



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

A CONVIVÊNCIA NO COTIDIANO DE UM CAPS

Patrícia de Melo Cortes

BRASÍLIA
JULHO DE 2013.

PATRÍCIA DE MELO CORTES

A CONVIVÊNCIA NO ESPAÇO DE UM CAPS

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia.

Professor-orientador: Tania Inessa Martins de Resende

Brasília – DF, Julho de 2013.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

A CONVIVÊNCIA NO ESPAÇO DE UM CAPS

Esta monografia foi aprovada pela
comissão examinadora composta
por:

Tania Inessa

Morgana Queiroz

Tatiana Lionço

A Menção Final obtida foi:

Brasília, Julho, 2013.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço sinceramente aos usuários e profissionais do CAPS por me receberem de braços abertos e pelos inúmeros momentos de trocas riquíssimas que tivemos através da atividade de convivência. Esses momentos compartilhados e os vínculos formados influenciam diretamente na minha formação, na minha vida pessoal e na minha forma de ver e encarar o mundo em sua realidade e totalidade.

À professora Tania Inessa, que tornou todo esse processo possível, ajudando-me e orientando-se na realização deste trabalho, além de ter proporcionado momentos de reflexões frente à prática em Saúde Mental, sempre me motivando e me inspirando com seu empenho e amor por essa área de atuação.

Aos meus colegas de classe e amigos de vida. Especialmente àqueles que me ajudaram a coletar os dados para essa pesquisa, como a Thais Polonio, o Christiano Nishikawa, a Lorena Costa e o Henrique Fernandes.

À minha mãe, meu pai e meu irmão, que me deram todo o suporte e o apoio para a realização deste trabalho, mostrando-se muito pacientes comigo.

RESUMO

O tema de desinstitucionalização na saúde mental é de suma importância no momento brasileiro da luta antimanicomial e na atual Política Nacional de Saúde Mental, que promove um projeto que visa à transformação social frente à realidade hospitalocêntrica. Desta forma, este trabalho discute sobre a importância da convivência em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPSII –, localizado na cidade de Brasília, analisando o potencial dessa para a promoção de uma forma de cuidado mais efetiva e humana em saúde mental. O primeiro capítulo aborda a trajetória do conceito de loucura e a construção de novas formas de entender o sujeito com sofrimento psíquico grave e do tratamento ao longo da história mundial e, mais especificamente, no Brasil, destacando as experiências que influenciaram o conceito de desinstitucionalização no país. O capítulo dois versa sobre a contextualização da estruturação do CAPS, assim como sobre sua funcionalidade. O terceiro capítulo articula o tema da convivência com o de cuidado no CAPS e como principal responsável pela desinstitucionalização nos serviços prestados, que foca na promoção e no cuidado em saúde mental. A partir do desenvolvimento desses capítulos com aparato teórico, realizou-se o aprofundamento de um estudo caracterizado pela metodologia qualitativa da pesquisa participativa. A experiência vivenciada pela pesquisadora nos espaços informais do CAPS para a coleta de dados dessa pesquisa foi registrada por meio dos diários de campo, que forneceram dados importantes que se articulam com os referenciais teóricos, proporcionando ricas reflexões acerca da temática convivência, possibilitando pensar sobre novas formas de se relacionar com o sujeito em sofrimento intenso em espaços informais do CAPS. Ao refletir sobre essa atuação, novas formas de se pensar o cuidado em saúde mental se tornam possíveis. Neste espaço, da Atividade de Convivência, ficou evidente a importância do vínculo e do cuidado nessa instituição, onde o sujeito se torna ativo e ator principal no seu tratamento e em seu convívio social.

Palavras-Chave: Convivência. Desinstitucionalização. Saúde Mental.

SUMÁRIO

Introdução	6
Capítulo 1 - História da Loucura e a Reforma Psiquiátrica	13
1.1.História da Loucura	13
1.2.Reforma Psiquiátrica.....	17
1.3.Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	20
Capítulo 2 – CAPS: Estrutura e Funcionamento	31
2.1. Estrutura dos CAPS	33
2.2. Funcionamento de um CAPS	35
Capítulo 3 – Convivência: Modo de Desinstitucionalização	40
3.1. Caracterização da Convivência	40
4. Metodologia	46
4.1 Procedimentos de Pesquisa	47
4.1.1 Procedimentos de Construção de Informações	48
5. Análise e Discussão de Dados	52
5.1. 1º Momento: A Convivência no Cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga	54
5.2 2º Momento: Aspectos Importantes do Papel da Convivência nos Serviços Substitutivos em Saúde Mental	60
5.3 3º Momento: Ações Potencializadoras da Convivência dentro do CAPS	65
6. Considerações Finais	73
Referências Bibliográficas	75
Apêndices	79
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	81

Imerso no campo de saúde mental, este trabalho toma como tarefa essencial discutir sobre o desenvolvimento dos serviços atuais de atenção psicossocial, passando brevemente pela história de como estes serviços começaram a ser implementados em países estrangeiros, e, especificamente, no Brasil. Em especial, será focado o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, visto que este surgiu como um dos serviços substitutivos de cuidado em saúde mental no Brasil, sendo o palco da experiência como aluna extensionista, estagiária e autora da monografia.

A minha experiência pessoal em saúde mental foi iniciada no segundo semestre do ano de 2011 em um programa de extensão ofertado pelo UniCEUB, denominado PRISME - que envolve certos campos do saber, como a psicologia, o direito, a educação física e a enfermagem – que foi o marco da minha atuação nesta área.

O primeiro contato em saúde mental foi em um CAPS II localizado na cidade de Paranoá/Brasília, por um período de cinco a seis meses. Nesse período, frequentei a instituição duas vezes por semana, fazendo parte de duas oficinas com objetivos diferentes e interagindo com a equipe do CAPS e com as pessoas que lá estavam à procura de tratamento. Uma das oficinas era chamada de “Artesanato”, que se caracterizava por ter um número significativo de frequentadores. Neste grupo, atividades que envolviam o fazer com as mãos eram propostas pelos próprios participantes, assim como eram eles quem davam ideias para fazer algumas atividades e para ensinar aos outros como fazer sua arte (como exemplo, fizemos um bolo de chocolate juntos na cozinha do CAPS, aprendemos a fazer bonecas de biscoito, pintamos a parede do quintal, entre outras). A outra oficina era um grupo de fala, onde fazíamos dinâmicas de grupo com o objetivo de integrar mais o grupo e de favorecer o vínculo entre os participantes.

Após este primeiro contato como extensionista da área psicológica, no qual tive que manter uma postura ética e profissional, foi que tive a oportunidade de fazer reflexões, com ajuda das supervisões que tínhamos, acerca deste campo de atuação. Percebi o quão importante é o nosso papel, já que fornecemos uma escuta mais atenta, possibilitando uma detecção das demandas, queixas e possibilidades dos sujeitos. Aprendi, nesta primeira experiência, a importância de fazer junto com eles atividades que façam sentido para eles. Percebi o quanto estar naquele espaço me fazia bem e o quanto gostava de estar ali, fazendo a diferença e aprendendo com eles.

Devido a situações pessoais afastei-me do CAPS e do campo da saúde mental. Pensava, justamente, que não iria mais querer voltar para essa área. No entanto, quando me foi apresentada a oportunidade de participar, como aluna pesquisadora auxiliar, no CAPS II de Taguatinga, da tese de doutorado da professora/orientadora Tania Inessa, decidi voltar para a saúde mental e de fazer desta área o tema da minha monografia.

Nesta atividade (de aluna pesquisadora), participei de reuniões de pesquisa com outros quatro alunos pesquisadores e com a professora doutoranda Tania Inessa. Compartilhei com eles o início das ações que foram definidas nessas reuniões, como a implementação do Grupo de Convivência e da Atividade de Convivência. Primeiramente, participei do Grupo de Convivência, que acontecia todas as quartas-feiras, durante o segundo semestre do ano de 2012. Porém, ao participar ativamente desta oficina e das reuniões, onde se discutia também sobre as experiências dos outros alunos na Atividade de Convivência, decidi por me aprofundar mais sobre a Atividade de Convivência, por me proporcionar um novo olhar sobre a convivência, uma vez que já tinha experiência na forma de atuação nas oficinas. Com isso, no final deste semestre, iniciei minha atuação na Atividade de Convivência, tendo participado quatro vezes antes do início das férias.

No primeiro semestre deste ano, 2013, iniciei meu estágio específico (matéria obrigatória) em saúde mental, no CAPS II de Taguatinga. Frequentei por quatro meses, indo duas vezes na semana, participando do Grupo de Convivência e de uma oficina chamada “Atividade Externa”. Porém, no mesmo período, ainda participei das reuniões de pesquisa e da Atividade de Convivência (para coleta dos dados desta presente monografia), por cerca de três meses. Entretanto, é importante frisar que as reuniões de pesquisa não foram encerradas. Elas continuarão até o semestre que vem, assim como o Grupo de Convivência. Após apresentar as experiências de onde surgem as questões desta monografia, farei brevemente uma reflexão sobre o espaço sócio-político-institucional onde esta experiência teve lugar: o campo da atenção psicossocial em construção no Brasil.

O campo da atenção psicossocial, que se apresenta no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, possui papel importante no que se refere à articulação de diferentes áreas criando redes descentralizadas de serviço/assistência à saúde para

poder cumprir seu papel fundamental, que é o de assistir o sujeito em sofrimento psíquico grave (SIDRIM, 2010).

Como discutem Lobosque (2001) e Amarante (1995, citado por SIDRIM, 2010), o motivo principal responsável pela iniciativa da reforma psiquiátrica brasileira foi o debate acerca da importância da cidadania do louco. Esse movimento criticava a ideia de criar uma instituição onde os usuários de saúde mental poderiam frequentar e criar um mundo à parte da realidade vivida pela sociedade. Visava-se, desta forma, inventar um “mundo melhor” para que este sujeito rotulado como louco pudesse viver melhor, dentro e fora deste mundo institucionalizado. Este debate gerou uma forte necessidade de combater essa ideia e a de iniciar um resgate da cidadania nas propostas feitas para a construção de outros espaços que não manicômios e hospitais, assim como de iniciar um resgate referente à subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico grave. Dessa perspectiva, não se consideraria as experiências de um surto, por exemplo, como algo sem sentido, mas sim como uma forma diferente do sujeito lidar com seus problemas, de se pensar e vivenciar esses problemas. Ou seja, a loucura pode ser outra forma da razão se manifestar: “a reforma psiquiátrica é a tentativa de dar à loucura uma outra resposta social, ou seja, dar ao louco um outro lugar social” (TENÓRIO, 2001, p.20).

É evidente que a reforma psiquiátrica é um processo, processo que discute e elabora propostas de transformação do modelo clássico de atenção à saúde e do paradigma da psiquiatria que por muito tempo regeram a forma de se lidar com a loucura. Todavia, hoje está em construção outra forma de cuidado, o chamado campo psicossocial, que é definido como um “conjunto de dispositivos e instituições que fazem com que o cuidado em saúde mental tenha uma incidência efetiva no cotidiano das pessoas assistidas” (TENÓRIO, 2001, p.55). Desta maneira, o campo psicossocial trabalha de forma a superar o manicômio e, para isso, é preciso agir construindo uma rede de serviços alternativos e modificar a forma pela qual a sociedade vê e recebe a pessoa com sofrimento psíquico intenso, pois é evidente que o maior desafio da reforma é em relação à busca da cidadania do louco e pela busca de novos modos de ação (TENÓRIO, 2001 e LOBOSQUE, 2001).

Um dos aspectos que permitiu a mudança do modelo hospitalocêntrico para o modelo atual da atenção psicossocial de cuidados em saúde mental, ainda em

construção, é a desinstitucionalização. Sendo esta caracterizada por Schrank e Olschowsky (2006, p.130) como:

processo prático de desconstrução do modelo tradicional da atenção psiquiátrica, propondo um conjunto de dispositivos que possibilitam a construção e a invenção de novas perspectivas de vida e subjetividade, com base não apenas em diagnósticos e prognósticos da doença mental, mas sim, na complexidade que envolve o indivíduo na sua dimensão psíquica e nas suas relações com o meio em que vive. Assim, este serviço busca a reinclusão das pessoas com sofrimento psíquico na família, na comunidade e na vida produtiva, através da recuperação da auto-estima e reestruturação de vínculos.

Em consequência desse novo paradigma em cuidados em saúde mental emergiu a necessidade de se construir uma rede que conseguisse articular serviços de diversas áreas, surgindo então os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial -, sendo este o contexto deste projeto de monografia.

É necessário tomar, como objeto de nossa intervenção, o cliente em suas múltiplas interações socioeconômicas e culturais; trata-se de ajudar o usuário em sua vida 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. Simplificando um pouco: não só remédios, mas também comida, diversão e arte. Nosso território de atuação situa-se entre a saúde e o bem-estar social, e tudo o que for da cultura de nossos clientes nos interessa. Por isso preferimos substituir os termos “psiquiátrico”, “psicológico”, “psicanalítico”, e dizer que a tarefa dos nossos serviços é a atenção psicossocial (DELGADO, 1997, p.42, citado por TENÓRIO, 2001, p.55).

Neste contexto, frente a este objetivo de inserção social e regaste da cidadania, parece que a convivência no contexto da assistência em saúde mental pode se configurar como um articulador das dimensões clínica e política. Desta forma, a convivência aparece com um potencial para articular os objetivos primordiais do CAPS: o da inclusão social, do cuidado clínico psicossocial e de mudar o olhar da sociedade frente o sofrimento psíquico. O CAPS oferece ao sujeito com sofrimento uma possibilidade de convivência através dos grupos terapêuticos, das oficinas, para que possa ser feito, através da convivência com o outro nestes espaços, o processo de reconstrução de sua própria vida.

Segundo a pesquisa realizada por Mello e Furegato (2008) sobre um CAPS localizado na cidade do Rio de Janeiro, os usuários e familiares do serviço apontam

como decorrência da implementação desse novo olhar para a saúde mental a diminuição de internação, inclusão na sociedade e a autonomia da pessoa com sofrimento psíquico,

A inserção das atividades coletivas com ênfase em grupos e oficinas terapêuticas inaugura a possibilidade do estabelecimento das trocas entre os sujeitos com vistas à transposição dessa capacidade para seu meio externo. Deste modo, a intervenção do técnico busca mediar as relações do sujeito com o outro e assim permitir a ampliação de sua contratualidade social (GULJOR, 2003, p. 43).

A proposta de estudar a convivência como dispositivo político-clínico vai além da ideia inicial de conviver com as pessoas em sofrimento psíquico. Não é apenas agir, embora também o seja, na dimensão do cuidado, de dividir um espaço físico com o outro, mas também potencializar as trocas interpessoais, ajudar a estabelecer planos de vida, mais do que simplesmente auxiliá-lo a eliminar seus sintomas. Em outras palavras, a convivência é acompanhar o sujeito, ajudá-lo a viver, de modo que as ações terapêuticas tenham efetivamente incidência no cotidiano das pessoas; está é a característica primordial da atenção psicossocial no campo da saúde mental (LOBOSQUE, 2001).

A convivência existe a partir de estabelecida a relação pessoal, caracterizando desta forma um movimento contínuo e dinâmico, tornando o sujeito ativo neste processo. Este está sempre em constante mudança, pois ao conviver há o movimento de trocas, sendo transformado por estas e transformando também, destacando nesta relação a subjetividade e a emersão dos valores pessoais.

Entretanto, a convivência com o outro pode ser por vezes turbulenta, podem ocorrer conflitos referentes a valores pessoais. Esses momentos mais difíceis também fazem parte do conviver e, por vezes, também podem ser terapêuticos para o sujeito, sem que se façam necessárias formalidades para lidar com essas diferenças. Pelo contrário, é no mesmo espaço em que ocorrem conflitos que estes são resolvidos, legitimando desta forma o próprio sujeito.

A partir dessa breve introdução, o presente trabalho, que possui como tema A Convivência no Cotidiano de um CAPS, apresenta o objetivo de caracterizar a convivência, avaliando sua potencialidade clínica, no contexto de um CAPS do Distrito Federal, em espaços não formalizados no cotidiano da instituição. Além disso, investigar em quais espaços do CAPS a convivência se dá de forma mais espontânea;

investigar como potencializar a convivência no CAPS e analisar a importância da convivência e da construção de redes neste espaço.

Por estas questões, é importante investigar como se dá a relação de convivência entre os profissionais e os usuários frequentadores do CAPS. Além disso, ressaltar um espaço de reflexão para os profissionais atuantes nesta área sobre a importância de se fazer acessível para essas pessoas, pois a convivência não se dá somente nos espaços formalizados do CAPS – como as oficinas –, mas também em momentos informais e de espera.

Torna-se importante situar que o presente trabalho de monografia fará a análise na Atividade de Convivência, por meio dos Diários de Campo realizados pela autora da monografia e pelos alunos pesquisadores da pesquisa de tese de doutorado, como já mencionado.

Para isso, a metodologia utilizada para a realização desta pesquisa é a metodologia da pesquisa qualitativa que, para Minayo (2009), é "o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade" (p. 14), que inclui tanto os instrumentos – as técnicas – quanto a criatividade do pesquisador e a sua capacidade pessoal em termos de sua sensibilidade e sua experiência.

Desta forma, o recurso metodológico utilizado para a realização desta pesquisa foi a própria convivência, no sentido de que a participação ativa na atividade proposta fez parte da construção do processo de convivência no CAPS. Durante todo o período de coleta de dados para a pesquisa, como dito acima, foi utilizado o Diário de Campo como instrumento para documentar a convivência na instituição.

Com isso em vista, a análise feita a respeito desta atividade será articulada com as teorias desenvolvidas nos capítulos desta monografia.

O capítulo um aborda o conceito da loucura, situando-a historicamente e revelando como este conceito foi sendo transformado durante os anos em diversos países. Neste capítulo, também é abordado o tema referente à Reforma Psiquiátrica Brasileira, para que seja possível refletir sobre como começou a se pensar em saúde mental no nosso país.

O capítulo dois versa sobre como é a estrutura de um CAPS e como este modelo de atenção substitutivo aos manicômios funciona.

No capítulo três, será feita uma reflexão acerca do tema da convivência e o modo como a mesma se articula como potencial instrumento desinstitucionalizante.

Após a articulação desses capítulos teóricos, o capítulo seguinte refere-se ao aprofundamento frente à metodologia utilizada neste trabalho, especificando quais foram os procedimentos de pesquisa e os procedimentos de construção de dados. Evidencia-se, desta forma, na implementação das ações que foram definidas por meio de discussões e reflexões nas reuniões de equipe e de pesquisa, que são a realização do Grupo de Convivência e da Atividade de Convivência.

O próximo tópico apresenta a análise e discussão dos dados. Nesse momento, será realizada a articulação entre os questionamentos e reflexões teóricas e as experiências vivenciadas na prática. Temas como a convivência no cotidiano do CAPS, aspectos importantes do papel da convivência nos serviços substitutivos em saúde mental e ações potencializadoras da convivência dentro do CAPS serão aprofundados.

Por fim, chega-se à parte da conclusão, que é caracterizada pelo fechamento do trabalho. Aqui são expostas as considerações finais frente a todo o processo de pesquisa e dos dados encontrados pela mesma.

Capítulo 1 – HISTÓRIA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Torna-se importante falar sobre a história da Saúde Mental para que seja possível a compreensão de como foi, e ainda está sendo, o processo da desconstrução da ideia de loucura e do manicômio, tanto na realidade dos profissionais que atuam nesta área quanto da sociedade.

Sabe-se, ainda, que a luta contra o manicômio e tantas outras formas preconceituosas de tratamento para com o sujeito com sofrimento psíquico é longa e tampouco está perto de acabar, principalmente na nossa realidade brasileira.

1.1. História da Loucura

Beauchesne (1989) divide sua concepção frente à saúde mental e as origens da psicopatologia em momentos. A primeira refere-se ao posicionamento dos povos primitivos em relação à doença mental: vista e entendida como influência de algo sobrenatural, onde o espírito do homem doente é possuído e contaminado, e tal enfermidade acontece como resposta a algo ruim que ele fez para alguém, por isso sua alma abandonou seu corpo. Vista como uma punição para um erro cometido para com as divindades, desta forma a doença é explicada baseada nas crenças e no imaginário da população. A depender da cultura, o doente poderia ser visto como o curandeiro, o enviado de Deus ou o castigado. A cura encontra-se então nas mãos dos curandeiros, feiticeiros que utilizavam da magia e da religião para a salvação.

