informações e compartilhamento de experiências para quebrar resistências e emancipar trocas no social. O desenvolvimento de mais pesquisas nesse campo permitirá que não só estudantes se transformem no encontro com a alteridade, mas também a sociedade. Ler é um pouco viver aquele conteúdo, penso eu. Sugere-se para análises futuras, portanto, novas pesquisas para que possamos nos aprofundar nas irredutíveis - e tão próximas de nós - experiências da loucura.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLY, Yanne. **Reforma psiquiátrica: construção de outro lugar social para a loucura?**, 2009. Disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/>. Acesso em: 18 abr. 2016
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Avaliação em saúde mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas. In: PINHEIRO, P. (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. 1ª edição. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2007, p. 41-65.
- BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BOHM, David. **Diálogo: comunicação e redes de convivência**. São Paulo: Palas Athena, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 28 mar. 2016.
- \_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 abr. 2016.
- \_\_\_\_\_. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 abr. 2016.
- CAMARGO, Elisa Maria de Cavalcanti. O acompanhante terapêutico e a clínica. Em: A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (orgs.). **A rua como espaço clínico – acompanhamento terapêutico**. 1ª edição. São Paulo: Escuta, 1991.
- CLAMAN, Lawrence. **O jogo do rabisco com histórias na psicoterapia de crianças**. Mudanças – Psicologia da Saude, 13 (2), p. 271-471, jul-dez 2005.
- COSTA, Jurandir Freire. **O vestígio e a Aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.
- DELGADO, Pedro Gabriel. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão do crônicos). Em: TUNDIS & COSTA (orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- DELION, Pierre. **Psychose toujours**. Paris: Editions du Scarabée, 1984.
- DEMO, Pedro. **Avaliação Qualitativa**. São Paulo: Cortez: Autores associados, 1988. Coleção polêmicas do nosso tempo, 1941.
- \_\_\_\_\_. **Pesquisa e Informação Qualitativa: Aportes Metodológicos**. 3ª edição. São Paulo: Papyrus, 2006.
- DISTRITO FEDERAL. **Relatório Anual de Atividades - 2012**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2012.
- FIGUEREDO, Ana Cristina. **Por uma psicanálise possível nos serviços de saúde mental**. Cadernos IPUB, n. 3, p. 99-10, 1996.

FIGUEIREDO, Luís Claudio. A metapsicologia do cuidado. **Psychê**, São Paulo, nº 21, p. 13-30, jul-dez/2007.

FONSECA, Eduardo Ribeiro. O sentido da noção de sublimação na filosofia de Schopenhauer. **Revista Voluntas: estudos sobre Schopenhauer**, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, p. 68-88, 2º semestre de 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva S.A., 1972.

FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: Psicologia, Psiquiatria, Psicanálise**. Ditos e Escritos 1. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

FREUD, Sigmund. Cinco lições de psicanálise. In: Freud, S. **Edição Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Volume XI. Rio de Janeiro: Imago, 1997. (Originalmente publicado em 1910).

GABRIEL, Áurea Barbosa Pinheiro. **Uma reflexão sobre a convivência como um dispositivo clínico no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia). Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2015.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da. **Saúde mental na atenção básica: as relações entre a subjetividade e o território**. 2011. Tese (Doutorado). UNICAMP, Campinas, SP, 2011.

GOLDBERG, Jairo Idel. Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial. Em: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

GONZÁLEZ REY, Fernando. **Psicoterapia, Subjetividade e Pós-Modernidade**. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

GOULART, Daniel Magalhães. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental**, 2013. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília. Brasília. 2013.

HOUAISS. **Dicionário de Língua Portuguesa**. Instituto Antônio Houaiss. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

\_\_\_\_\_. Jairo Idel. Reabilitação como processo - O Centro de Atenção Psicossocial. Em: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4ª edição. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 33-47.

JARDIM, Vanda Maria da Rosa et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. *Texto & Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v. 18, n. 2, p. 241-248, abr 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 27 ago. 2016.

JERVIS, Giovanni. Crise da psiquiatria e contradições institucionais. In: BASAGLIA, Franco. (Org.), **A instituição negada**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 2011, p 251-272.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, P. (Org.). **Desinstitucionalização**

**da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos.** 1ª edição. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2007, p. 137 – 154.

LÉVINAS, Emmanuel. **Totalite et infini. Essair sur l'extériorité.** 4ed. Paris: Haya de Conde, 1974.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma Clínica Antimanicomial.** São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios.** Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

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

LUIZ, Leonardo. **Música no divã: sonoridades psicanalíticas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

MARTINS, Daniela de Carvalho e Souza. **Arte-terapia e as potencialidades simbólicas e criativas dos mediadores artísticos,** 2012. Dissertação (Mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Belas Artes, Lisboa, 2012.