Entretanto, antes deste momento descrito acima, Foucault (1994) traz a imagem de que o louco, no período renascentista, fazia parte do cenário e do cotidiano da sociedade da qual estava inserido. Não se tinha o intuito de dominá-lo, e sim de exaltá-lo. Em certos momentos, inclusive, chegou a ser cultuado, como em obras de artes, poesias, entre outros.

Durante este período no qual a loucura fazia parte da vida cotidiana das pessoas, fazendo parte desta forma do cenário e da linguagem falada na época, havia interesse do público, em específico do público culto, como expostas através das publicações dos livros considerados como “obras da loucura” (FOUCAULT, 1994, p. 78), como, por exemplo, as obras de Bluet d’ Arbere. Desta maneira, o autor defende que a sociedade ocidental deste século em particular foi hospitaleira a tais formas do sujeito se expressar.

De volta ao primeiro momento de Beauchesne (1989), Foucault, (1994) evidencia que a loucura aqui era entendida como um fenômeno religioso, no qual o “louco” era considerado possuído e, com isso, o tratamento era voltado para práticas religiosas e mágicas (misticismo). A loucura era entendida como se fosse uma movimentação espiritual, afetando desta forma o humor do doente. Mesmo com a enorme extensão que tinha a loucura neste momento, não se possuía suporte médico.

Entretanto, momentos depois, a Igreja Católica e o Estado, em conjunto, procuraram pelo saber médico, para que este pudesse confirmar cientificamente que a “loucura” era uma possessão do Espírito-Santo e deveria ser tratada espiritualmente. Desta forma, até esta era histórica, a sociedade convivia com a “loucura”, sem pensar em práticas de cuidado para a mesma (FOUCAULT, 1994).

No segundo momento, Beauchesne (1989) fala que “as doenças mentais ingressam no quadro geral das doenças ou permanecem no domínio da magia ou da religião” (p. 9). A “loucura” era vista como um desequilíbrio interno, e o tratamento era a observação dos períodos críticos e das evoluções da doença, no intuito de descobrir o momento de crise – chamado na época (século XV) de julgamento ou escolha -, para que houvesse o reestabelecimento natural do equilíbrio do sujeito doente (BEAUCHESNE, 1989).

Percebe-se então a iniciação da presença da medicina nesta fase. No século XVII, a “loucura” passa a ser excluída e mal vista. Com isso, no ano de 1656, em Paris, foi construído o primeiro Hospital Geral. Esta instituição tinha por objetivo enclausurar os “loucos”, mendigos, doentes, pobres, enfim, todas as pessoas que eram consideradas incapazes pela sociedade. Logo após a inauguração deste Hospital Geral, este modelo de “cuidado” foi espalhado por toda a Europa (FOUCAULT, 1994).

Sidrim (2010) afirma que nesta época os Hospitais Gerais não ofereciam nenhuma forma de tratamento para as pessoas que eram enclausuradas, era apenas um depósito. Depósito de pessoas marginalizadas, como os “loucos”, os pobres, os leprosos, aleijados, ou quem aparentemente representa alguma forma de perigo para a sociedade.

Amarante (2007), entretanto, explica que os hospitais, criados inicialmente na Idade Média como instituição de caridade, nasceram da necessidade e do objetivo de oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos miseráveis, doentes, desabrigados. A expressão utilizada – hospital – foi escolhida porque possui o

significado de hospedagem, proveniente do latim. Mas esta instituição, devido a um longo processo, foi transformada em uma instituição médica.

A terceira fase, então, é marcada justamente pelo surgimento da clínica psiquiátrica, sendo que esta foi iniciada com o movimento de Pinel, em 1793 (BEAUCHESNE, 1989).

De acordo com Foucault (1994), no século XVIII, na Espanha e depois na Itália, foram construídos os primeiros locais reservados aos “doentes mentais”. Porém, a mudança dos Hospitais Gerais para os Hospitais Psiquiátricos, teve início na França, uma vez que, devido à falência econômica da mesma, esta entrou em crise, forçando os estados e cidades a cortarem seus gastos. Com esse intuito, os Hospitais Gerais tiveram que reduzir seu custo, devido à carência de recursos do Estado, acarretando na liberação dos moradores de rua, dos doentes e dos idosos que residiam nesta instituição. Apenas “loucos” foram mantidos, com o argumento de que estes precisavam de tratamento psiquiátrico.

Então, neste momento os considerados pobres tinham a opção de voltar para suas casas e eram beneficiados com assistência médica. Os loucos continuavam internados, mas agora sobre o pretexto de “medida de caráter médico” (FOUCAULT, 1994, p. 81). Assim, essa mudança resultou na passagem da exclusão da “loucura” dos Hospitais Gerais para os Hospitais Psiquiátricos (hospícios), geridos então pela psiquiatria. Desta forma, aspectos de valores negativos foram taxados aos “loucos”, como a desrazão, a periculosidade social e a incapacidade de conviver em sociedade (FOUCAULT, 1994 e TENÓRIO, 2002).

Desta forma, os Hospitais Psiquiátricos tinham as funções de garantir o controle social e de buscar a cura para a “loucura”. Neste momento, passa a acontecer, nessas instituições, um cuidado tutelar com contornos de violência. Com isso, o saber psiquiátrico deu início à patologização da “loucura”, visto que a psiquiatria da época possuía uma conotação de ajustamento do “louco”, para que este pudesse voltar a viver em sociedade (já que essas instituições eram construídas em lugares isolados das cidades). A psiquiatria tornou-se, então, um saber técnico repressivo bem visto pelo Estado, que se utilizava deste para reprimir os doentes e pobres (BASAGLIA, 1979).

Esse movimento teve como consequência a transição do pensamento iluminista para o racional. No primeiro, acreditava-se que a “loucura” era a ausência da razão. No segundo momento, no entanto – final do século XVIII –, reconhece-se a

subjetividade do “louco”, associada com perda parcial da natureza humana. Desta maneira, nasceram as instituições psiquiátricas e a própria psiquiatria (SIDRIM, 2010).

A psiquiatria foi institucionalizada como uma ramificação da medicina, mas esta fase trouxe também a construção/desenvolvimento dos planos terapêuticos nos hospitais psiquiátricos (BEAUCHESNE, 1989). Pinel, que objetivava um tratamento mais humanizado para os sujeitos com transtornos psíquicos, separando desta forma os doentes mentais dos criminosos, que até então residiam no mesmo local, estudava as doenças partindo dos sintomas para chegar até o quadro clínico:

o médico isolaria os sinais patológicos reportando-se a um estado normal (...); os sinais poderiam corresponder a mecanismos e a causas diferentes. Se um sinal correspondesse raramente a uma doença particular, em contrapartida seria possível reconhecer conjuntos de sinais comumente encontrados (BEAUCHESNE, 1989, p. 24).

Pinel contribuiu para o campo da psiquiatria ao propor uma classificação das neuroses e das alienações, baseado em observações dos comportamentos e das funções psicológicas. Neste movimento também se encontram Tuke na Inglaterra e Wagnitz e Riel na Alemanha. Eles se utilizavam de punições, castigos para alcançarem a cura, que seria conquistada quando o sujeito (re)aprendesse sentimentos como culpa, humildade, dependência e todos os outros que eram vistos como necessários para a construção de uma moral necessária para a vida familiar. Em decorrência deste tipo de tratamento, infantilizavam e culpabilizavam o louco, contrariando-o em seu delírio.

“A percepção da loucura torna-se, então, reconhecimento da doença” (FOUCAULT, 1994, p. 90). Dá-se, então, ênfase na importância que dada cultura exerce sobre as formas de se pensar e de lidar com a dita “loucura”, uma vez que esta é emersa no campo da medicina, onde só é focalizada a patologia, tendo como consequência a incapacidade do sujeito em sofrimento psíquico frente a este olhar que o engessa. São esses aspectos, de como uma cultura percebe e lida com tal situação, que determinam efetivamente a vida concreta desse sujeito.

De fato, quando o homem permanece estranho ao que se passa na sua linguagem, quando não pode reconhecer significação humana e viva nas produções de sua atividade, quando as determinações econômicas e sociais o reprimem, sem que possa encontrar sua prática neste mundo, então ele vive numa cultura que torna possível uma forma patológica como a esquizofrenia; estranho num mundo real, é

enviado a um “mundo privado”, que objetividade nenhuma pode mais garantir; submetido, entretanto, ao constrangimento deste mundo real, ele experimenta este universo para o qual foge, como um destino (FOUCAULT, 1994, p. 96).

Basaglia (1979) aponta para a função que a psiquiatria exercia nessa época. O sofrimento psíquico passou a ser objeto de estudo e a ser quantificada e categorizada como patologia, dando início desta forma ao conceito de “doença mental”.

1.2. Reforma Psiquiátrica

Após entrar em contato com a realidade desses Hospitais Psiquiátricos, Basaglia (1985) conclui que o problema do “doente mental” é o tipo de relação que é estabelecida com ele, e não o seu diagnóstico. O diagnóstico possuía a função de mascarar o que realmente acontecia nessas instituições, as expressões de violência e de exclusão, além de limitar a relação do interno com a sociedade.

No século XX, após a segunda Guerra Mundial, inicia-se, em diferentes países, um movimento na psiquiatria de reflexão e crítica em relação aos Hospitais Psiquiátricos. Na Inglaterra, iniciam-se as comunidades terapêuticas com o objetivo de reconstruir as relações subjetivas entre as pessoas inseridas nas instituições através das relações intergrupais.

Em especial na Inglaterra, Maxwell Jones foi o principal executor da experiência da Comunidade Terapêutica, objetivando a reabilitação da capacidade produtiva dos internos, visto que Jones acreditava que o trabalho possuía a força de promover a sociabilidade e integração entre os pacientes através de atividades em grupo. Jones destacou cinco aspectos principais da Comunidade Terapêutica, sendo eles:

1. liberdade de comunicação em níveis distintos e em todas as direções;
2. análise, em termos da dinâmica individual e interpessoal, de tudo o que acontece na instituição (reuniões diárias dos pacientes e do pessoal, psicoterapias de grupo);
3. tendência a destruir as relações de autoridade tradicionais, em um ambiente de extrema tolerância;
4. atividades coletivas (bailes, festas, excursões, etc);
5. presença de toda a comunidade nas decisões administrativas do serviço (DESVIAT, 1999, p. 35 citado por SIDRIM, 2010, p. 24).

Percebe-se o começo da importância dada às atividades que fazem sentido para o sujeito em tratamento e à convivência entre o sujeito e a comunidade, entre o interno e o profissional e entre os próprios usuários do serviço, ainda que neste momento fosse apenas a comunidade “interna”. Entretanto, como aponta Sidrim (2010), os benefícios só ocorriam quando os “pacientes” encontravam-se internados nos hospitais, pois quando saíam não havia articulação com outras redes para além do hospital.

Nos Estados Unidos, foi adotada como política a psiquiatria preventiva ou comunitária, na qual os cuidados foram organizados/categorizados em três setores de atenção básica em saúde: o primário, o secundário e o terciário, enfatizando sempre o papel da prevenção no adoecer psíquico. O primeiro setor de atenção básica pode ser relacionado ao que hoje no Brasil chamamos de atenção primária. Ou seja, intervenção nas condições da “formação da doença mental”. A atenção secundária, que é a intervenção que busca a “realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental”; e a atenção terciária, caracterizada pela “busca da readaptação do paciente à vida social, após sua melhoria” (SIDRIM, 2010, p. 27, 28).

Já na França, o modelo se organizava de forma hierárquica e regionalista, ou seja, foram criados outros serviços de prestação de cuidado voltados para a comunidade, e não para o hospital, como os serviços ambulatoriais, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, entre outros (LOBOSQUE, 2001 e SIDRIM, 2010). Sidrim (2010) ressalta a importância do movimento na França, que assim como nos Estados Unidos e na Inglaterra, visava a reformulação da lógica asilar como única opção de tratamento. Começaram, então, a investir em diferentes alternativas, focando em ações comunitárias e regionalizadas. Acreditava-se, ainda, porém, no Hospital Psiquiátrico como local de tratamento.

Ainda, na realidade francesa, da experiência da Psicoterapia Institucional do representante François Tosquelles, possui importância na história da loucura, uma vez que foi embasado na tentativa do resgate da qualidade terapêutica do hospital, oferecendo acolhimento ao sofrimento, combatendo a hierarquia e poder do saber médico dentro do hospital. Neste momento, o hospital ainda é considerado o local apropriado para tratar de psicoses (SIDRIM, 2010). No entanto, essa experiência foi criticada por não conseguir socializar o sujeito na realidade não institucional.

Um movimento histórico importante aconteceu na Itália, na década de 70, no qual o país decidiu demolir todos os hospitais psiquiátricos, resultando na

desconstrução de “doença mental” e na ruptura com todos os modelos anteriores. Além disso, gerou a possibilidade de discutir e de pensar novas formas de interagir a sociedade e o sujeito até então totalmente excluído dela (SIDRIM, 2010; TENÓRIO, 2002; LOBOSQUE, 2003).

De acordo com Amarante (2000), esse momento histórico na Itália, influenciado por Basaglia, é de grande importância devido ao fato de que foi a partir dessa experiência de desinstitucionalização hospitalocêntrica/manicomial que foi dada a partida para discussões políticas relacionadas ao direito social e jurídico que englobam o problema alvo da época: a cidadania dos sujeitos excluídos.

Essa mudança significou proporcionar ao sujeito que possui um sofrimento intenso seus devidos cuidados, “em um novo contexto de cidadania, dar-lhe o real direito ao cuidado” (AMARANTE, 2000, p. 115).

Nos Estados Unidos, no governo de Kennedy, que, como já mencionado neste trabalho, tinha uma visão preventiva para o campo da saúde mental. Entretanto, no âmbito da psiquiatria, a desinstitucionalização caracteriza-se pela experiência de Basaglia na Itália e por representar uma fase de afastamento do paradigma frente ao estigma sobre a loucura e o sofrimento psíquico humano (AMARANTE, 2000). Este acontecimento é marcado pela invenção de novas realidades, visto que a realidade é algo que está sempre em movimento, em construção, podendo ser construída em novos alicerces.

Basaglia (1979) fala sobre a necessidade de negar a instituição, o que se configura em uma ação crítica e política frente aos percursos percorridos pela melhoria da saúde mental. Consequentemente, atualmente, não consideramos que uma pessoa possui alguma doença mental, visto que esta não é de natureza orgânica, mostrando-se diferente de doenças como câncer, gripe, pedra nos rins, entre tantas outras. Consideramos que o sujeito que possui um sofrimento psíquico grave “o desenvolveu”, não apenas devido a certas circunstâncias particulares na sua história de vida, que culminou nessa forma diferente de existir e de expressar seu sofrimento (BASAGLIA, 1985).

Desta maneira,

a desinstitucionalização é um processo ético, porque, em suma, inscreve-se em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência. É a manifestação ética, sobretudo, se exercitada quanto ao reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que

seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas, e inventada – prática e teoricamente – novas possibilidades de reprodução social desses mesmos sujeitos (AMARANTE, 2000, p. 115).

Basaglia (1985) fala sobre a importância de se colocar a doença entre parênteses, já que não foi somente devido ao diagnóstico rotulado ao sujeito que se desencadeou o processo de exclusão social. Foram os próprios processos de institucionalização que o fizeram. Em outras palavras, através do saber psiquiátrico foram estruturadas as formas/maneiras de se relacionar com o “louco”, incentivando, desta forma, o preconceito e o estigma acerca da “loucura”.

Com isso, a experiência da Itália de desinstitucionalização e a proposta de Basaglia de se colocar a “doença mental” entre parênteses inspiram a nossa atual política de Saúde Mental.

1.3. Reforma Psiquiátrica Brasileira

De forma sistematizada e resumida, Oliveira, Vieira e Andrade (2006, p. 16, 17) fizeram um levantamento cronológico da história da “loucura” no Brasil:

- Do “descobrimento” do Brasil à vinda da família real portuguesa – Louco não é doente e o seu lugar é na rua ou na cadeia;
- Da instalação da família real à criação do primeiro hospício (1852) - Louco é doente e seu lugar é na rua, na cadeia ou em porões das Santas Casas;
- Da criação do primeiro hospício à proclamação da república – Doente mental é “alienado”. O “alienismo” é a sua ciência e seu lugar é nos asilos/hospícios;
- Da proclamação da república a 1950 – O doente mental é recuperável, mas para a sua recuperação é preciso interná-lo em hospitais-colônias. Vê-se aqui a expansão do setor hospitalar público;
- 1950 a 1990 – O doente mental necessita de medicamentos e seu lugar não é só nos asilos/hospícios/colônias públicas que encontram-se superlotadas, mas, nos hospitais psiquiátricos privados, que eram apresentados como “adequados”.

Segundo Tenório (2002), a Reforma Psiquiátrica Brasileira está emoldurada por três grandes vertentes: a desinstitucionalização – influência de Basaglia, na Itália -, a clínica institucional – influência francesa - e a reabilitação psicossocial. Essas vertentes felizmente misturam-se na prática da transformação do campo psiquiátrico brasileiro, não sendo, desta forma, excludentes.

É importante frisar que o Brasil possui grande influência do pensamento de Basaglia em suas diretrizes políticas em saúde mental. O modelo basagliano possui quatro princípios fundamentais, que são: a garantia de direitos para as pessoas com

sofrimento psíquico grave; a superação da lógica manicomial na nova forma de tratamento; novas maneiras de abordagem da psiquiatria visando à redução da exclusão social vivenciada por essas pessoas; e a construção de uma rede de serviços diversificados para garantir o melhor acesso e eficácia no tratamento (RABELO, MATTOS, COUTINHO & PEREIRA, 2005).

Entende-se por reforma psiquiátrica a “tentativa de dar à loucura uma outra resposta social, ou seja, dar ao louco um outro lugar social” (TENÓRIO, 2002, p. 20), trazendo um grande questionamento cultural e social. No Brasil, o movimento teve como ponto de partida o debate acerca da cidadania do louco, visto que naquela época – anos 70, marcado pela ditadura militar – os sujeitos viviam sob tutela, não tinham como exercer sua liberdade, sua cidadania (TENÓRIO, 2002 e LOBOSQUE, 2001).

Está sendo considerado reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza essa mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91).

É importante frisar que a reforma psiquiátrica é composta por uma gama de diferentes campos, como a clínica psicológica e a política, abarcando também os âmbitos culturais, sociais e jurídicos.

No Brasil, a chegada da Família Real acarretou em um processo de urbanização e de crescimento econômico e populacional, agravando a desigualdade social da época. Para isso, fez-se necessário desenvolver estratégias de controle e ordenamento social, acionando o saber médico para ajudar a planejar tais estratégias (AMARANTE, 2002). A sociedade brasileira viu-se diante de um gigante procedimento de medicalização frente aos problemas sociais da época. Este momento é considerado como marco da ciência psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2002).

No ano de 1852, segundo Amarante (2002), foi construído o primeiro Hospício no Brasil, o Hospício de Pedro II, sob a gestão da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Essa instituição foi construída sob a premissa de que os loucos são considerados doentes mentais, por isso a necessidade de se construir espaços físicos e sociais onde se possa focar em sua reclusão e tratamento.

Porém, com a Proclamação da República do Brasil – em 15 de novembro de 1889 -, o regime monárquico do império foi derrubado, sendo esta uma grande vitória para possíveis mudanças no campo da saúde mental, mas ao médico foi concebido o controle absoluto da gestão dos hospícios. Este momento histórico pode ser considerado a primeira reforma psiquiátrica brasileira, que desencadeou severas mudanças na forma de cuidado no campo da saúde mental, porém ainda sustentada pela lógica asilar manicomial (AMARANTE, 2002).

Em decorrência disso, surgiram novas técnicas científicas para serem utilizadas no “tratamento” realizado nos hospícios contra a “loucura”, tais como a lobotomia e o eletrochoque (SIDRIM, 2010 e AMARANTE, 2002).

Anos depois, já na época da ditadura militar, a situação real do Brasil era a da priorização na construção de hospitais públicos. Assim, a partir dos anos 60 nasceram inúmeros hospitais psiquiátricos particulares conveniados com o poder público. Devido ao modelo privatista, adotou-se o campo da saúde mental como um subsetor da saúde pública (LOBOSQUE, 2001; SIDRIM, 2010).

Com isso, os anos 60 trouxeram a desesperança em relação ao rompimento da lógica manicomial até então vigente no Brasil. Devido à política privatizante, os hospícios eram vistos como grande potencial econômico pelo Estado, que agora estava conveniado aos Hospitais Psiquiátricos particulares. Aumentou-se, desta forma, o número de instituições, de leitos e de internações. Este foi um dos maiores desafios que a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve de enfrentar (TENÓRIO, 2002; LOBOSQUE, 2001 e AMARANTE, 2002). Percebe-se que neste momento discute-se sobre os espaços que devem ser construídos, os manicômios, e não o tratamento. O tratamento foi abordado momentos depois, onde os médicos optaram pelo modelo de Pínel, que se caracteriza por um tratamento focado no isolamento, já que o isolamento era visto como uma condição necessária para a cura (SIDRIM, 2010, TENÓRIO, 2002 e LOBOSQUE, 2003).

Já nos anos 70, como discute Tenório (2002), o país vinha lutando por sua redemocratização e por uma resposta às críticas que surgiam frente à assistência pública em saúde e à denúncia sobre violência e maus-tratos que aconteciam nos manicômios. Mais precisamente no campo da saúde mental, discutia-se e criticava-se os excessos da psiquiatria e do modelo asilar, e não sobre seus princípios e métodos. Nasce, então, na segunda metade da década de 70 no Brasil, o movimento da Reforma

Psiquiátrica, trazendo como marca principal a reivindicação da cidadania do “louco”. Somado a discussões em relação à política, à administração e a técnicas novas para este campo, a Reforma insistia no tema dos direitos e da cidadania do sujeito até então excluído, à margem da sociedade, já que a loucura era “impelida para o espaço simbólico da negatividade e da marginalidade” (TENÓRIO, 2002, p. 21). Conseqüentemente, devido a essa nova forma de enxergar o sujeito com sofrimento psíquico grave e devido à busca por sua cidadania, começou-se a falar em transformações radicais no campo da psiquiatria e da psicologia clínica. (TENÓRIO, 2002).

Ainda neste período, a psiquiatria sofreu grande influência do que estava acontecendo em outros países, como Estados Unidos, Itália e outros da Europa, após o término da Segunda Guerra Mundial. Esses países encontravam-se em outro momento em relação à saúde mental, visto que já estavam investindo em comunidades terapêuticas, psiquiatria preventiva e a própria desinstitucionalização (TENÓRIO, 2002 e LOBOSQUE, 2001).

De acordo com Eslabão, Coimbra, Kantorski & Franzmann (2011), a atenção psicossocial no campo da saúde mental consiste em um olhar ampliado para o sujeito que possui ou está vivenciando uma experiência de intenso sofrimento psíquico. Esse olhar ampliado significa entender essa pessoa contextualizando sua história de vida, abarcando seu contexto familiar e cultural. E é por meio desse modo de atuação que o sujeito se torna o centro de nossas atenções, tornando possível o vínculo e a convivência com os outros profissionais e com os outros frequentadores do serviço.

Esse movimento, de acordo com Tenório (2002), denominado de psiquiatria comunitária e preventiva de Gerald Caplan, torna-se importante por trazer a dimensão da convivência e da comunidade no tratamento do usuário do serviço. Culminou na mudança da denominação de doença mental para saúde mental, visto que o tratamento agora visava à adaptação desse usuário de volta à sociedade, fortalecendo suas redes de apoio, “denotando um padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito e à clínica em seu sentido mais generoso” (TENÓRIO, 2002, p. 29), e não mais focado na cura. Houve também uma mudança conceitual de asilo para comunidade (que mais para frente foi substituído por território, já que este diz respeito ao conjunto de referências sociocultural e econômico).

Quando se diz saúde mental, a ideia conceitual por trás é de que o saber médico não é mais o foco central no tratamento. Aliás, nenhuma área de saber torna-se o foco do tratamento, mas sim um conjunto de saberes que atuam em conjunto, em parceria. Trata-se de afastar a conotação de doença e considerar os aspectos subjetivos da experiência de vida do sujeito que sofre e não o diagnóstico dado a ele. Além disso, busca-se a inserção na sociedade e uma mudança na forma de enxergar esse sujeito, que já foi muito excluído, marginalizado, foco de preconceito. De acordo com Lobosque (2001), a exclusão da loucura decorre da cultura e não do “louco”.

O primeiro contato que o Brasil teve com as comunidades terapêuticas teve seu lado positivo e seu lado negativo. Esse projeto veio com a expectativa de solucionar os problemas vivenciados no modelo hospitalocêntrico da época, já que foi a primeira tentativa de se construir um espaço mais humanizado dentro do hospital. Tentando promover uma relação social mais igual e sair um pouco da vida institucionalizada e asilar do hospital psiquiátrico, infelizmente, de acordo com Tenório (2002), o projeto fracassou. Seu fracasso se deu pelo não interesse dos manicômios privados em adotar as comunidades terapêuticas como um projeto para a resolução dos problemas dentro dessas instituições frente à liberdade dos internos. Em outras palavras, infelizmente tal projeto serviu apenas como uma jogada de publicidade para os manicômios que se apresentavam interessados na reforma, mas mantinham sua funcionalidade conservadora. Segundo Tenório (2002), o objetivo dessa experiência, entretanto, deixou marcas positivas para influenciar recentes movimentos da luta antimanicomial.

No Brasil, encontramos três grandes obstáculos para a implementação da Reforma Psiquiátrica: o primeiro refere-se à existência do preconceito social frente à loucura; o segundo diz respeito à resistência encontrada pelos profissionais da área psi, que viam a mudança como algo negativo; o terceiro obstáculo, enfrentado apenas no Brasil, devido à sua política privativa, caracteriza-se pela chamada indústria da loucura, que provocou certo retardo a despeito da organização política, dos princípios e das mudanças a serem tomadas a longo prazo em prol da reforma psiquiátrica (LOBOSQUE, 2001).

Entretanto, um importante movimento no final dos anos 80, denominado Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, influenciado pela experiência italiana, politizou a questão da reforma psiquiátrica no Brasil, como ressalta Lobosque (2001), além de ter definido o 18 de maio como a data oficial do Dia Nacional da Luta

Antimanicomial (SIDRIM, 2010). Neste movimento, inúmeras questões foram discutidas, sendo o principal foco de debate a extinção dos manicômios, uma vez que este tipo de instituição leva a um sujeito aprisionado, excluído da sociedade, se transformando em uma “corrente automática da violência” (NICÁCIO, 2001, p. 13). Em consequência dessa luta contra os manicômios, surgiram as expressões “luta antimanicomial” e “por uma sociedade sem manicômios”.

Os anos 80 também foram marcados por conquistas em relação ao movimento sanitário, que tinha como objetivo reformular o sistema de saúde, ampliando dessa forma o acesso da assistência em saúde para a população. Em relação à saúde mental, ou melhor, a reforma psiquiátrica, três processos importantes aconteceram nessa época: “ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental” (TENÓRIO, 2002, p. 31, 32).

Outro acontecimento importante nos anos 80 foi a aprovação na Constituição Brasileira da ideia de que a saúde é direito de todo cidadão, e conseqüentemente, é dever do Estado. Com isso desenvolve-se a ideia do SUS – Sistema Único de Saúde -, promovendo então, no início dos anos 90, uma nova conscientização política e administrativa nas eleições municipais (LOBOSQUE, 2001 e TENÓRIO, 2002).

Os anos 90 foram marcados por dois grandes momentos históricos. O primeiro diz respeito à autonomia social do movimento antimanicomial, no qual não era preciso apoio partidário ou administrativo para que o mesmo acontecesse. Além disso, houve o início da participação dos frequentadores dos serviços de saúde mental no próprio movimento. O segundo refere-se ao primeiro projeto implementado no país visando serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Tal experiência bem-sucedida ocorreu na cidade de Santos, que serviu de exemplo para o país (LOBOSQUE, 2001).

Observa-se, na reforma psiquiátrica brasileira, nas últimas décadas, intercalação de períodos de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que ocorreu uma lentificação do processo. Historicamente, podemos situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país (HIRDES, 2009).

Ao falar sobre a experiência de Santos, Tenório (2002) aponta que tal experiência foi fruto de uma intervenção pública feita na Casa de Saúde Anchieta,

devido às denúncias de morte, abandono, superlotação, abuso e violência contra as pessoas que ali estavam internadas. Essa intervenção teve como consequência o fechamento do manicômio da cidade e a implementação do NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial.

Os NAPS, influenciados na experiência italiana de desinstitucionalização, são estruturas abertas que dialogam com outras áreas de saúde, possuindo dessa forma uma rede de cuidados para onde possa encaminhar o paciente, se preciso. Funcionam de forma regionalizada, atendendo, dessa forma, as demandas da população dessa região, oferecendo atendimento vinte e quatro horas por dia, dispondo também de seis leitos caso haja necessidade para uma internação (TENÓRIO, 2002). Neste mesmo momento, no Rio de Janeiro, o modelo adotado foi o CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial-, que se diferencia em alguns aspectos do NAPS, uma vez que o CAPS não possuía leitos e não funcionava 24 horas.

O balanço nos anos 90 é de que ainda existiam muitos manicômios, mas também havia a presença de um novo pensamento na psiquiatria, nas políticas públicas de saúde, a desmistificação da loucura na sociedade e em sua forma de lidar com o diferente, que não é mais tão estigmatizada, e as vitoriosas experiências em inúmeras regiões do Brasil. Além de grandes feitos políticos, como o redirecionamento do recurso orçamentário e financeiro para redes extra-hospitalar, apoiando dessa forma a extinção dos hospitais psiquiátricos, a Portaria de 189 do Ministério da Saúde forneceu maior fiscalização nas internações psiquiátricas e “instituiu pela primeira vez no sistema de procedimentos em saúde mental custeados pelo Sistema Único de Saúde a modalidade ‘Atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial’” (TENÓRIO, 2002, p. 40 e LOBOSQUE, 2003).

Sidrim (2010) aponta que nos anos 90 houve uma grande ampliação dos CAPS, das residências terapêuticas, dos hospitais-dia e dos NAPS (os NAPS passaram a ser chamados de CAPS III, no ano de 1992). E no ano de 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília

sacramentou o processo de Reforma Psiquiátrica e marcou o redirecionamento da assistência à saúde mental como política oficial do governo federal, baseada em quatro desafios:

- Fortalecer políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial;
- Consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania;

- Implementar uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e desemprego;
- Aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental (Brasil, 2004, p. 1 citado por SIDRIM, 2010, p. 41).

Faz-se necessário discorrer brevemente sobre a real situação de quem era internado nesses asilos/hospitais psiquiátricos: os pacientes eram brutalmente violentados física e psicologicamente; medicados de forma padrão (ou seja, todos recebiam a mesma medicação, independente de seu estado e de seu diagnóstico); não tinham atividades durante o dia; os considerados “indisciplinados” ficavam semi nus ou nus, mesmo em um pátio amontoado de gente; eletrochoques punitivos; fortes duchas de água fria para “dar banho” e até, em certos momentos, para punição de um “mau comportamento”; não havia cama para todos; celas fortes e pesadas, entre outras tantas. Enfim, não havia humanização no tratamento. O “doente mental”, como era visto e dito naquela época, não era uma pessoa, era algo que estava ali para dar trabalho à equipe de saúde (LOBOSQUE, 2001; LOBOSQUE, 2003; TENÓRIO, 2002 e SIDRIM, 2010).

Tendo mapeado historicamente o processo da luta antimanicomial no Brasil, faz-se necessário apontar quais são os princípios do movimento. De forma sucinta, o primeiro princípio diz respeito à “consideração da dimensão da subjetividade nas experiências da loucura em particular, e na luta política” (LOBOSQUE, 2001, p. 19) – resgate pela subjetividade do sujeito que sofre, estigmatizado como louco. O segundo refere-se à extinção do modelo hospitalocêntrico e ao desenvolvimento de serviços assistenciais mais humanizados. O terceiro ressalta a importância de uma articulação entre a sociedade e a loucura e as pessoas com sofrimento psíquico intenso – foco na cidadania. O quarto fala sobre o fato do movimento antimanicomial ser um movimento social que combate as diferentes formas de exclusão, englobando profissionais, familiares e frequentadores de saúde mental. Por fim, o quinto princípio diz que “o movimento antimanicomial, em aliança com outros segmentos da sociedade civil organizada, participa de uma luta política por transformações estruturais da sociedade” (LOBOSQUE, 2001, p. 20).

Do ponto de vista da reestruturação da assistência em saúde mental, o mais importante acerca da regulamentação legal e normativa é o fato de que, nas últimas duas décadas, fez-se no Brasil uma efetiva reorientação do modelo e se conseguiu estabelecer as bases de uma nova maneira de tratar a doença mental, para além inclusive do universo psiquiátrico. Em outras palavras, ao longo dos últimos vinte

anos, a reforma psiquiátrica tem sido feita no Brasil paralelamente à tramitação da revisão legislativa e sem dela depender para alcançar resultados já significativos (TENÓRIO, 2002, p. 45).

Desta maneira, entende-se que atualmente o Brasil, em relação aos cuidados em saúde mental, atua sob a lógica da inclusão social, abordando a rede territorial do usuário do serviço, utilizando técnicas e princípios da clínica ampliada. Porém, também é preciso contextualizar a localidade que cada CAPS está inserido, para que possa atuar de forma positiva e de acordo com as demandas do local, para que a comunidade veja o serviço como uma alternativa real e alcançável para seus problemas (RABELO, MATTOS, COUTINHO & PEREIRA, 2005; LANCETTI, 2008).

Lancetti (2008) afirma que, devido a essa experiência de desinstitucionalização manicomial, foi afluída a importância da atuação nesses serviços substitutivos para além da instituição, onde os espaços não institucionalizados são também espaços privilegiados de produção subjetiva. “O CAPS tem um pé no território outro no serviço de saúde mental; uma âncora no CAPS e outra na Unidade Básica de Saúde e no bairro (...)” (p. 51).

A atual Política Nacional de Saúde Mental é baseada na estrutura da RAPS – Rede de Ação Política pela Sustentabilidade – que possui como objetivos:

- Contribuir para a melhoria do processo político e da qualidade da democracia brasileira
- Identificar, atrair, capacitar, apoiar e monitorar lideranças políticas
- Criar e promover a Amizade Cívica
- Fortalecer e formar vínculos entre a sociedade civil e a classe política
- Fomentar à cultura política e à democracia participativa
- Contribuir e promover a Agenda da Sustentabilidade (PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DECRETO Nº 7.508/11).

A RAPS foi constituída em 2012 e “propõe a ser uma resposta de como é possível empreender na política de forma inovadora por um Brasil sustentável” (PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DECRETO Nº 7.508/11).

Reconheceu ainda que o país está em um momento da história no qual há um espaço político-institucional com oportunidades e sinergias em aberto que permitem o fortalecimento de um movimento da sociedade para a realização dos valores, princípios e projetos alinhados à sustentabilidade.

Por fim, acho importante apresentar brevemente, encerrando este capítulo, as quatro Conferências Nacionais em Saúde Mental.

Desde a década de 80 as Conferências Nacionais de Saúde Mental tem tido papel importante na implementação da Reforma Psiquiátrica, visto que são nessas reuniões que são discutidas questões referentes às críticas ao modelo hospitalocêntrico de assistência e às experiências em relação aos novos modelos de cuidado em saúde mental.

É fundamental recordar também que esta I Conferência foi realizada no contexto dos princípios e diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico no campo da saúde e da construção do Sistema Único de Saúde (Conselho Nacional, Relatório Final, 2001, p. 13).

A primeira Conferência foi realizada em 1987 e teve como foco a discussão e a conscientização de como o modelo de atenção à Saúde Mental da época era ineficaz, excluindo e negligenciando as pessoas que se encontravam presas nos hospícios:

aprofundar as críticas ao modelo hegemônico, como também formalizou o esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso, não só na lógica, conceitos, valores e estrutura da rede de atenção, mas também na forma concreta de lidar com as pessoas com a experiência de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania (Conselho Nacional, Relatório Final, 2001, p. 14).

Já a II Conferência, em 1992, “demonstrou o sucesso da estratégia adotada após os impasses da I Conferência” (TENÓRIO, 2002, P. 43). Foi marcada pela intensa participação social dos militantes de saúde mental, englobando os profissionais, familiares e usuários do serviço, e pela nova etapa política, uma vez que, de acordo com Fernandes (1996, p. 12-3), citado por Tenório (2002, p. 43), “mais de cem usuários se elegeram delegados, tirando as mordças das bocas e se afirmando como pessoas e cidadãos”.

Nesta Conferência, foram abordados temas referentes às críticas ao modelo hegemônico e foram feitos esboços de um novo modelo assistencial na rede de atenção à saúde mental (CONSELHO NACIONAL, RELATÓRIO FINAL, 2005). Com isso, dois marcos conceituais foram estabelecidos: a atenção integral e a cidadania e “são desenvolvidos o tema dos direitos e da legislação e a questão do modelo e da rede de atenção na perspectiva da municipalização” (TENÓRIO, 2002, p. 43).

No ano de 2001, tivemos a III Conferência, que teve como tema o lema “Cuidar, sim. Excluir, não.”. Nesta Conferência, foram discutidos temas referentes aos

direitos e à cidadania, ao controle social, à acessibilidade, aos recursos humanos e à questão financeira (CONSELHO NACIONAL, RELATÓRIO FINAL, 2001).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu no ano de 2010, e

identificaram as lacunas e desafio, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissionais dos temas e problemas do campo, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário (Conselho Nacional, Relatório Final, 2001).

A luta antimanicomial continua focada no fechamento de hospitais psiquiátricos. Ainda lutamos para que mais instituições como o CAPS sejam abertas pelo governo, uma vez que a demanda é muito grande para a realidade de serviços substitutivos abertos, em especial no Distrito Federal. É claro que o debate e as críticas mudaram de foco, hoje discutimos sobre a preparação dos profissionais que atuam nesta área e em novas ideias e formas de melhoria, na situação atual, do atendimento aos sujeitos com sofrimento psíquico intenso.

Capítulo 2 – CAPS: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

Os serviços substitutivos em saúde mental decorrem do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, cujo objetivo primordial é o de encontrar uma nova maneira do sujeito se expressar em momentos difíceis de sua vida, além de envolver a sociedade como um todo nessa mudança (LOBOSQUE, 2003; RABELO, MATTO, COUTINHO & PEREIRA, 2005).

Desta forma, conforme discutido no primeiro capítulo,

a reforma psiquiátrica foi um período de construção de um grande projeto político de transformação que se consolidou em uma política oficial do Ministério da Saúde. Em 1987, foi inaugurado o primeiro CAPS (CAPS Itapeva) em São Paulo e, em 2001, houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a aprovação da Lei Federal nº 10.216, sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e o redirecionamento do modelo (DELFINI, SATO, ANTONELI & GUIMARÃES, 2009, p. 1484).

O CAPS exerce um papel fundamental na mudança de paradigma, mudança no modo de enxergar e tratar as pessoas com sofrimento psíquico grave. O modelo hospitalocêntrico agora dá lugar a serviços substitutos ao hospital psiquiátrico, em especial o CAPS, que funciona como a porta de entrada de outros serviços conectados a ele. Ou seja, o CAPS funciona como um serviço de acolhimento que, de acordo com a demanda individual da pessoa, encaminha para outros serviços da rede.

Outra responsabilidade do CAPS é a de coordenar e propor políticas públicas referentes à área da saúde mental do seu território, além de exercer o papel de integrador das instâncias municipais e estaduais, no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde (SIDRIM, 2010).

Dessa forma, o CAPS tem como principal objetivo oferecer cuidado e atenção às pessoas que possuem algum modo de sofrimento psíquico intenso, visto que estas pessoas têm seu potencial de ação fragilizado devido aos estigmas consequenciais do modelo hospitalocêntrico. Também, elas se encontram em situação de ruptura de laços sociais, desestruturação de sua vida cotidiana e dificuldade de se inserir em sua comunidade (MECCA & DE CASTRO, 2008).

O objetivo do CAPS é de:

oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário.

Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. 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 (PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DECRETO Nº 7.508/11).