MCLUHAN, Marshall. **O amante de gadgets: Narciso como narcose. Os meios de comunicação como extensões do homem.** São Paulo: Cultrix, 1964.

MEZAN, Renato. **Freud: a trama dos conceitos.** 4ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2003.

MIRANDA, Lilian. **Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referencia junto a pacientes psicóticos.** Tese (Doutorado). 2009. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2009.

NETO, Leonel Braga. **Contribuições para uma topografia do acompanhamento terapêutico.** In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico.** São Paulo: EDUC, 1997, p. 101-108.

OLIVEIRA, Filipe Guterres Venancio Costa; CARVALHO, Maria Alice Pessanha; GARCIA, Margareth Rose Gomes; OLIVEIRA, Simone Santos. **A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família.** Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 18 abr. 2016.

ONGARO, Franca Basaglia. Transformação Institucional e objetivos comuns. In: BASAGLIA, Franco. (Org.), **A instituição negada.** 3ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 2011, p. 273- 283.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. **O paciente excluído – História e crítica das práticas médicas de confinamento.** Rio de Janeiro: Revan, 1997.

OURY, Jean. **Création et schizophrénie.** Paris: Galilée, 1989.

\_\_\_\_\_. Jean. **Itinerários de formação.** Revue Pratique. 1991.

PALOMBINI, Analice de Lima. et al. **Acompanhamento terapêutico na rede pública.** A clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo; SANTOS, Manuel Antônio dos Santos. **Acompanhamento terapêutico – a construção de uma estratégia clínica.** São Paulo: Vetor, 2005.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: \_\_\_\_\_. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 2001, p. 19-26.

QUEIROZ, Danielle Teixeira; Vall, Janaina; Souza, Ângela Maria Alves; Vieira, Neiva Francenely Cunha Vieira. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 276-283, abr/jun 2007.

RESENDE, Tania Inessa Martins de. **Perlaboração: trabalho do tempo e alteridade em psicanálise**. 2001. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Eis-me aqui: A convivência como dispositivo de cuidado no campo da Saúde mental**. 2015. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2015.

RIBEIRO, Thais da Cruz Carneiro. **Acompanhar é uma barra: considerações teóricas e clínicas sobre o acompanhamento psicoterapêutico**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 22, n. 2. Brasília, jun. 2002.

RINALDI, Doris Luz; BURSZTYN, Daniela Costa. **O desafio da clínica na atenção psicossocial**, Rio de Janeiro, vol. 60, n. 2, p. 32-39, 2008.

ROGERS, Carl Ransom. **Tornar-se pessoa**. 2ed. São Paulo: Martins Fontes, 1976.

ROUSSILLON, René. Cadres et dispositifs. In MATOT, Jean-Paul; ROUSSILLON, René (Orgs.). *La psychanalyse: une remise en jeu*. Paris: PUF, 2010, p. 171-185.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra Via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana (Orgs.). **Desinstitucionalização**. 2ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 17-60.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo; Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, Benilton Jr; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 41-55;

SAFRA, Gilberto. **A po-ética da clínica contemporânea**. Aparecida, SP: Idéias & Letras. 2004.

SANTOS, Gláucia Lorena Guedes dos. **Sobre Discursos e Práticas: a reabilitação psicossocial pelo “olhar” dos técnicos de referência de um CAPS da Região Metropolitana de Recife**. 2008. Dissertação (Pós-graduação). Universidade Federal de Pernambuco, 2008.

SANTOS, Manoel Antônio dos; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva Gazignato. **Aconselhamento em saúde: fatores terapêuticos em grupo de apoio psicológico para transtornos alimentares**. *Estudos de Psicologia*, vol. 31, n. 3, Campinas, Jul/Set. 2014.

SAÚDE, Organização Mundial de; PSICOSSOCIAL, **Associação Mundial de Reabilitação. Declaração de consenso sobre a reabilitação psicossocial**. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, n. 6, ano 4, p. 4-12, mar 1997.

SILVA FILHO, João Ferrreira da. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. Em: TUNDIS & COSTA (orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco/Vozes. 1987.

TENÓRIO, Fernando. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, vol. 4 de Coleção Bacamarte: Psicanálise e psiquiatria, 2001.

WINNICOTT, Donald Woods. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA, 1975.

ZGIET, Jamila. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação**. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Política Social, 2010.