É importante pontuar que os cuidados em saúde mental hoje não se restringem apenas às novas técnicas e tecnologias terapêuticas, mas também a ações de cunho político. Objetiva-se a mudança de pré-conceitos presentes na sociedade, a implementação de novos serviços, a mudança de cultura, a divulgação de tais serviços para a comunidade, as novas maneiras de organização de uma rede mais ampla de serviços no sistema de saúde e as novas conquistas na área dos direitos humanos (RABELO, MATTOS, COUTINHO & PEREIRA, 2005).

Neste momento, lutamos para que sejam implementadas mais instituições de serviços substitutivos e para que os hospitais e manicômios sejam demolidos de nossa sociedade. Porém, como bem pontua Lobosque (2003), atualmente, e especificamente na realidade de Brasília, temos grandes dificuldades em relação ao número dessas estruturas. Em outras palavras, existem poucos CAPS distribuídos pelo território de Brasília, e isso acaba fortalecendo de certa maneira espaços que ainda funcionam sob a lógica manicomial, como o Hospital São Vicente de Paula, visto que este ainda encontra-se aberto por não possuir, até o presente momento, estruturas que o substituam, ou seja, CAPS III e/ou leitos em hospitais gerais, que são específicos para internações em períodos de sofrimento mais grave.

Visto que o CAPS é o responsável pela articulação entre todos os serviços de saúde mental na rede de Saúde Pública – SUS -, os serviços existentes na comunidade, e é responsável também pelas políticas de inclusão social e cultural para os usuários desses serviços, ele se torna estrutura de referência nesta área. Além disso, cria interfaces com o PSF – Programa de Saúde da Família -, serviços hospitalares (visando diminuir as internações dos hospitais psiquiátricos), SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos - e políticas de educação e ação social que objetivem e favoreçam a reinserção social (SIDRIM, 2010).

Referente à natureza normativa-institucional, o primeiro CAPS implantado, devido à Portaria 189 de 19/09/91, sancionada pelo Ministério da Saúde, seguida pela

224/02, foi o responsável pela introdução dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial I e Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial II, no SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais de Sistema Único de Saúde do Brasil) (RABELO, MATTOS, COUTINHO & PEREIRA, 2005).

De tal maneira, os CAPS's

são serviços do sistema público de saúde do Brasil, normatizados por portarias oficiais. Por conseguinte, o SUS está sujeito a determinantes não apenas de natureza técnica, mas política, de política institucional e financeira. Isso faz com que seus instrumentos normativos sejam variados e complexos (RABELO, MATTOS, COUTINHO & PEREIRA, 2005, p. 20).

2.1. Estrutura dos CAPS

No ano de 2002, o Ministério da Saúde promoveu um novo cadastramento das unidades de serviço substitutivo existentes. Neste recadastramento, evidenciou-se a falta de informação do próprio Ministério da Saúde em relação aos serviços oferecidos pelos CAPS, o que resultou em uma “inadequação do processo de registro e cobrança dos procedimentos executados” (SIDRIM, 2010, p. 44). Em contrapartida, houve a ampliação das unidades cadastradas e o fortalecimento das políticas públicas nesta área.

Atualmente existem cinco tipos de CAPS¹ diferentes. Cada um deles possui um alcance diferente e também são identificados por distintos tratamentos, orientados por sua clientela. O CAPS I oferece serviços voltados para a população adulta que possui algum sofrimento psíquico. Atende durante o dia e abrange uma população entre 20 a 70 mil habitantes. Há o CAPS II, que possui o mesmo objetivo do CAPS I, mas atende população com mais de 70 mil habitantes – sendo este o foco desse trabalho. O CAPS III, que oferece serviços vinte e quatro horas, com atendimentos todos os dias da semana, inclusive aos finais de semana, também voltado para idade adulta. Possui o diferencial da existência de leitos, caso haja necessidade de uma internação. Existe também o CAPS i, voltado para atender crianças e adolescentes com algum transtorno mental e que atende durante o dia. Por fim, há o CAPS ad, que atende pessoas com

¹ Atualmente em Brasília, mais especificamente no Distrito Federal, tem-se a nova experiência do CAPS ad i e do CAPS ad II (este possui o funcionamento de 24 horas).

dependência química, como álcool ou outras drogas, e que atende durante o dia (PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DECRETO Nº 7.508/11).

Com essa maneira de estruturação dos CAPS's, os mesmos ganham novos “contornos para definição da capacidade operacional, mas se matém como articulador das ações intersetoriais e atuam como referência nas definições de gestão da saúde mental no território de sua abrangência” (SIDRIM, 2010, p. 46).

Os CAPS's são compostos por equipes multiprofissionais, sendo requisitada a presença obrigatória, no caso específico do CAPS II, de um médico psiquiatra; um enfermeiro; três profissionais de nível superior podendo ser psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional; quatro profissionais de nível médio, podendo ser técnico; e um pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS, 2004). Lancetti (2008) aponta a importância de se trabalhar com e como uma equipe, uma vez que o sujeito se vincula a cada um de uma maneira diferente, permitindo assim diversas facetas de expressar sua subjetividade e poder mergulhar em seu território existencial.

Esses serviços possuem funções já delimitadas, tais como:

- Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- Acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- Dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;
- Organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território;
- Promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DECRETO Nº 7.508/11).

O motivo dos CAPS's serem estruturados em territórios específicos é a possibilidade de avaliar e conhecer as demandas específicas do local no qual está localizado e promover a aproximação dessa comunidade com o serviço oferecido a ela. Após este primeiro contato é que se pode iniciar algum tipo de intervenção, propor ações, técnicas que se relacionam com a intimidade do sujeito (LANCETTI, 2008).

O CAPS II, foco do presente trabalho, possui a estrutura, atualmente, de uma casa, o que torna-se um ponto positivo, pois torna o ambiente mais acolhedor, ajustado do ponto de vista arquitetônico e rompe, desta forma, com a lógica hospitalocêntrica. Neste espaço todos os funcionários atuam de forma ativa, interagindo com os frequentadores (LOBOSQUE, 2003).

Tenório (2002) caracteriza o CAPS como uma instituição que oferece acolhimento, flexibilidade, possibilidades de vínculos, de convivência com os profissionais e com os outros usuários do serviço. Além, logicamente, de oferecer atividades e oficinas que visam a potencialização terapêutica.

2.2. Funcionamento de um CAPS

No Brasil, o direito à saúde mental é garantido pela Lei Federal nº 10.216/2001, uma conquista do movimento social da luta antimanicomial que reconhece os seguintes direitos:

- Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades;
- Ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, para alcançar sua recuperação pela inclusão da família, no trabalho e na comunidade;
- Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- Ter garantia de sigilo nas informações pessoais;
- Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização sem sua consciência;
- Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (CARTILHA DE DIREITOS: DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL, UNICEUB, 2013).

Qualquer pessoa que precise de algum serviço do Sistema Único de Saúde – SUS – , que é disponibilizado para toda a população (como os ambulatórios de saúde mental, os CAPS, as residências terapêuticas, os centros de convivência, os núcleos de produção de cultura e espaço de troca entre os usuários dos serviços de saúde mental e a sociedade como um todo), deve procurar informação na prefeitura de sua cidade a respeito da existência, do local e do funcionamento desses serviços, visto que é dever do Estado – como está previsto no artigo 3º da Lei nº 10.216/2001 – “o

desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família” (CARTILHA DE DIREITOS HUMANOS: DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL, UNICEUB, 2013, p. 16).

Sabe-se que as funcionalidades e responsabilidades do CAPS aumentaram de acordo com o enfraquecimento do modelo manicomial, com, por exemplo, a humanização no atendimento, aperfeiçoamento técnico frente à saúde mental, criação de novos espaços e a nova forma que a sociedade vê e lida com essa temática.

Outro fator importante que diferencia² o modo de atuação do CAPS de uma lógica hospitalocêntrica é o lugar que a participação dos frequentadores ganha nesse espaço. É a participação ativa e cotidiana dos mesmos que constrói este ambiente. É a escolha das oficinas que possuem significados para os mesmos, por exemplo, que diferencia esse ambiente de uma rotina alienante, configurada por oficinas isoladas, sem significação terapêutica (MECCA & DE CASTRO, 2008).

Dessa forma, o CAPS passa a receber maior relevância, evidenciando a importância da reabilitação psicossocial, a qual engloba diversas áreas, como o social, o biológico, o psicológico, e difere-se da dinâmica manicomial, uma vez que deve utilizar práticas não assistencialistas e a prática clínica integrada à prática social (SIDRIM, 2010). Ainda em relação à reabilitação psicossocial, como denomina Sidrim (2010), é importante ressaltar que a mesma sofreu grande influência da terapia ocupacional. Surgiu para buscar a reabilitação do paciente em relação à sua funcionalidade, procurando compensar certas sequelas do adoecimento do sujeito. No entanto, diferente do que acontece somente com a terapia ocupacional, a reabilitação psicossocial sempre teve como postura profissional a inserção multidisciplinar, como a fisioterapia, o serviço social, a psicologia e a fonoaudiologia.

O tratamento, diferenciado de CAPS para CAPS, funciona em um regime não excludente e em um tratamento focal, onde cada frequentador terá o seu próprio plano terapêutico. O plano terapêutico é o documento que oficializa as oficinas/atividades que as pessoas irão frequentar. O profissional tentará (ou deve tentar) adequar o plano para as atividades mais compatíveis com o gosto pessoal de cada um, tornando, dessa forma, o plano terapêutico único e respeitando a subjetividade do outro.

² Este é o ideal, o objetivo da Política Pública em Saúde Mental, que permite a concretização nos diferentes CAPS, podendo e havendo discrepâncias na sua forma de gestão organizacional e no cotidiano concreto das instituições.

Realizam-se oficinas/atividades diversas, que são coordenadas por profissionais das mais diferentes áreas (psicólogos, enfermeiros, professores de educação-física, entre outros). O ideal, como diz Lobosque (2001), seria que essas oficinas fossem guiadas por pessoas, incluindo os próprios usuários, que saibam fazer alguma atividade, como crochê, desenho, pintura, culinária, e que passem seus conhecimentos para os outros, empoderando os outros e a si mesmo. Importante ressaltar que esta é uma oportunidade do sujeito se comunicar, tanto através do ensinamento como ao mostrar interesse em participar de certa oficina.

É fundamental no CAPS a construção de um coletivo, uma nova fração ou porção da comunidade com aumento de sua autoestima, forças ideológica e política para, desfazendo ao mesmo tempo os preconceitos excludentes tradicionais, realizar seus desejos e objetivos de habilitação e inclusão social. E os procedimentos técnicos do CAPS, que são, por natureza social, prioritários (RABELO, MATTOS, COUTINHO & PEREIRA, 2005).

Ainda na lógica desse pensamento, Mecca & De Castro (2008) reafirmam a articulação entre as demais atividades propostas pelo CAPS e o acolhimento das ideias sugeridas pelos próprios usuários do serviço. Os autores apontam para a importância do engajamento do sujeito frente à instituição, através de contribuições tanto no nível microfísico quanto no macropolítico, visando maior participação do mesmo tanto no âmbito dinâmico do funcionamento do CAPS como na luta antimanicomial, visando um serviço de melhor qualidade.

Sendo assim, é objetivo do CAPS abrir possibilidades para a necessidade do outro, colocar em circulação seus desejos, que até então ficaram institucionalizados. Por isso falamos que desinstitucionalizar é o momento atual, é o agora, não é quem o sujeito é, foi ou será; o sujeito não está congelado no tempo.

“A matéria prima”, como cita Lobosque (2001), do tratamento no CAPS é o desejo do sujeito, é a sua fala. Buscamos direcionar o tratamento a partir da escuta do desejo do outro, que muitas vezes não é ouvido. Busca-se envolver terceiros nesse processo, visto que o trabalho é feito tecendo parcerias com a família e outros serviços de saúde, além de outros espaços do território.

O trabalho no CAPS é o de acolher o sujeito e o conteúdo que o sujeito traz, de fazer algo junto com ele, algo que tenha sentido para ele, que tenha valor. Importante resguardar também o lugar para o individual – momentos de estar mais próximo, para

poder identificar a vulnerabilidade de cada um. Não é preciso estabelecer um espaço clássico para isso, mas sim um espaço de estar mais próximo da intensidade daquele sofrimento, ajudando, também, os sujeitos a entenderem sua implicação no processo de melhora e na construção de relações, vínculos entre eles e entre eles e o mundo.

Esse trabalho passa pela percepção de que a convivência modela essa nova forma de estar com o sujeito, já que permite mergulhar em sua realidade, conviver em seu “território existencial” e em seu “território geográfico”, visto que tais possibilidades permitem a saída do modelo institucional, no sentido de engessamento do serviço, como exemplifica Lancetti (2008, p. 52).

É postulado da clínica psicossocial do CAPS que sua terapêutica ou seu modelo de cuidado tenha como intrínsecas ações de habilitação social. Essa condição, que amplia (clínica ampliada) a clínica do CAPS como serviço da área da saúde, somada às atribuições concedidas pela Portaria 336/02 (de coordenar a demanda e a rede, supervisionar e regular o fluxo da demanda) sela, inquestionavelmente, sua atividade com ações de natureza política, quer com relação às instâncias do setor de saúde, que com as instâncias outras da Sociedade (intersectoriais) (RABELO, MATTOS, COUTINHO & PEREIRA, 2005, p. 22).

Lobosque (2001) afirma que neste espaço torna-se importante que todos os profissionais aprendam a convidar o frequentador a se expressar, descobrindo cada vez mais sobre ele, já que é no conviver com ele que se inicia a abertura para a nossa entrada na vida desse sujeito. É preciso que se consiga o consentimento do sujeito para o tratamento, e esse consentimento implica em um sujeito ativo, que decide suas próprias ações.

Todavia, também é necessário que a equipe se auto-avalie e seja capaz de criticar certas práticas, uma vez que é através dessa reflexão que poderão entender em quais momentos acontece o cuidado em forma de tutela. Tais momentos se tornam delicados dentro de um serviço substitutivo em saúde mental, no sentido de que se perde o objetivo primordial do CAPS, e resulta em uma “mera execução de tarefas e perde gradualmente reconhecimento social” (MECCA & DE CASTRO, 2008, p. 380).

Nosso papel é o de atuar, entrar no espaço de forma acolhedora, buscando ouvir as demandas do sujeito, e não como uma intromissão, já que é preciso respeitar o tempo subjetivo do mesmo. Inclui-se também a necessidade de rompermos com a lógica hospitalar de internação, visto que atuamos de forma a acolher o sujeito nos momentos mais críticos de sua crise, transformando a internação em a última escolha no tratamento do mesmo (LOBOSQUE, 2001; LOBOSQUE, 2003; TENÓRIO, 2002).

Entretanto, é preciso estar consciente dos desafios encontrados na reinserção do sujeito na volta à sociedade, uma vez que a inclusão social ou a reabilitação psicossocial é o objetivo primordial do CAPS. Não se trata apenas de ajudar o sujeito com sofrimento psíquico grave a viver de maneira funcional, mas também de ajudá-lo efetivamente a ocupar outros lugares na sociedade, e isso acarreta a mudança de paradigma e dos estigmas presentes na sociedade, para que essa possa recebê-lo sem pré-conceitos e pré-julgamentos (RABELO, MATTOS, COUTINHO & PEREIRA, 2005).

Acredito também que uns dos maiores desafios enfrentados no momento é o de saber como ajudar o sujeito a se reinserir na sociedade, no mercado de trabalho, porém sem um acompanhamento tutelar, sem um apoio assistencial. É claro que também há dificuldade em relação ao número de CAPS abertos no Brasil, especificamente em Brasília, que é o foco deste trabalho.

Capítulo 3 – CONVIVÊNCIA: MODO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

De acordo com o dicionário Aurélio, a palavra “convivência” possui o significado de ato ou efeito de conviver, trato diário, familiaridade, intimidade. É de acordo com essa lógica que este capítulo irá discorrer sobre a importância da convivência e sobre como esta pode ser potencializada dentro de um CAPS.

Lancetti (2008), em uma de suas experiências, relata que as intervenções realizadas com adolescentes usuários de drogas envolvia sair do ambiente institucionalizado e conhecer os gostos e preferências de cada um. Esse tipo de intervenção possibilitava a criação de uma nova forma de vínculo, um vínculo que resulta de uma relação imersa de significados, sem características pedagógicas ou tutelares.

Desta forma, a convivência ocorre através de conversas em ambientes distintos dos tradicionais, uma vez que acontece em uma sala de espera, em um caminhar junto, em um passeio com o grupo. A convivência pode acontecer em outros locais que não no CAPS ou no campo da saúde mental. Ela existe em outros espaços de cuidado, pois quando a pessoa se torna disponível para a outra, há a possibilidade de início de uma conversa, e é nessa conversa, que pode parecer descontraída; “bater papo à toa”, que surgem conteúdos importantes, que retratam o sofrimento da pessoa.

3.1. Caracterização da Convivência

Como já mencionado no primeiro capítulo deste trabalho, acreditamos que a convivência ganhou importância nos primeiros modelos de um serviço diferente da lógica manicomial. Temos como exemplo os Estados Unidos, que focaram na psiquiatria preventiva e comunitária para prevenir situações de internações e possíveis crises psicóticas, visando a participação da comunidade no processo, destacando a importância do espaço social onde o sujeito está inserido. Foi também a partir deste modelo de psiquiatria que se discutiu e se desenvolveu a ideia de atenção psicossocial e do trabalho em territórios (TENÓRIO, 2002).

Outros exemplos em relação a ganhos da desinstitucionalização são a mudança da nomenclatura de “doença mental” para “saúde mental”, a quebra de paradigma de cura de uma doença para busca da sua cidadania e reinserção na sociedade e a

proposta de inserir a comunidade no tratamento e considerar tal situação com potencial terapêutico (TENÓRIO, 2002).

Porém, este modelo norte-americano teve suas limitações, como, por exemplo, não ter discutido sobre a existência dos hospitais psiquiátricos. Essa é uma questão de grande importância para o movimento antimanicomial, uma vez que este novo modelo visa novas formas de cuidado em saúde mental, e os leitos em hospitais gerais e CAPS's III são apenas para momentos de internação. Já em relação aos modelos atuais – em construção – dos serviços substitutivos, Tenório (2002) coloca a convivência com o outro como um desafio, uma vez que proporcionamos a esse outro uma nova experiência de se expressar, de enfrentar sua existência e seu sofrimento.

É devido a esse grande desafio no qual se torna a convivência que temos que ter cuidado em não tornar esse cuidado em um cuidado assistencial/tutelar. Em nossa experiência dentro do CAPS, em diversas oficinas, percebemos que alguns profissionais, em certos momentos, agiram de forma a caracterizar esse tipo de cuidado. Para que isso não ocorra, é importante promover encontros e reuniões de equipe frequentes para que essas situações sejam refletidas frente aos objetivos da reforma psiquiátrica. Além disso, é importante a criação de novos espaços, como espaços de sociabilidade, trabalho nas rádios comunitárias (realidade atual do CAPS do Paranoá), grupos de convivência (presente por meio uma oficina no CAPS de Taguatinga), enfim, espaços onde os usuários do serviço comandam as atividades, tornando-se, de certa maneira, líderes.

Esses espaços evidenciam a importância do vínculo entre profissionais e frequentadores e entre frequentadores e frequentadores, e é a partir da convivência uns com os outros que esses vínculos se fortalecem. Mas sabe-se, no entanto, como aponta Tenório (2002), que não existe um modelo pré-determinado a ser seguido por todos os serviços substitutivos da lógica antimanicomial em relação às novas iniciativas de forma de cuidado no Brasil, uma vez que as realidades variam de território para território, “Ou seja, o que se pretendia transformar, os instrumentos disponíveis, as exigências e os caminhos específicos de cada processo e o perfil dos protagonistas” (TENÓRIO, 2002, p. 53).

Tenório (2002) aponta, ainda, a importância dos grupos de escuta, visto que na relação com o profissional o sujeito pode construir ou reconstruir alguma subjetividade sua. O tratamento passa a respeitar o vínculo e a convivência entre esses

atores, já que é através do vínculo que é possível acolher e perceber as potencialidades e diversas possibilidades do sujeito.

É a partir da disponibilidade de escutar o outro, de estar junto e fazer junto com ele que o vínculo se fortalece e abre mais possibilidades de convivência. O estar junto é importante tanto nas oficinas, nas atividades propostas pelo CAPS, quanto nos ambientes de espera para uma consulta ou no horário do lanche, por exemplo. Ou seja, em espaços não formalizados no cotidiano da instituição, criando, desta forma, novas condições para estabelecer uma relação de confiança.

Assim, a convivência pode ser articulada sob uma perspectiva histórico-cultural. Ou seja, é no contexto da relação com o outro, com a instituição, com o mundo, que o sujeito será capaz de se construir e de ser construído. Esse é um movimento contínuo, onde o sujeito assume um papel ativo (TACCA, 2004). Com isso, fica evidente que, no encontro com o outro, uma gama de valores pessoais serão trocados, e isso caracteriza tanto os momentos de harmonia e de alegria, quanto os momentos conflituosos. Ambos os momentos são marcas da convivência, que não tenta apagar os conflitos, mas sim ajudar os envolvidos a buscar uma solução viável e favorável a todos envolvidos, mas sem negar, no entanto, os valores pessoais de cada sujeito.

Estar disponível para o sujeito também em espaços informais evidencia a disponibilidade do profissional, o que caracteriza a multiplicidade de interações entre frequentadores e servidores, englobando os cargos de gerência, de faxineira, de segurança, motorista, entre outros que atuam neste ambiente, uma vez que esses espaços proporcionam momentos de ricas interações (DELL' ACQUA & MEZZINA, 2005).

Ainda, de acordo com Eslabão, Coimbra, Kantorski & Franzmann (2011), as atividades realizadas fora do espaço institucional do CAPS – como passeios ao cinema, em exposições de arte, zoológico, entre outros – potencializam o papel de reinserção social e minimiza o estigma presente na sociedade em relação a essa forma de experiência com o sofrimento intenso.

Desta forma, fica claro que, para o tratamento, na visão da Reforma Psiquiátrica, existem duas formas de atuar, tanto no espaço coletivo, como nas oficinas e nos grupos e que possui como objetivo o “dispositivo capaz de acolher e sustentar possibilidades transferenciais e expressivas inapreensíveis no âmbito dos dispositivos

tradicionais” (TENÓRIO, 2002, p. 69). Como na relação individual com o frequentador do serviço, mas não considerada no modelo clássico da clínica, e sim caracterizado mais com um trabalho de escuta também em ambientes não formais, onde a escuta é a chave principal para a construção de um vínculo. Visto que a palavra de sujeito é a matéria-prima do nosso trabalho dentro de um CAPS, possui uma potencialidade terapêutica (TENÓRIO, 2002 e LOBOSQUE, 2001).

Tanto a escuta formal quanto os numerosos momentos de escuta informal, tendem a propor percursos de conscientização em relação a estar com os outros, ouvir as necessidades próprias e alheias, conter-se e limitar a expansão de si. A relação que se constrói desta forma responde (...) no sentido de compreender e analisar conjuntamente o significado da experiência de doença, visando estabelecer os objetivos e os passos sucessivos do processo de reconstrução e emancipação (DELL' ACQUA & MEZZINA, 2005, p. 67).

O objetivo maior dessas atuações no CAPS é que o frequentador se vincule aos profissionais que atuam neste espaço e aos outros frequentadores, para que possa aumentar sua rede de apoio na própria instituição, como um todo, e com o território e suas possibilidades relacionais. Como afirmam Dell'Acqua e Mezzina (2005), é papel primordial do serviço a promoção de diversos modos de reprodução social dos usuários, envolvendo seus familiares e sua comunidade. E para isso:

é preciso que o paciente perceba a instituição como um lugar que lhe interessa frequentar, um lugar que tenha para ele algum sentido, de acolhimento, sociabilidade ou continência, enfim, que a instituição represente para ele alguma coisa à qual valha a pena se ligar (TENÓRIO, 2002, p. 70).

Como aponta Lobosque (2003), é preciso que a equipe circule junto com o sujeito, no sentido de atendê-lo em um banco, do lado de fora da casa (estrutura do CAPS representado neste trabalho), nos fundos da casa, no sofá, enfim, em lugares nos quais o frequentador está circulando. Este circular junto com o usuário do serviço é uma característica marcante da convivência e dessa nova forma de atuação clínica. Desta mesma forma, Lancetti (2008) evidencia a importância do movimento como uma ferramenta a ser utilizada neste contexto. O autor aponta para a potencialização terapêutica vinda das conversas e pensamentos que ocorrem durante um passeio, um caminhar junto, visto que essa atividade constitui em uma nova forma de atuar que colabora para produção de subjetividade, cidadania, convivência e vínculo.

Conviver com o outro em uma relação de cuidado é permitir uma maior aproximação com os usuários. É estar com eles não só em momentos determinados pelo horário de uma oficina, por exemplo, mas sim “trabalhar de portas abertas” (LOBOSQUE, 2003, p. 24), ou seja, aceitar a presença de um frequentador enquanto se atualiza um prontuário, ou realiza-se algum procedimento burocrático. Como aponta Lobosque (2003):

as interrupções fazem parte do trabalho, que consiste justamente em admiti-las, suportá-las e torná-las suportáveis; dar-lhes um limite necessariamente flexível; encontrar jeitos e motivos para dizer sim ou não, deixar para depois ou atender agora. Nem sempre é fácil, embora muitas vezes seja engraçado. Assim, a colega que está no telefone para saber notícias de um paciente num serviço de urgências clínicas para no meio da conversa para impedir que Cláudio suje a bandeja do café; enquanto anoto o atendimento de Paulo, Cristina, que está muito mal para afastar-se de nossa presença, senta-se ao meu lado para desenhar e escrever (LOBOSQUE, 2003, p. 24).

É importante, entretanto, ressaltar mais uma vez, que momentos de brigas também acontecem na convivência. Isso faz parte de conviver com o outro, uma vez que “a clínica do sofrimento mental grave tem uma dimensão necessariamente incondicional” (LOBOSQUE, 2003, p. 26), no sentido que desacordos e conflitos fazem parte da convivência e não devem ser punidos ou evitados, mas sim tratados com cuidado e respeito, buscando a possibilidade de novos arranjos e elaborações psíquicas e interpessoais.

Desta forma, Lobosque (2003) nos ajuda a pensar sobre essa questão, onde a proposta não é que o sujeito fique nas oficinas para “passar o tempo”, o objetivo é justamente o oposto, é o de “fazer com que o tempo não se confunda com um vazio sem fim a ser preenchido, devolvendo-lhe ritmo e corpo” (LOBOSQUE, 2003, p. 27). A partir disso, percebe-se então que ao fazer junto alguma atividade com o outro, por exemplo, conflitos irão acontecer, e isso faz parte do processo, é um aprendizado para todos os envolvidos, é uma questão de autonomia do sujeito, que já fala por si e defende suas ideias e seus interesses.

Entretanto, como evidenciam Dell’Acqua e Mezzina (2005, p. 64),

as múltiplas relações de cumplicidade e de confiança não só não representam ulteriores instrumentos para desfazer o conflito e a recusa da relação com o serviço,

mas também são atos terapêuticos em si. Estes são voltados à recomposição da identidade do paciente e a ruptura de relações que precedeu a crise.

Desta forma, percebe-se que a convivência pode se configurar em um instrumento que possibilita uma transformação no cuidado em saúde mental. É importante visar a instrumentalização da convivência no sentido de ser um dispositivo que se articula com o processo de desinstitucionalização. A convivência dentro de um CAPS se dá no encontro de um com o outro, no convidar a realizar uma atividade, no oferecer uma oportunidade do sujeito se comunicar. É investir no sujeito, em suas capacidades e potencialidades; “trata-se de saber construí-los, de modo a oferecer um acompanhamento sem tutela, e um apoio sem assistencialismo” (LOBOSQUE, 2001, p. 29).

Trata-se de promover parcerias, alianças sociais que ajudem nesse cuidado e nessa multiplicação da rede de apoio do sujeito. Inserindo o sujeito em um time de jogo de futebol, em um coral, em um grupo de pintura fora do CAPS, ajudamos na sociabilidade do sujeito e na sua reinserção no grupo social. Esse trabalho é chamado de intersectorialidade, ou seja, engloba vários setores, como o de saúde pública, políticas públicas e da sociedade com um todo (AMARANTE, 2007).

É através da convivência, como citam Dell’Acqua e Mezzina (2005), que é possível perceber que o outro não está bem e procurar saber sobre ele. Esse movimento de procurar saber do bem estar do outro, não é exclusivo e nem tampouco característica do trabalho do profissional em relação ao frequentador do serviço, mas também é um movimento dos próprios usuários, que buscam saber se o seu outro está bem.

Quando se convive com o outro, o leque para outras possibilidades se abre, como, por exemplo, a de entrar em contato com mais facilidade com alguém da família e pedir que o ajude a comprar seu novo remédio. É facilitar o acesso a informações do campo do direito, por exemplo. É, enfim, fazer parcerias com os familiares e as mais diversas instâncias sociais.

Por fim, o serviço no CAPS, focado na convivência, potencializa as relações com o sujeito, dando escuta à sua existência sofrida e se abre também para as demandas da comunidade em que este está inserido (DELL’ ACQUA & MEZZINA, 2005).

METODOLOGIA

A metodologia usada para a realização desta pesquisa é a qualitativa que, para Minayo (2009), é "o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade" (p. 14) que inclui tanto os instrumentos – as técnicas – quanto a criatividade do pesquisador, assim como sua capacidade pessoal em termos de sua sensibilidade e sua experiência.

A pesquisa qualitativa considera a importância da cultura, do social e da perspectiva do singular. Articula o processo de produção do tema da pesquisa em si com a vida prática e sempre considera a complexidade e a abrangência do tema escolhido pelo pesquisador. Ao escolher um tema de pesquisa, deve-se contextualizar a dimensão histórica, sempre considerando os aspectos sociológicos e antropológicos (GONZÁLEZ REY, 2005).

Tripp (2005, p.447) afirma que “pesquisa-ação é uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática”. A definição usada por Elliott (1991, p. 69, citado por TRIPP, 2005) sobre pesquisa-ação baseia-se na ideia de um “estudo de uma situação social com vistas a melhorar a qualidade da ação dentro dela”.

Entende-se que a pesquisa-ação deve ser contínua, uma vez que se deve trabalhar de forma repetida para poder discutir sobre a prática do objeto de estudo. Este tipo de pesquisa deve ser mais frequente do que ocasional (TRIPP, 2005).

Tripp (2005) caracteriza a pesquisa-ação como um ciclo representado como uma sequência de três fases de ação: têm-se dois momentos diferentes no campo da prática; e um momento da investigação sobre a prática. “Isso é importante na pesquisa-ação, porque o planejamento de como avaliar os efeitos da mudança na prática é em geral muito mais rigoroso do que em muitos outros tipos de investigação-ação” (TRIPP, 2005, p. 453).

Pesquisa-ação, que constar da análise e reflexão de um projeto de intervenção, proposto no campo de pesquisa pelo próprio pesquisador, em construção conjunta e interativa com o grupo, que intervém no processo da coleta, definição de problemas e análise de dados. Pressupõe um processo de emancipação e apropriação da pesquisa pelos sujeitos, pois coloca em foco a geração de soluções para problemas práticos e o desenvolvimento de habilidades e capacidades, fazendo com que se engajem na pesquisa e no desenvolvimento e implementação de atividades (MEYER, 2005, citado por MECCA & DE CASTRO, 2008, p.378).

Por fim, Tripp (2005) fala sobre a importância da participação na pesquisa-ação. Diz, no entanto, que este não é o único determinante, que deve existir uma “dialética entre escolha do tópico e participação, variações que dão origem a diferentes modalidades de pesquisa-ação, termo cunhado por Grundy (1983)” (p. 456).

Desta forma, o papel da pesquisadora é o de instrumentalizar, baseada em sua área de conhecimento, seu trabalho de mediação. Sendo assim, a própria convivência se torna um recurso metodológico neste projeto de pesquisa.

O local escolhido para a pesquisa foi um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS tipo II, no Distrito Federal, que se caracteriza por ser um serviço aberto ao público, onde os sujeitos participam das oficinas neste realizadas, compartilham suas experiências e se ajudam nos momentos mais difíceis.

4.1 Procedimentos de Pesquisa

O presente trabalho é vinculado ao projeto de doutorado da professora/supervisora Tania Inessa, já aprovado pelo Comitê de Ética da FEPECS, da Secretária de Saúde do Distrito Federal, e que possui como título “A convivência como dispositivo clínico e político no contexto da assistência em saúde mental no Brasil”. O principal objetivo deste projeto é “compreender como a convivência no campo saúde mental pode se configurar como um articulador das dimensões clínica e política, no contexto da assistência em saúde mental, orientada pelo modelo da atenção psicossocial” (RESENDE, 2011, p. 9).

O presente trabalho de monografia fará a análise de uma das ações de pesquisa englobadas pelo projeto de doutorado exposto acima.

Assim, o interesse pelo tema desta monografia surgiu devido à participação da pesquisadora em algumas atividades do CAPS, participação essa possibilitada pela atuação da mesma como integrante do grupo de pesquisa vinculado ao projeto de doutorado.

O projeto de pesquisa que antecedeu este presente trabalho foi submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB – e, posteriormente, foi aprovado pelo mesmo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCL *não é tcle?* -, disponível no anexo A, esclarece aos participantes da pesquisa os objetivos e procedimentos da mesma. Tais aspectos foram apresentados de forma clara a todos, sendo esclarecidas

quaisquer dúvidas em relação aos direitos éticos, principalmente em relação à questão do sigilo.

Após este momento de esclarecimento do TCL, os participantes, voluntariamente, consentiram sua participação na pesquisa e assinaram o termo. Os participantes desta pesquisa foram os profissionais, estagiários e os usuários do CAPS.

É importante frisar que todos os participantes desta pesquisa atuaram de forma voluntária e todos são maiores de idade.

4.1.1 Procedimentos de Construção de Informações

O trabalho foi realizado em três etapas para a coleta de dados. Como este trabalho é um recorte de uma pesquisa de tese de doutorado, é importante situar quais são essas fases.

Na primeira fase foi realizada uma imersão pelo período de um mês na realidade do serviço, participando de todas as atividades ofertadas pelo mesmo. O objetivo aqui foi o identificar como a convivência se dava no CAPS, fazendo, desta forma, um diagnóstico sobre a convivência no CAPS. O registro das vivências ocorreu por meio de Diários de Campo.

Diário de Campo é um instrumento de anotações, comentários e reflexões diários que surgiu primeiramente no campo da Antropologia, sendo mais utilizado nas pesquisas etnográficas. Esta ferramenta caracteriza-se pela importância das anotações das observações sobre as experiências pessoais do pesquisador, assim como suas reflexões e comentários (FALKEMBACH, 1987).

Existem dois tipos de Diários de Campo: o descritivo e o reflexivo. O primeiro refere-se ao registro de informações com o máximo de detalhes, incluindo a descrição do local, das pessoas e das interações sociais, podendo ser registrado no momento exato da observação ou posteriormente, incluindo no registro as reflexões frente ao analisado. Já o segundo modo, o reflexivo, corresponde às reflexões pessoais, contendo o registro das percepções, sentimentos, ideias, podendo ser registrado ao vivo ou posteriormente. Com isso, o Diário de Campo utilizado neste trabalho funcionou sob a lógica do Diário de Campo Reflexivo (FALKEMBACH, 1987).

A segunda fase caracterizou-se pela construção, junto com a equipe de saúde e com os usuários do serviço, uma proposta de intervenção, onde foram definidas duas ações: o Grupo de Convivência e a Atividade de Convivência.

A Atividade de Convivência é o foco deste trabalho. Dentre as duas atividades propostas através da tese de doutorado – como já situado acima -, esta foi escolhida devido à possibilidade da pesquisadora conhecer um novo espaço de interação com as pessoas. Desta maneira, a Atividade de Convivência se caracteriza por ser uma forma de conviver com os usuários em ambientes de espera. Ou seja, a Atividade de Convivência acontece quando o sujeito aguarda por uma consulta psiquiátrica, o início de sua oficina, espera por a atividade de acolhimento, entre outros. Sendo assim, a atividade é caracterizada por conversas que visam à vinculação e a convivência em espaços informais do CAPS.

Em contrapartida, o Grupo de Convivência é trajado/marcado por ser uma oficina que acontece todas as quartas-feiras à tarde (às 14 horas). Todos os usuários são convidados a participar dessa oficina, assim como também seus familiares. A oficina também é aberta para a comunidade. Quem quiser participar será recebido, acolhido de braços abertos por todos. É importante relatar que esta oficina é elaborada de acordo com a demanda do grupo, e as atividades feitas neste espaço são decididas pelos próprios membros. Desta forma, inúmeras atividades acontecem ao mesmo tempo, com todos integrantes convivendo e interagindo uns com os outros, em um mesmo espaço.

Por fim, a terceira fase foi o período de implementação dessas duas atividades no CAPS, além das reuniões com a equipe do CAPS e com o grupo de pesquisa para reflexões sobre a implementação das ações.

4.1.2. 1ª Fase: Imersão na Realidade Institucional

Esta fase, já realizada, se caracterizou pelo levantamento de informações e dados gerais em relação à utilização atual da convivência no CAPS. Desta forma, obtivemos um diagnóstico em relação à realidade da convivência neste espaço, através de grupos de discussão coordenados pela professora/supervisora deste projeto, realizados com os usuários e com a equipe do CAPS, e, também, por meio de convívio no CAPS.

Em consequência disso, o grupo de alunos do UniCEUB e a professora-supervisora disponibilizaram-se para a convivência com os usuários e os profissionais do CAPS. Durante este período de imersão, foi explicado o objetivo da proposta de

pesquisa para a equipe coordenadora da instituição e para os usuários que estão participando da pesquisa. Neste processo de levantamento de informações, que ocorreu no período de um mês, foi realizada observação direta e participante, registrada em Diário de Campo.

O objetivo desta primeira fase foi o de identificar como se dá a convivência nos espaços dessa instituição, coletando informações sobre as opiniões dos profissionais atuantes e dos usuários em relação à convivência, evidenciando, assim, as dificuldades encontradas e suas potencialidades. Além disso, objetivou-se também criar vínculos com os usuários, profissionais e alunos de pesquisa.

4.1.3. 2ª Fase: Construção Coletiva de uma Proposta de Ação

Neste segundo momento, também já realizado, foi feita uma análise das informações obtidas na 1ª fase. O objetivo desta fase foi a de devolver para o grupo os aspectos mais relevantes da etapa do diagnóstico – 1ª fase -, possibilitando certo aprofundamento crítico sobre como a instituição está lidando com a convivência.

O diagnóstico foi realizado com o intuito de estabelecer condições para a criação da intervenção, que foi construída em conjunto, visando o planejamento de uma ação que objetivasse alcançar a problemática discutida em grupo, para que fosse possível aprimorar ações que viabilizassem a convivência de todos envolvidos.

Nesta etapa, decidiu-se, após discussão com a equipe do CAPS e análise dos dados coletados, por realizar dois tipos diferentes de atividades, sendo uma delas denominada de Atividade de Convivência e a segunda de Grupo Convivência.

A pesquisa na Atividade de Convivência refere-se à ida dos alunos de psicologia participantes do grupo de pesquisa do UniCEUB ao CAPS, com o objetivo de conviver com as pessoas que estão em momentos de espera ou em espaços informais e não institucionalizados. Nessa atividade, cinco alunos pesquisadores frequentaram e disponibilizaram seus Diários de Campo para que fosse realizada a análise dos dados. Ao somar os dias frequentados pelos cinco alunos pesquisadores, um total de 30 dias foi alcançado.

Já em relação ao Grupo Convivência, este se caracteriza por ser uma “oficina” aberta para quem quiser participar, onde são feitas atividades escolhidas pelos participantes. Neste grupo, o total de dias alcançados foi de 75. A atividade

continua sendo frequentada pelos alunos pesquisadores, no entanto, já que o Grupo de Convivência está em pleno funcionamento.

Desta forma, ressalto minha participação em ambas as propostas de intervenção. Além disso, participei das reuniões semanais para a discussão sobre a temática relacionada à convivência e à nossa atuação no CAPS.

Reforço que o foco deste projeto de monografia é o de realizar uma análise parcial da Atividade de Convivência.

4.1.5. 3ª Fase: Implementação da Ação

Esta intervenção só ocorreu depois de delimitado o diagnóstico, e teve a convivência como objetivo e estratégia. As decisões sobre as atividades de intervenção foram tomadas na convivência entre pesquisadores, usuários e equipe, visto que no projeto de doutoramento já aprovado pelo Comitê de Ética, estava previsto a participação de alunos do curso de Psicologia como pesquisadores-auxiliares. É relevante frisar a necessidade de um acompanhamento constante durante todo o processo de implementação da ação que está sendo realizada na instituição. Há um espaço para discussão com os usuários em cada decisão adotada, reuniões de equipe e reuniões semanais do grupo de pesquisa, uma vez que trocas de experiências são sempre ricas e podem vir a colaborar com ideias que podem melhorar a ação implementada em questão.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

A convivência, neste trabalho, foi utilizada como metodologia de pesquisa e, desta forma, foi usada como promotora de reflexões e discussões durante todo o percurso da pesquisa e deste trabalho.

Como já mencionado, o instrumento utilizado como registro das vivências da pesquisadora no campo foram os Diários de Campo, escritos pela mesma, e que neste momento serão analisados. É importante, entretanto, frisar que este é um tema relativamente recente na literatura e é um fenômeno complexo, fato esse que resultou na emersão de inúmeras perguntas que ficarão em aberto para reflexão. Cabe ainda mencionar que os nomes dos participantes presentes nos relatos são fictícios, uma vez que é primordial o sigilo das identidades dos mesmos, mesmo que este trabalho não esteja sendo focado na análise de estudos de casos, e sim na convivência em espaços não formais dentro de um CAPS.

Tendo isso em vista, será realizada uma imersão no conteúdo dos Diários de Campo, o que permitirá a articulação entre o conteúdo teórico e o momento empírico - a prática vivenciada pela pesquisadora dentro do CAPS. Essa articulação é importante devido à rica possibilidade de contrapor e discutir o que autores discorrem em relação ao tema, sendo este o momento inicial para se pensar a convivência como objeto de pesquisa.

Desta forma, como definem Menga e Marli (1996), a teoria serve como uma base, uma estrutura básica, onde há espaço para que novos aspectos possam ser detectados. Tem-se o “ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental” (GODOY, 1995). O contato do pesquisador com seu ambiente de estudo tem que ser direto e prolongado, uma vez que é no campo que os dados são coletados, utilizando o próprio pesquisador como instrumento de coleta, análise e interpretação dos dados (GODOY, 1995).

A teoria e o momento empírico se relacionam em um movimento dialético. Convergem no processo de produção de conhecimento de um objeto de estudo e dos conteúdos literários sobre esse mesmo objeto. A dialética acontece de tal maneira que um aspecto teórico não se impõe sobre o momento empírico e vice versa. Os conflitos que surgem são ricos para a construção do conhecimento, uma vez que nos força a refletir e analisar sobre o tema em tensão. Ressalta-se também a importância da

posição ativa do pesquisador frente ao fenômeno estudado, em um processo no qual a criatividade torna-se o carro chefe para um bom resultado (REY, 2005).

A partir disso, volto a enfatizar que a metodologia utilizada neste trabalho de monografia é a metodologia qualitativa, em particular a pesquisa participante. Este tipo de metodologia empregada para a realização da análise de dados foi adotada em decorrência do objetivo de compreender a complexidade da convivência nos serviços substitutivos em saúde mental. Configura-se, então, como uma pesquisa-ação participativa, onde esta pesquisa distinguiu-se por ser realizada pela própria pesquisadora a partir de sua prática, caracterizada por ser uma atividade social e política (COSTA, 2010).

É importante lembrar que este trabalho está vinculado à tese de doutorado da professora/orientadora Tania Inessa, já aprovado pela FEPECS. Aqui foi feita uma análise preliminar e parcial dos dados da Atividade de Convivência, a partir das análises dos dados coletados pela pesquisadora e pelos alunos de pesquisa em relação à temática da Atividade de Convivência. Ou seja, investigou-se sobre as formas como acontece a convivência entre frequentadores do serviço e outros frequentadores e entre frequentadores e funcionários do CAPS, em ambientes não formais.

Desta maneira, da análise dos Diários de Campo relativos à Atividade de Convivência, destaquei três categorias para discutirmos: a importância da convivência dentro de um CAPS, assim como suas dificuldades de implementação; a identificação de quais situações/espços informais do CAPS em que a convivência se dá de forma mais espontânea; e a reflexão sobre ações que viabilizem e potencializem a convivência dentro da instituição.

Com isso, no primeiro momento será analisada a dinâmica de funcionamento do CAPS de Taguatinga, onde a pesquisa foi realizada, a partir da imersão da pesquisadora frente à realidade cotidiana da instituição. Mais precisamente, a partir da imersão em espaços de convívio comum, como salas de espera, corredor, horário do lanche, entre outros espaços informais. São espaços onde os usuários socializam uns com os outros e com os funcionários da instituição de forma mais dinâmica e íntima, mostrando certa espontaneidade.

No segundo momento, depois de realizada a análise crítica da convivência, articulando-a ao funcionamento do CAPS, serão discutidos os aspectos positivos e negativos da convivência em uma instituição de saúde mental. Também serão

abordadas as dificuldades de intimidade dos usuários uns com outros e em relação aos profissionais do espaço denominado CAPS.

O terceiro e último momento da análise de dados consiste em promover uma análise reflexiva das ações que visam à potencialização da convivência nos espaços informais e formais – como oficinas e atividades - dentro do CAPS. Discutirei, desta forma, a importância de inúmeros aspectos, como, por exemplo, o valor da presença de uma equipe integrada com os frequentadores, que os acolha e conviva com eles de forma íntima e diferenciada.

5.1. A Convivência no Cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga

Este momento é caracterizado pelos contatos iniciais da pesquisadora no CAPS, quando a mesma se colocou de forma a estar sempre disponível para qualquer demanda que surgisse neste espaço. O objetivo maior era o de conviver com as pessoas/frequentadores que ocupassem espaços físicos da instituição fora do contexto das oficinas. Em outras palavras, a finalidade era que a pesquisadora convivesse com os frequentadores que estivessem em momentos de espera, na hora do lanche ou que não quisessem participar da atividade proposta em seu plano terapêutico em determinado dia. Era estar disponível para a convivência a partir da toda e qualquer demanda espontânea que surgisse.

Como instrumento de coleta de dados desse e dos demais momentos, foi utilizado o Diário de Campo, que é um registro escrito dos acontecimentos e das conversas realizadas naquele determinado dia (FALKEMBACH, 1987).

Desta forma, em decorrência da imersão da pesquisadora nessa instituição, neste momento serão analisadas as primeiras impressões frente à estrutura física do CAPS de Taguatinga, assim como do funcionamento do mesmo. Isso implica em reflexões em relação ao trabalho em equipe e em como que se dá a convivência nesses espaços informais, que foram enriquecidas devido à experiência da autora como aluna pesquisadora e estagiária no CAPS.

Torna-se necessário realizar um pequeno levantamento histórico do CAPS II de Taguatinga, para que seja possível o entendimento da convivência neste espaço.

Foi inaugurado, em Taguatinga Sul, um Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS – II, unidade pertencente à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, na data de vinte e sete de dezembro de dois mil e seis. Tinha, na data da inauguração, capacidade de atendimento para trezentos pacientes por mês. Sua equipe era formada por profissionais psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos administrativos.

Atualmente, o CAPS de Taguatinga oferece inúmeras oficinas. Alguns exemplos são a oficina de artesanato, a oficina de gênero, que é dividida em um grupo para os frequentadores homens e outro para as frequentadoras mulheres, os Grupos de Referência 1 e 2, que são grupos de fala, a oficina de música, a oficina de dança corporal, a terapia familiar, a oficina de convivência, os espaços de convivência, entre outros. As oficinas são coordenadas por voluntários, profissionais psicólogos, terapeutas ocupacionais, alunos ou estagiários de alguns cursos acadêmicos, entre outras possibilidades.

Dessas oficinas, somente o Grupo de Convivência – que faz parte da pesquisa de doutorado da professora/supervisora Tania Inessa – e a Terapia Familiar são abertos para os familiares dos usuários do serviço. O primeiro vai além e é aberto para qualquer pessoa que queira participar das atividades ofertadas.

Assim que cheguei ao CAPS me deparei com uma casa de dois andares, achei a ideia de ser uma casa o espaço físico para tratamento em saúde mental uma excelente opção! (...) além de estar incluída em uma sociedade ativa, onde há bar, lojas, prédios, enfim, uma infinidade de possibilidades (Diário de Campo, nº 01).

Essa foi a impressão que tive assim que cheguei pela primeira vez ao CAPS. Como discutem Lobosque (2001) e Lancetti (2008), é importante integrar o sujeito com sofrimento psíquico de volta à sociedade. Com esse objetivo, considero adequada a escolha de instalação dessa instituição de cuidado em saúde mental no seio comercial de uma cidade em ascensão, localizada em um monumento de referência e com fácil acesso a ônibus e metro.

A casa é estruturada em dois andares. No primeiro andar, podemos identificar alguns locais informais, como o espaço da varanda, que seria a garagem da casa. A varanda possui uma sala de espera com cadeiras, armários para os frequentadores guardarem seus pertences e a mesa do segurança. Já dentro da casa, do lado esquerdo

fica localizada a sala de televisão, que é um espaço multiuso. Essa sala pode ser utilizada para a realização de algumas oficinas ou como sala de espera, sendo comum que funcione como sala de espera quando estão todos aguardando o início das oficinas. À direita fica a recepção do CAPS, com algumas cadeiras no corredor. Já nos fundos da casa, a estrutura é de uma churrasqueira, sendo utilizada também para a realização de certas atividades.

No segundo andar estão localizados os consultórios psiquiátricos. Há também uma sala de espera, com sofá e televisão, e a varanda, locais esses considerados como espaços informais. Algumas vezes, a varanda também é utilizada para o funcionamento de oficinas e atendimentos.

De acordo com o discurso de um frequentador do serviço, a casa é um espaço agradável e acolhedor, como relata uma senhora que foi ao CAPS pela primeira vez:

A senhora que estava esperando pelo acolhimento conversava comigo sobre como se espantou ao perceber que a instituição era em uma casa e não em um hospital. Disse para mim da seguinte forma: “minha filha, nunca imaginei que fossem tratar de gente como meu filho tão bem, em uma casa tão bonita como essa” (Diário de Campo, nº 02).

Desta forma, pode-se notar a importância do vínculo da pessoa até mesmo com o espaço físico da própria instituição, já que, quanto mais confortável se sentir nesse espaço, mais facilmente poderá circular nos diversos espaços. O serviço se torna, de certa maneira, mais acolhedor, configurando um modo diferente de romper com a lógica dos hospitais (LOBOSQUE, 2001).

Os frequentadores circulam pelas estruturas do CAPS. Assim, é preciso que os profissionais também circulem (LOBOSQUE, 2003).

Andei pela casa para verificar se havia algum usuário fora de alguma atividade de grupo, e como não encontrei nenhum, procurei o contato com alguns familiares que aguardavam os usuários saírem das atividades (Diário de Campo, nº 04).

O movimentar-se pelo CAPS possui papel fundamental na convivência, uma vez que a escuta pode ocorrer em espaços informais, e não somente no local do atendimento individual ou nas oficinas ofertadas pela instituição. A demanda do sujeito - seu sofrimento - é muito grande, levando o mesmo a expor sua intimidade nesses espaços não “convencionais”. Por isso a importância da equipe de saúde

circular junto com esse sujeito e oferecer escuta e acolhimento na sala de espera, na hora do lanche, no corredor, no comércio da rua onde o CAPS fica localizado, entre outros (LOBOSQUE, 2003).

No Caps, por mais que sempre tenha alguém ouvindo, isso não me incomoda. Talvez as próprias delimitações do Caps façam com que eu sinta que a pessoa que está conversando comigo está em um ambiente seguro (Diário de Campo, nº 04).

Para, além disso, os espaços informais proporcionam outras possibilidades do sujeito falar, que não acontecem no grupo ou no atendimento, por exemplo. Acredito que a disposição do profissional interfere nesse processo, uma vez que, ao se disponibilizar a escuta-lo em outros espaços, a pessoa percebe que o profissional realmente está interessado em entender seu sofrimento, oferecendo uma escuta particular, individualizada. Essa atuação aumenta a probabilidade do sujeito discorrer sobre si mesmo, mesmo quando o mesmo não o faça no grupo, por exemplo.

Hoje a Dona Fernanda (que eu só conhecia devido às supervisões de estágio) me pediu para conversar. Perguntou se eu era estagiária de psicologia e com minha afirmação de que era, pediu para conversar comigo. Levou-me para o lado de fora do CAPS (para a rua mesmo) e começou a falar sobre o que estava lhe entristecendo. (...) Percebi que só pelo fato de estar disponível em outro espaço, que não as oficinas ou atendimentos, ela sentiu que podia se abrir e falar para mim sobre seus problemas. Assunto esse que talvez não tivesse como ela falar no grupo que faz parte hoje à tarde (Diário de Campo, nº 10).

Lancetti (2008) e Amarante (2006) apontam para a acuidade da construção de novos cenários/espacos para a produção subjetiva do sujeito. Além disso, essa construção possibilita o fortalecimento do vínculo com o profissional que se mostrar mais disponível para escutá-lo, em variados ambientes e horários. Desmontam-se, assim, os “espacos-tempos manicomialis”, ativando “a relação do coletivo (pacientes, trabalhadores de saúde mental e dirigentes) com a sociedade” (LANCETTI, 2008, p. 22).

Com isso, percebeu-se que os momentos mais ricos de trocas pessoais ocorreram em espacos caracterizados pela presença de um profissional ou usuário do CAPS que possuísse certa intimidade com o sujeito.

Estava sentada na sala de espera, perto do segurança Pedro. Segundos depois percebi a presença da Karla. Pensei em iniciar uma conversa com ela, mas quando ia me levantar ela saiu e foi atrás do Rodrigo, outro usuário. Percebi que os dois sempre conversam nesse horário na sala de televisão (Diário de Campo, nº 04).

Lobosque (2001) ressalta a importância da seriedade na atuação de todas as pessoas que trabalham no CAPS, do gerente ao motorista da instituição. Os funcionários convivem com os usuários diariamente e essa convivência permite o vínculo e a abertura para a intimidade.

O local estava bastante tranquilo, e nele estavam o segurança João, a mãe de Lucas, a mãe de Marcelo e o filho de uma senhora que acabara de iniciar o tratamento (Diário de Campo, nº 10).

Outro espaço em que a convivência se dá de forma mais espontânea são as salas de espera, já que são locais reservados para o aguardo de algum atendimento individual.

(...) percebi que a sala de espera do segundo andar e a sala de espera do primeiro andar sempre estão mais cheias, até porque são os espaços reservados para a espera mesmo. As pessoas ficam sentadas ali porque tem o motivo real de aguardar para ser chamado, assim como quando vamos ao dentista, etc (Diário de Campo, nº 03).

Os horários dos lanches também são ricos para a convivência. O lanche traz um caráter de acolhimento muito demarcado, aproximando-se da imagem de um lar, onde muitos se sentam a mesa e começam a conversar entre si enquanto comem. Além disso, o espaço do lanche proporciona a possibilidade de compartilhar algum conteúdo mais íntimo, para quem não consegue se expressar bem em grupos.

A dinâmica do funcionamento organizacional do CAPS interfere diretamente na atividade de convivência. Nos dias em que acontecem a atividade de acolhimento e as consultas psiquiátricas, por exemplo, há um maior número de pessoas circulando pelo CAPS – principalmente os usuários que estão em uma oficina enquanto aguardam serem chamados para sua consulta.

A disposição dos horários e das oficinas realizadas no CAPS interfere diretamente na atividade de convivência. Por outro lado, no entanto, a presença de certos usuários e profissionais também intervém na mesma.

A primeira situação – disposição de horários e das oficinas – interfere no sentido da quantidade de pessoas presentes no CAPS. Em outras palavras, certas oficinas possuem um maior número de frequentadores do que outras, e isso afeta a atividade de convivência. Em determinados dias, devido às oficinas ofertadas, o movimento e circulação das pessoas na instituição pode ser maior ou menor.

(...) os dias de quintas feiras a tarde é muito mais movimento do que o de quarta pela manhã. Nas quintas, por volta das 13 horas o CAPS, mesmo com a maioria dos profissionais na hora do almoço, já tem muitas pessoas aguardando atendimento, acolhimento ou as próprias oficinas. Já nas quartas de manhã o movimento é menor. (Diário de Campo, nº 08).

Já a segunda situação colocada, – presença de certos usuários e profissionais do CAPS – refere-se ao fato de que algumas pessoas já possuem intimidade com a casa e com as pessoas que frequentam o CAPS em determinado dia e horário. Ou seja,

(...) é interessante como a Dona Fernanda, toda quinta-feira à tarde, interage com as pessoas. Toda vez que chega ao CAPS faz uma brincadeira com o segurança João, fala rapidamente com a usuária Karla, e conversa com as profissionais da limpeza e agradece o senhor que traz sua marmita de comida (Diário de Campo, nº 10).

O ambiente do CAPS proporciona para as pessoas um clima de disponibilidade, que permite diferentes possibilidades de interação e intercâmbio entre os frequentadores e entre os profissionais e os usuários do serviço do CAPS (DELL' ACQUA & MEZZINA, 2005).

Observei que os usuários se despediam calorosamente dos funcionários da limpeza e segurança que estavam ali. Eles se sentiam acolhidos por aquelas pessoas (Diário de Campo, nº 05).

O estar disponível para o sujeito que sofre não é “tarefa” /habilidade apenas do psicólogo, por exemplo, mas sim de todos os agentes do CAPS. Inúmeras vezes esse papel também é desempenhado pelos próprios usuários. Eles acolhem e escutam o sofrimento do outro, dando lugar e legitimidade a esse sofrimento. A escuta formal, tanto quanto a escuta informal possuem papéis importantes no processo de tratamento do sujeito (DELL' ACQUA & MEZZINA, 2005; LOBOSQUE, 2001; TENÓRIO, 2002).

Por vezes, é difícil estar disponível para o outro.

No momento que percebi que estava mais interessada no mosaico que estava criando do que em conviver com as pessoas, larguei meu trabalho, me levantei e procurei outro lugar no CAPS que pudesse promover aquele encontro (Diário de Campo, nº 4).

Essa dificuldade pode ser entendida por diversos fatores, como a própria dificuldade de superar a informalidade da atividade de convivência.

Senti-me bastante improdutiva, embora não deslocada. Tive muitas vezes a impressão de não estar fazendo nada e, conseqüentemente, me sentia ansiosa. Senti-me estranha ao realizar esse trabalho, pareceu que eu estava tentando invadir um espaço no qual as pessoas pareciam realmente querer não interagir com ninguém (Diário de Campo, nº 01).

A sensação de improdutividade pode ser questionada ao se pensar que essa atividade de convivência propicia ao sujeito uma possibilidade de mais um espaço, uma nova oportunidade de comunicação, de escuta e de convívio com outras pessoas.

Além disso, quando há a real integração ao sofrimento do outro através da escuta e do acolhimento, cria-se uma intimidade e cumplicidade com o sujeito que é muito rica e muito intensa.

À medida que me contava isso, senti em seu olhar, em sua voz, muita dor e sofrimento. E isso me tocou grandiosamente, senti que estava sofrendo junto com ela, com aquele sofrimento que ela transmitia. Confesso que senti um profundo aperto no peito com aquela história e o sofrimento que ela transmitia em seus gestos. Infelizmente, a conversa foi interrompida pelo início do grupo, ela saiu. Mas senti que aquele sofrimento ainda ficou em mim, foi marcante a este ponto (Diário de Campo, nº 5).

Assim, a forma como as oficinas são organizadas no CAPS afeta o número de usuários que frequentam a instituição em determinados dias e horários. Outro fator que influencia na atividade de convivência é a questão dos diferentes perfis dos usuários e dos espaços físicos não formais nos quais os mesmos se sentem mais à vontade para habitar. Além disso, é preciso considerar que muitos possuem dificuldades relacionadas à situação financeira pessoal e familiar e de locomoção, já que muitos não conseguem ir sozinho para CAPS sem um acompanhante. Dessa forma, a possibilidade, por exemplo, de algumas pessoas conseguirem ir mais de um dia para CAPS fica comprometida.

5.2. Aspectos Importantes do Papel da Convivência nos Serviços Substitutivos em Saúde Mental

Neste segundo momento, será analisado o papel da convivência no CAPS de Taguatinga, promovendo reflexões acerca dos aspectos positivos e das dificuldades encontradas na atividade de convivência.

Esse período é caracterizado por uma maior intimidade da pesquisadora com a instituição, com os profissionais e com os usuários do serviço. Manteve-se o objetivo

descrito no primeiro momento, tendo como finalidade a convivência com os frequentadores em espaços informais da instituição, visando o ganho de confiança e de vínculo com os mesmos.

Como exemplificado no primeiro momento dessa análise de dados, uma das maiores dificuldades encontradas ao desempenhar a atividade de convivência foi a angústia gerada pelo sentimento de improdutividade e da falta de lugar.

Vi-me pensando no porquê de estar ali, sentada sem fazer nada! Que incômodo, ficar esperando por nada! Ver o tempo passar e pensar nas mil e uma coisas que eu poderia estar fazendo em casa... (Diário de Campo, nº 01).

Porém, após esse momento inicial de dúvidas, angústias e incômodos, certas situações foram mostrando a importância de nos tornarmos disponíveis nesses espaços informais:

Fiquei atenta para as possíveis reações que poderia estar causando nas pessoas a minha volta, e percebi que o casal estava olhando fixamente para mim. Achei que era um bom momento para tentar uma conversa, perguntei se estavam esperando uma consulta (Diário de Campo, nº 02).

(...) quando eu estava sozinha na mesa, uma mulher que estava sentada na mesa ao lado me chamou e disse para eu me aproximar (Diário de Campo, nº 02).

Com isso, percebe-se que essa atividade possui potencial, sendo caracterizada por mais uma forma de promover escuta e acolhimento. Uma forma diferente de atender a necessidade do sujeito, de ajudá-lo, de ouvi-lo. Porém, em outros momentos, novos desafios se apresentaram, como a dificuldade de suportar o silêncio:

Talvez o silêncio do outro me incomode; não sei se seria uma necessidade de buscar tornar o ambiente mais integrado ou movimentado, ou de repente de que se não fizermos nada, eu fique com a sensação de não estar contribuindo de alguma forma com o sujeito (Diário de Campo, nº 11).

Todavia, o maior desafio encontrado foi a dificuldade de relacionamento e intimidade entre os usuários.

(...) Karla falava que sente falta de ter amigos, e que no CAPS não possui grandes amizades. São poucos os que ligam para ela, e que ninguém a visita em sua casa. Percebi que isso é um problema geral. Os usuários conversam, convivem entre si, mas só dentro do CAPS. Pergunto-me como seria possível promover um fortalecimento desse vínculo para fora da instituição... (Diário de Campo, nº 16).

É importante problematizar essa questão, buscando pensar em novas formas de atuação que promovam tal engajamento. O que é preciso fazer para que amizades ultrapassem o espaço físico do CAPS? Friso que o termo “amizade” mencionado refere-se à relação usuário-usuário.

Rodrigo perguntou para as pessoas, que estavam sentadas na sala de televisão a espera do início da oficina de Grupo de Referência 1, onde que elas moravam e perceberam que alguns moravam perto. Pensei que o assunto ia gerar mais interesse em visitar o outro ou em marcar algum encontro, mas não saiu disso (...) (Diário de Campo, nº 5).

Acredito que uns dos maiores desafios atuais do CAPS de Taguatinga seja o de criar novas possibilidades de firmamento desses vínculos. Ao mesmo tempo, no entanto, me pergunto qual será o limite de atuação do CAPS nesse assunto específico. Até onde pode o profissional “intervir” nessa relação?

(...) voltei a frisar com eles sobre o assunto. Falei sobre a possibilidade de quem morasse perto do outro de ir junto para o CAPS, de sair no final de semana, de visitá-lo (...). Será que vai surtir efeito? (Diário de Campo, nº 08).

Entramos de forma acolhedora, com o objetivo de ouvir as demandas das pessoas. Isso inclui ouvir o silêncio e aceitar o que foi falado, procurando, no entanto, fugir de cometer uma intromissão, buscando, dessa forma, respeitar o tempo lógico e subjetivo do sujeito.

Houve também dificuldades em separar a vida pessoal da atividade a ser desempenhada:

Hoje não estava me sentindo bem por conta de alguns problemas pessoais (Diário de Campo, nº 7).

Como afirmam Dell’ Acqua e Mezzina (2005), também é importante, dentro de um serviço voltado para o cuidado em saúde mental, dar a devida atenção à subjetividade dos próprios profissionais. Em muitos momentos, esses não se encontram disponíveis para exercer esse trabalho tão complexo.

Entretanto, tais tropeços são comuns e fazem parte do processo de implementação de algum projeto novo. É necessário um tempo para que se estabeleça a familiarização com o mesmo (LOBOSQUE, 2001).

Desta forma, percebeu-se que essa atividade de convivência tem um papel importante no que se refere ao objetivo geral do serviço do CAPS, que é o de promover novas formas de convidar o sujeito a falar, a se expressar (DELL'ACQUA & MEZZINA, 2005). A fala do sujeito é a principal fonte para trabalhar com ele novas formas de subjetivação de seu sofrimento (LOBOSQUE, 2001).

Perguntei a eles como estavam, e Assis disse que estavam bem, e perguntou se eu sabia que Francisco tinha um pênis de 21 centímetros. Disse que não, e Francisco ficou meio sem graça, rindo. Fiquei um pouco surpreso pelo tipo de assunto e pela forma como Assis disse, pois parecia contar um segredo. Aí Assis falou que era só observar o tamanho do sapato dele, que era um sapato muito grande, e que as meninas todas ficavam olhando e já pensando nisso. Francisco riu bastante, meio sem graça, e disse que não. Aí brinquei com ele, perguntando sobre o tamanho do sapato, que devia ser lá pelo 50, e ele disse que não, que era quarenta e três (o sapato realmente parecia ser perto do Nr 50, pois era muito desproporcional, e maior dos que ele costuma usar) (Diário de Campo, nº 6).

Tendo isso em vista, inúmeros ganhos podem ser vinculados a essa proposta de cuidado através da convivência. Quanto maior for a disponibilidade para ouvir o outro, menor será a chance do sujeito entrar em uma crise, por exemplo. Tratado por meio desse dispositivo, seu sofrimento é ouvido e legitimado, ajudando a organizar seu pensamento e suas ações (DELL'ACQUA & MEZZINA, 2005). Fica evidente, no entanto, que não serão em todos os casos que a crise poderá ser evitada através desse tipo de cuidado.

O trabalho, como cita Tenório (2002), é criar possibilidades para que o vínculo seja estabelecido e fortalecido. É estar presente e disponível para o outro, já que o tratamento visa uma relação individual com o usuário e com o espaço coletivo como um todo. As formas de tratamento são consideradas terapêuticas e variam de acordo com a demanda do sujeito.

(...) como é terapêutico e de muita riqueza essa forma de cuidado para com o outro: convivendo. A formulação de vínculo flui naturalmente na convivência e são esses vínculos privilegiados no âmbito dos intercâmbios sociais, tanto entre usuários quanto entre profissionais ou estagiários. É algo que emerge por relações horizontalizadas (Diário de Campo, nº 6).

Disse que iria comer arroz, feijão, linguiça e ovo; brinquei com ela, dizendo que estava melhor que eu, pois iria comer arroz, feijão e carne, e ela se dispôs a dividir o almoço comigo, para que eu não ficasse com fome. Senti-me pequeno em relação a ela, pois se propôs a dividir uma refeição que é trazida e obtida com dificuldade, e ainda assim não se importou em me oferecer. Ela lembrou do dia em que almoçamos juntos no restaurante que fica em frente ao CAPS (no dia 4 de julho, quando a

acompanhei à Fácil para solicitar a 2ª via do cartão do passe livre), e perguntou se não estava mais almoçando lá (Diário de Campo, nº 7).

A convivência é considerada uma forma de tratamento terapêutico no CAPS. Nesse contexto, o estar junto, o fazer junto, é relevante para o tratamento daquela pessoa (TENÓRIO, 2002).

José disse que pra ele também era uma satisfação me rever, e que viria na quarta-feira de tarde para falar com os amigos do grupo (Diário de Campo, nº 3).

A importância da escuta, principalmente na atividade de convivência, se dá pelo fato de se levar a sério a fala do sujeito e, a partir dela, tentar modificar o posicionamento de passividade, recusa ou alienação. Trata-se de um esforço para tentar engajá-lo no tratamento, e esse esforço é um grande desafio que pode contar com a convivência como grande aliada e facilitadora desse processo.

No espaço da convivência, o sujeito é livre para se expressar. Assim, o conteúdo de sua fala surge de forma espontânea, ganhando importância através da escuta e do reconhecimento de que suas experiências de vida são legítimas e singulares (LOBOSQUE, 2001).

Ao me ver, veio me falar que não estava se sentindo bem, dessa forma, procurei um local mais reservado onde pudéssemos conversar melhor. Ele me informou que estava se sentindo mal, pois o pai de uma amiga não o tratava bem. Tornou a mencionar uma carta, que tinha sido entregue a L.L enquanto era atendido, e que os problemas descritos naquele momento não tinham resolvido. Ele se considera que os outros não lhe tratam bem, não se importando com seus sentimentos; que não possui amigos, nem dinheiro, o que lhe incapacita de viver melhor. Afirma que a mãe o infantiliza, mas ao ser questionado sobre o que faz frente a tudo isso, afirma que nada, porque nada tem solução e que ninguém vai resolver o problema dele. O problema dele não tem solução.

Naquele momento fiquei pensando no quanto era importante acompanhar mais de perto o Gabriel, pois em momentos em corredor, os encontros eram rápido demais, sem a possibilidade que o sujeito esgotasse seus sentimentos de menos valor, colocar tudo para fora (...) (Diário de Campo, nº 4).

Todavia, também se torna importante, durante todo esse processo, oferecer escuta à família do sujeito. Dar oportunidade a eles para se expressarem, uma vez que eles compõem a rede de apoio desse sujeito. Logicamente, tal atendimento não será realizado sem o consentimento do usuário do serviço (LOBOSQUE, 2001).

Contou um pouco sobre a história de adoecimento do filho, relatando que ficou com problema na cabeça depois de ter sofrido um acidente de carro (...). Senti arrepio quando ela contava a história, tamanho foi o sofrimento de Marcelo. Disse que o filho tem muita vontade de melhorar com o tratamento, e ela está muito preocupada porque está ficando velha e daqui a pouco irá morrer; tem medo de o filho ficar sozinho no mundo, pois os irmãos todos já se arrumaram, ele é divorciado, e não teve filhos. Deu-me uma tristeza grande em saber que essa é a realidade em grande parte das famílias cujos pais cuidam de filhos com sofrimento psíquico grave (...) (Diário de Campo, nº 9).

É importante frisar, entretanto, que não estamos propondo a convivência como o único dispositivo necessário ao CAPS, mas como um dispositivo a ser articulado com os outros, potencializando o encontro, as relações e as potencialidades clínicas do CAPS de forma geral.

Como o funcionamento do CAPS se dá dentro da instituição e dentro da sociedade/comunidade, vê-se a importância desse tipo de atendimento, que deve sempre integrar o sujeito, tanto no contexto do CAPS, quanto no contexto familiar e social. Desta forma, a convivência é um modo de mergulhar no território existencial do sujeito como um todo (LANCETTI, 2008).

Quando se trabalha dessa forma, facilita-se o processo da reestruturação depois que o sujeito sai de um “surto” ou de uma crise, por exemplo. O vínculo permite um acesso mais rápido ao usuário por um profissional ou outro usuário, que o acolha e o ajude a redimensionar o acontecido. Ajuda, também, dessa forma, na reconstrução de laços quebrados e na busca de novas possibilidades (LOBOSQUE, 2003).

(...) diz o quanto o CAPS se tornou importante para sua vida, pois: “Aqui ninguém se importa se você vem bem vestida ou vem descabelada, aqui ninguém liga pra isso não” e compara: “porque na igreja as pessoas vivem reparando nestas coisas e te olham feio por conta disso”. E, a mesma usuária, dirige-se à usuária nova dizendo que “você vai gostar daqui”, que desencadeia a seguinte resposta: “Já estou gostando...”. Ao longo deste diálogo, reparo que D^a Priscila parece estar mais tranquila, já não balançava mais os pés freneticamente e continuamente. Priscila diz a esta outra senhora: “tudo vai melhorar” da qual retribui: “Se Deus quiser, vai melhorar para nós duas”. Ambas trocam olhares, sorrisos e afetos (Diário de Campo, nº 8).

Hoje, chega ao CAPS e quando vê que “alguém está muito mal” tenta ajudar. Disse: “a gente vai convivendo com pessoas diferentes aqui no CAPS e vai criando algum tipo de laço. Acho que vocês também, estudantes, profissionais também sentem isso né”. Concordo plenamente com ela, digo que na convivência formamos vínculos muito fortes, até mesmo com o CAPS que representa o espaço viável para esta convivência. Mas ao longo desta conversa, começo-me a sentir melhor, esqueço-me de alguns dos meus problemas, a convivência me fez bem (Diário de Campo, nº 5).

Outro ganho positivo observado na atividade de convivência foi a possibilidade de promoção da autonomia de alguns frequentadores. O sujeito pode entrar em um processo no qual se torna o protagonista de sua história de vida, tomando as rédeas de sua vida e realizando decisões (LOBOSQUE, 2003).

Marcelo parecia ser o coordenador da atividade, pois transitava de um local ao outro, cuidando para que as pessoas interagissem entre si, e por vezes sentando com alguns para jogar damas. Ensinou Laerte a jogar, e interagiu com César, Mariana e alguns outros nesse jogo (Diário de Campo, nº5).

Disse-me que iria começar a ensinar artesanato no grupo, pois era muito boa nisso. Já teve até um Box na feira da torre (Diário de Campo, nº 8).

Acredito, entretanto, que o maior ganho na atividade de convivência foi o fortalecimento do vínculo com os usuários do serviço. Neste espaço, o profissional – no caso específico desta pesquisa, a pesquisadora e os alunos/pesquisadores auxiliares – trata o sujeito de acordo com sua singularidade e não segundo seu diagnóstico. Desta maneira, promovem-se trocas sociais de maneira horizontalizada, desconstruindo, desta forma, as relações de poder caracterizadas pelas relações hierárquicas (AMARANTE, 1996; BASAGLIA, 1985; LOBOSQUE, 2001).

Esse episódio com D^a Fernanda me levou a pensar sobre o como os vínculos se fortalecem na medida em que convivemos. Visto que foi na convivência que a conheci, não em uma oficina, sob o papel de estagiário, mas conhecendo-se na convivência. Sinto que este vínculo acaba se tornando pessoal enquanto convivemos, essa confiança que ela tem em mim para “contar segredos” ou acontecimentos marcantes de sua vida possui grande potencial terapêutico, pode-se dizer (Diário de Campo, nº 8).

Fiquei admirada ao ver como que a Karla começou a se mostrar, a mostrar seu sofrimento. Karla é uma usuária que está sempre tão preocupada com os outros que os momentos em que pede para conversar comigo são tão preciosos (Diário de Campo, nº 10).

É importante frisar que muitas falas dos usuários surgem de forma espontânea na atividade de convivência. Essa realidade evidencia a quebra de paradigma em relação aos modelos clássicos de atendimento clínico em psicologia, onde o sujeito muitas vezes pode ser invadido por técnicas e abordagens terapêuticas.

Na convivência, o profissional não se utiliza de forma explícita de seus saberes técnicos. Desta forma, o vínculo torna-se cada vez mais forte e íntimo. No entanto, é de suma importância reconhecer que esses saberes influenciam no cuidado com o outro e no manejo terapêutico. É dever do profissional, portanto, estabelecer limites

para que esse vínculo seja utilizado na forma de cuidado com o sujeito (ROTELLI, 2007).

Achei aquele clima no ônibus de muita descontração, e acredito que os usuários tenham ficado à vontade com nossas posturas, longe daquele local de tratamento, sem nos ver com aquele “ar” de “doutores” – ainda que fosse por alguns instantes, e por parte de alguns que apesar de falarmos sobre o contrário, insistem em nos chamar assim (Diário de Campo, nº11).

Dessa forma, vê-se a convivência como uma forma de cuidado que minimiza as possibilidades de violência na relação, assim como também as formas de preconceito. O desafio é não torná-la meio de cuidado tutelar e/ou assistencial (LOBOSQUE, 2003).

Fico surpreso com este episódio, pois nunca havia ouvido a voz dela. Reflito se o fato de D^a Priscila tê-la tratado com afeto, a deixou mais confortável para interagir e nos contar uma demanda atual de sua vida. E isso se dá através convivência (Diário de Campo, nº 7).

Outro ganho, com a atividade de convivência, é a possibilidade de reconstrução da visão que a sociedade tem do sujeito com sofrimento intenso. A convivência evidencia a importância da vida do sujeito em sociedade e traz a ideia de que a sociedade pode funcionar em uma lógica de desinstitucionalização.

Ele disse que está sentindo-se bem, e que em virtude da aula de informática que está fazendo na UCB, não poderia vir mais para o grupo da Locomotiva na quarta-feira (Diário de Campo, nº 2).

Desta forma, a convivência possui o papel importante de superação do estigma da loucura ainda presente na sociedade atual brasileira. Por meio desse estigma, vê-se no outro sinais de incapacidade, de periculosidade, taxando-o de incapaz e excluindo-o mais uma vez do seu papel de cidadão. Já na convivência, descobrimos as pessoas em suas singularidades e potencialidades, para além, muito além de um diagnóstico.

5.3. Ações Potencializadoras da Convivência dentro do CAPS

Neste último momento da análise de dados, será problematizada a questão referente ao trabalho de equipe dentro do CAPS de Taguatinga, assim como a importância de uma equipe integrada nos serviços substitutivos em saúde mental.

Outro aspecto a ser discutido refere-se à reflexão frente às diferentes formas de potencialização da convivência como dispositivo clínico dentro do CAPS.

A convivência favorece um olhar relacionado à nova forma do cuidado em saúde mental, na qual esse cuidado é um cuidado não caracterizado pela tutela e pelo assistencialismo. Ao contrário, caracteriza-se por um cuidado no qual o profissional se torna disponível para o sujeito, o acolhe e o ajuda durante todo o período de seu tratamento na instituição. Busca-se, assim, fornecer novas possibilidades de o sujeito subjetivar seu sofrimento, além de estimular a criação de vínculos com outras pessoas, para que sua rede de apoio seja mais ampla e mais segura (LOBOSQUE, 2001; TENÓRIO, 2002).

Deste modo, a convivência possibilita também uma nova forma de enxergar a loucura. Esse novo olhar articula-se com o conceito de desinstitucionalização da experiência basagliana, na Itália, que é a base teórica do projeto da reforma psiquiátrica no Brasil (LOBOSQUE, 2003).

A partir da análise da atividade de convivência no CAPS de Taguatinga, realizada através desta pesquisa, percebe-se que esta se caracteriza por ser uma prática inovadora. Nessa prática, busca-se o objeto contrário da lógica manicomial, ou seja, vai contra a lógica da forma de cuidado assistida, violenta e tutelar dos hospitais psiquiátricos. Promove um espaço onde a troca é valorizada, onde a escuta é disponível, onde o acolhimento é eficaz (AMARANTE, 2007; TENÓRIO, 2002; LOBOSQUE, 2001).

É a partir dessa realidade que se começa a pensar sobre a convivência como um dispositivo clínico, uma vez que multiplica e potencializa as trocas sociais, criando situações em que a experiência de vida do sujeito faz sentido, onde o sofrimento do sujeito é considerado e legitimizado (ROTELLI, DE LEONARDIS & MAURI, 1986).

Ao final da conversa ela disse que me achou muito simpático e que gostou de conversar comigo, expressei o mesmo sentimento para com ela. Esta conversa foi muito confortante para mim, que estava um pouco ansioso por conta do episódio com o Grupo Terapêutico. Refleti sobre como a convivência emerge em uma relação dialética, onde ocorrem trocas intensas, que beneficiam ambas as partes. Logo, sendo terapêutico não somente para o sujeito em sofrimento psíquico (Diário de Campo, nº4).

O foco do trabalho não é na cura, mas sim no processo de ajuda ao sujeito para ele possa se reinserir na sociedade, voltar a trabalhar, enfim, buscar novas

possibilidades para ele e ajudá-lo a enfrentar os novos desafios de uma vida integrada (LOBOSQUE, 2003).

(...) uma funcionária da limpeza vê seus trabalhos, elogia-os e diz que ao final do ano, gostaria de comprar cerca de vinte panos de prato para dar para família. D^a Rosário se anima com a proposta, diz que já vai “colocar a mão na massa” (Diário de Campo, nº 5).

Desta forma, o CAPS desempenha importante papel como um serviço substitutivo de saúde mental. Nele, objetiva-se a promoção de cultura, de socialização, de autonomia e de cidadania dos usuários do serviço. Devido a esse lugar ocupado pelo CAPS é que os sujeitos podem e conseguem criar vínculos e se expressar livremente, sem medo de ser julgados, já que esta instituição se torna um local de referência, a segunda casa, uma família acolhedora para os usuários.

Tive uma sensação muito grande de gratidão por aquele lugar, organizando algumas coisas que estavam fora do lugar, apagando algumas luzes e fechando algumas portas. Ao fazer isso, senti como se estivesse em casa, ainda mais que a chuva e o vento tomavam conta das dependências; a sensação de conforto daquela casa do CAPS é muito grande, a ponto de você sentir isso mesmo, de estar em casa (Diário de Campo, nº12).

Desta forma, torna-se necessário refletir sobre o trabalho realizado no CAPS, assim como sobre a equipe que compõe o corpo de profissionais da instituição. Esse é um trabalho que produz e possibilita a cidadania do sujeito que sofre intensamente, lutando por seus direitos e instigando o mesmo a fazer parte dessa luta, promovendo a sua autonomia e o processo de se tornar protagonista de si mesmo e de sua vida (LOBOSQUE, 2003).

Essa estratégia que busca a legitimação dos direitos do sujeito com sofrimento psíquico possui grande impacto nas discussões realizadas em relação ao estigma da loucura presente no discurso da sociedade brasileira. Possibilita-se, assim, mais uma forma de quebrar esses estigmas ligados à lógica manicomial, de doença mental.

Seria muito bom se o CAPS fosse um local, sobretudo de convivência, onde tivéssemos relações harmônicas entre todos, sem muitas formalidades. E que apesar de não termos chegado ainda a isso, que é um local que ajuda as pessoas a melhorarem, e ficarem “estáveis”. São muitos os casos de sucesso, mas ao mesmo tempo poucos os casos em que pessoas conseguem a reinserção social, com um trabalho, a resolução de um conflito familiar, uma família. Este é um desafio que teremos que enfrentar, e é dever nosso lutar por um futuro mais digno para essas pessoas – que começa com uma convivência mais digna (Diário de Campo, nº 11).

É importante, ainda, frisar o relevante papel da convivência na construção de um novo olhar para a saúde mental. Exerce a função de promover a desconstrução da ideia de que um tratamento deve ser baseado na lógica da violência, do preconceito.

Da forma como a convivência ocorre dentro do CAPS, na Atividade de Convivência, especificamente, fica evidente seu potencial como estratégia que visa um novo olhar e uma nova forma de entender e trabalhar com o cuidado nos serviços substitutivos. Fica claro, porém, que este é um desafio, já que a convivência não é sempre harmoniosa. Como esclarece Lobosque (2001), a convivência também é marcada por momentos de dificuldades, de brigas, de desencontros. No entanto, é importante ressaltar que o conflito também faz parte do conviver com o outro, e isso potencializa ainda mais a realidade da reinserção social do sujeito. Uma vez que é comum que esse se desentenda com outras pessoas, é importante estabelecer o desentendimento como parte do processo e do amadurecimento pessoal.

Realmente a convivência é difícil, estar disponível para o sujeito com sofrimento psíquico grave é difícil, mas ao mesmo tempo é um difícil agradável – mesmo que uma parte de nós seja removida após o contato com as pessoas. E o que é nossa vida, senão um misto de chegadas e partidas, contatos, interações, relações, sentimentos, e um até logo? (Diário de Campo, nº 12).

Outro aspecto importante de reflexão refere-se ao trabalho do profissional. Este trabalho caracteriza-se por uma busca constante do equilíbrio entre estar disponível para o outro, sem se implicar no processo na forma do cuidado assistencial, já que não é objetivo o cuidado de forma tutelar.

O profissional ainda tem que ter a sensibilidade, como já foi abordado no segundo momento da análise de dados, de reconhecer seus limites.

(...) percebi que hoje não estava conseguindo-me disponibilizar para a escuta do sofrimento do outro. Tentei, tentei e tentei de novo. Acho que por hoje não vou conseguir mesmo... Karla até comentou que hoje eu não estava bem e deveria descansar um pouco no andar de cima enquanto não havia ninguém. Percebi meu limite e subi, onde pude ficar um pouco em silêncio. Momentos depois eu desci, o CAPS já estava cheio. Vi que estava mais disposta e consegui fazer a atividade de convivência (Diário de Campo, nº 5).

Ao falar de profissional, torna-se importante discutir sobre o funcionamento da equipe como um todo.

Cássia me recebeu de forma muito atenciosa, ao lado da escada no andar de baixo; estava conversando com a Adriana e alguns usuários. Passei a situação a ela, falando o que Camila havia me relatado, e ela achou melhor que ela falasse direto com a Socorro. Subimos juntos a escada, e transmiti à Vanessa essa solução. Ela ficou mais tranquila, e me agradeceu (Diário de Campo, nº 7).

Fica evidente que o trabalho perpassa por todos e, nesta situação, ficou claro que a disponibilidade da gerente do CAPS em atender o estagiário e ajudá-lo a resolver uma situação particular fez toda a diferença no sentir-se acolhido.

Porém, a atividade de convivência não foi muito bem entendida por todos os profissionais, que não veem a importância da convivência como forma de cuidado no CAPS:

Enquanto conversava com as pessoas, Letícia passou e disse: “Tá de boa né Harry, só na convivência”. Não falei nada, e as pessoas nem repararam também, até porque a passagem dela foi bem rápida. Alguns profissionais não entendem a atividade de convivência, mas só quem passa por ela sabe o quanto é importante para todos nós, com efeitos que são profundos e significativos. Espero que num futuro próximo – final do ano agora, rs - tenhamos profissionais que se conscientizem da importância dela (Diário de Campo, nº 6).

A convivência possui um papel bastante significativo, mas por vezes é menosprezada pelos próprios profissionais. Há, entretanto, situações críticas, delicadas, que podem ser contornadas utilizando-se do vínculo feito durante a convivência, como exemplificado no registro abaixo:

Ao chegar à entrada do CAPS, vi que Rita estava sendo contida pelo professor Marcus (enfermagem), Batista (mestrado), Pedro (segurança) e Andréa (psicóloga). Não havia nenhum usuário perto, fruto da orientação que tiveram para não ficarem no local. Quando cheguei, Pedro se afastou para prover a segurança do CAPS. Rita estava muito forte, e ajudei a segurá-la; eu considerei toda aquela situação normal, sem me abalar (...). Procurei falar no ouvido dela, chamando-a pelo nome (...), juntamente do professor Marcus. Ela começou a deitar de bruços no chão, mas parecia não ouvir o que estávamos falando. O sofrimento era muito intenso, de alguém que anseia por viver desesperadamente, ao mesmo tempo que enuncia que quer se matar. Rita brigava com as vozes através do corpo, e elas comandavam sua cabeça. Assim que deitou, acalmou-se um pouco (...). Passou a escutar a voz de Andréa, que pedia para que ela olhasse para cima, e reconhecesse sua voz; Rita olhou um pouco, mas voltou a gritar, falando que as vozes estavam mandando ela se matar. Quando esboçou que ia dar cabeçadas no chão, Andréa colocou as pernas logo abaixo da cabeça, e passou a segurá-la, para que não se ferisse. Ela estava sendo segurada nos braços por nós, para que não se machucasse ou machucasse alguém da equipe. Percebi que as cabeçadas no chão poderiam ser mais uma tentativa do corpo lutar contra a cabeça e seus comandos. Andréa voltou a falar com ela de forma mais veemente, pedindo para que respirasse fundo, e começamos a acariciá-la. Letícia e Cássia trouxeram alguns colchonetes, para que ela não ficasse em contato direto com o chão, ou se machucasse com os movimentos de atrito. Depois de alguns minutos, ela passou a escutar Andréa, que perguntou a ela se estava nos ouvindo; ela respondeu que sim. Perguntei então a ela no ouvido se não gostaria de que levantássemos ela, para sairmos da rua, e ela respondeu que sim.

Ajudamos a levantá-la, e andamos juntos para a sala de TV. Na sala, Cássia afastou as cadeiras, e colocou alguns colchonetes no chão. Ela se deitou, e permanecemos eu, Batista e Andréa, que voltou a conversar com ela. Andréa pediu que olhasse para ela, perguntando quem era, e ela começou a chorar desesperadamente, chamando “mamãe! Mamãe! Mamãe!”. Andréa e eu começamos a fazer carinho nela, passando a mão nas costas e nos cabelos de Rita. Após o choro, e aos poucos, Rita foi voltando à consciência, passando a reconhecer nossas vozes e rostos, e parecendo estar surpresa por aquela situação toda. Eu e Andréa continuamos fazendo carinho nela, procurando orientá-la a respirar. (...). Andréa pediu a ela que cantasse uma música, ao que foi atendida. A voz de Rita era muito bonita cantando, e naquele momento foi o que – acredito eu – acabou acalmando-a (...). E uma inquietação vem junto com tudo isso, que é a de como fazermos para ensinar à sociedade uma forma de escutar o sujeito naquilo que ele está falando? (Diário de Campo, nº 13).

Percebi, entretanto, que há muitos profissionais no CAPS de Taguatinga que favorecem a integração da equipe, que possuem uma abertura para a escuta e o acolhimento dos usuários e dos estagiários. Há, principalmente por parte de uma das psicólogas e da gerente, um cuidado muito grande com o outro.

Usuários, estagiários e profissionais estavam misturados, sem mesas ou cadeiras ou propostas a serem organizadas; simplesmente pelo ato de conviver. E esse acredito que tenha sido o ponto alto da atividade: convivermos, estarmos juntos, sem ter obrigação de nada, com naturalidade, sem imposições, sem objetivos definidos. Todos se sentiram muito à vontade, e foi extremamente agradável ter passado aquela manhã daquela forma (Diário de Campo, nº 10).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, depois das articulações e reflexões expostas neste presente trabalho, a importância da convivência no papel de promotora de transformações na forma de cuidado em instituições como o CAPS – espaço de estudo dessa pesquisa. O foco do tratamento é o sujeito e não seu diagnóstico, rompendo, desta maneira, com o modelo hospitalocêntrico, que colocou o sujeito que possui algum tipo de sofrimento psíquico à margem da sociedade (LOBOSQUE, 2003).

Lobosque (2001) nos alerta sobre o processo de desinstitucionalização em saúde mental, tendo como carro chefe a convivência.

Os serviços de Saúde Mental, ao se tornarem mais acolhedores, tornam-se também mais ágeis: rompem com a lógica que faz dos serviços um local de depósito e preenchimento do ócio, onde o paciente permaneceria porque “não tem onde ficar” ou porque “não tem o que fazer”. É preciso, afinal, lidar de outra forma com o vazio e os lugares que faltam!

O trabalho da permanência-dia coloca para todos os trabalhadores, da gerente ao motorista, os problemas suscitados pela frequência de um mesmo espaço por diversas pessoas em crise (LOBOSQUE, 2001, p. 27).

É a partir da convivência que se torna legítima a experiência da loucura como processo subjetivo do sujeito. Esse sujeito agora possui direitos e deveres de cidadão, que foram tirados dele na época dos manicômios. Essa mudança de paradigma possibilita, no momento atual, a convivência do sujeito com seu sofrimento e com a própria instituição, que possui o papel primordial de acolhê-lo e ajudá-lo na sua reinserção social e no seu tratamento de modo geral.

Desta forma, a convivência nos diferentes espaços caracteriza-se como um movimento que promove a dialética entre a sociedade e a loucura, onde o sujeito se torna ativo no processo dessa transformação do imaginário social frente a essa temática. O conviver se torna possível e se configura como uma estratégia, estratégia essa que visa integrar o sujeito de volta na sociedade e também a criação de vínculos e redes/apoios sociais, para que o mesmo não fique dependente dos serviços do CAPS (BASAGLIA, 1985; LOBOSQUE, 2001; TENÓRIO, 2002).

Assim, o CAPS possui um papel importante no engajamento do serviço em abrir possibilidades para os frequentadores do mesmo, além do papel de socialização com a comunidade e com as famílias dos usuários do serviço. Mostra-se, então, como é importante esse trabalho e a necessidade do fortalecimento desses dispositivos e da

rede de serviços substitutivos como um todo (ROTELLI, DE LEONARDIS & MAURI, 1986). Esse processo ajudará na promoção de um maior alcance da desinstitucionalização, no sentido de superar e romper com as antigas formas de estratégia de tratamento e de assistência no campo da saúde mental.

A convivência, desta forma, estará sempre incluída em um movimento de reinvenção, refletindo sobre essa temática, sobre novas formas de cuidado, de saberes teóricos e de novas formas de atuações profissionais na área de saúde.

Porém, ao refletir sobre o papel da convivência pensa-se, primordialmente, nas diferentes maneiras de cuidado. Cuidado esse que está implicado no outro, no fazer junto, no estar junto com o outro (FIGUEIREDO, 2007). Com isso, a convivência exerce a função de promover a liberdade, a autonomia do sujeito com sofrimento psíquico grave e de inserção nos espaços sociais como um sujeito livre.

Com isso, conclui-se que, para o estudo frente a uma temática tão complexa como a convivência, nada melhor do que utilizá-la, ela própria, como metodologia de pesquisa. É a partir desse movimento que emergem uma gama de reflexões e questionamentos acerca de como potencializar e problematizar a convivência.

Devido às reflexões expostas neste trabalho, torna-se necessária uma pesquisa com abordagem mais profunda e estudos que problematizem essa temática, não só no campo da psicologia, mas em outros palcos, uma vez que há poucos referenciais teóricos frente à convivência.

Sugiro também, para futuros estudos, estudar o papel da convivência enquanto dispositivo clínico e político em outros serviços e programas da política nacional de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 2ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho. **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. 4ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, 142 p.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria Alternativa: Contra o Pessimismo da Razão, o Otimismo da Prática**. São Paulo: Editora Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, Franco. As Instituições da Violência. In: Basaglia, F. (Org.) **Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico**, A. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, 326 p.

BEAUCHESNE, Hervé. **História da psicopatia**. 1ª ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1989. 174 p.

COSTA, Ileno Izídio. **Manual de Orientação do GIPSI**. Brasília: Kaco Editora, 2010.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza; SATO, Miki Takao; ANTONELI, Patrícia de Paulo; GUIMARÃES, Paulo Octávio da Silva. **Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber**. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2202.pdf> Acesso em: 25, maio, 2013.

ESLABÃO, Adriane Domingues; COIMBRA, Valéria Cristina Christello; KANTORSKI, Lucine Prado; FRANZMANN, Uniasser Thomas. **Estudo de Caso de um Centro de Atenção Psicossocial**. Disponível em: https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=17d8988004&view=att&th=13e9e2189ed95cbd&attid=0.3&disp=inline&realattid=f_hgnpbke22&safe=1&zw&saduie=AG9B_P_dxyb-JyRIX6ry29780-1S&sadet=1371418368863&sads=EPZ1cmtsILdfNr-ZKq0wH8dGAb0 Acesso em: 05, mar. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, Ética e Política: escritos militantes**. 1ª ed. Casa do Psicólogo, 2003, 237 p.

DELL' ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise. In: AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2005, v. 2, p. 53-78.

FALKEMBACH, Elza Maria. Diário de campo: um instrumento de reflexão. In: **Contexto e educação**. Ijuí, RS, 1987, p. 19-24.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. **A Metapsicologia do Cuidado**. *Psychê*, 2007, XI, 21, 13-30.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994, 99 p.

GULJOR, Ana Paula Freitas. **Os Centros de Atenção Psicossocial: um Estudo sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental**. 2003. 197f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/4710/2/568.pdf> Acesso em: 01 dez.2012.

GOFFMAN, Ervin. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.

GODOY, Arilda Schmidt. **Uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem essa metodologia de pesquisa em Ciências Sociais**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf> Acesso em: 04, abr. 2013.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Caminhos e Desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: Os Processos de Construção de Informação**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100036&script=sci_arttext Acesso em: 19, abr. 2013.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. 3ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2008, 127 p.

LOBOSQUE, Ana Maria. (2003). **Clínica em Movimento: Por uma Sociedade sem Manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003, 200 p.

LOBOSQUE, Ana Maria. (2001). **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001, 176 p.

MECCA, Renata Caruso; DE CASTRO, Eliane Dias. **Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental**. Disponível em: https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=17d8988004&view=att&th=13e9e2189ed95cbd&attid=0.4&disp=inline&realattid=f_hgnpbn223&safe=1&w&saduie=AG9B_P_dxyb-JyRIX6ry29780-1S&sadet=1371418372391&sads=k-yqZLZUpnSyoRXC1qEXUOigUUU Acesso em: 04, abr, 2013.

MELLO, Rosâne; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. **Representações de Usuário, Familiares e Profissionais Acerca de um Centro de Atenção Psicossocial**. Esc Anna Nery Revista Enfermagem, 2008, set. 12 (3): 457-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a10.pdf> Acesso em: 01 dez. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 29ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1. Acesso em: 12, nov. 2012.

Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf Acesso em: 15, junh. 2013.

Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf> Acesso em: 15, junh. 2013.

Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: 25, nov. 2005.

Ministério da Saúde. **Relatório Final: IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf Acesso em: 20, abr. 2013.

Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório Final**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf Acesso em: 20, abr. 2013.

PEIXOTO, Maristela Jaqueline Reis; CASSEL, Paula Argemi; MORAIS, Natália de Moaria; DIAS, Hericka Zogbi Jorge. **Ambiente de Convivência como uma Alternativa Terapêutica em um CAPSi**. Disponível em: http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=3080 Acesso em: 06 nov. 2012.

RABELO, Antonio Reinaldo; MATTOS, Anne Alice Quaresma; COUTINHO, Domingos Macedo; PEREIRA, Nelson Nunes. **Um Manual para o CAPS: Centro de Atenção Psicossocial**. 2ª ed. Bahia: EDUFBA, 2006, 250 p.

RESENDE, Tania Inessa Martins. **A convivência como dispositivo clínico e político no contexto da assistência em saúde mental no Brasil**. 2011. 23f. Projeto de Pesquisa (Doutorado). Universidade de Brasília, Programa de pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília.

ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. In: Nicácio, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

ROTELLI, Franco. Formação e Construção de Novas Instituições em Saúde Mental. In: Amarante, Paulo Duarte Carvalho (Org.) **Saúde Mental, Formação e Crítica**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Laps, 2007.

ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI Diana. (1986). **Desinstitucionalização**. In: NICÁCIO, Fernanda. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2001, 112 p.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. **O Centro de Atenção Psicossocial e as Estratégias para Inserção da Família**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf> Acesso em: 30, nov. 2012.

SIDRIM, Maria Ifigênia Costa. (2010). **As Representações Sociais da Reabilitação Psicossocial: um estudo sobre o CAPS**. Curitiba: Juruá, 2010, 152 p.

SOUZA, Ândrea Cardoso. **Ampliando o Campo da Atenção Psicossocial: A Articulação dos Centros de Atenção Psicossocial com a Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a12.pdf> Acesso em: 30, nov. 2012.

TACCA, Maria Carmen Villela Rosa. Além de Professor e Aluno: a Alteridade nos Processos de Aprendizagem e Desenvolvimento. In: MARTÍNEZ, Albertina Mitjans; SIMÃO, Livia Mathias. **O outro no Desenvolvimento Humano: Diálogos para a Pesquisa e a Prática Profissional em Psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

TENÓRIO, Fernando. **A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TRIPP, David. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ep/v31n3/a09v31n3.pdf> Acesso em: 02, nov. 2012.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; WEINGARTEN, Richard; LEME, Carla C. Cavalcante Paes; NOVAES, Patrícia Ramos. **Reinventando a Vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro – São Paulo: Hucitec, 2006.

APÊNDICES

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, já assinados, foi apresentado para os profissionais ou estagiários e usuários (e/ou acompanhantes, caso o usuário possua representante legal). Nesta ocasião todos os participantes foram informados sobre o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa sem nenhum prejuízo, a disponibilidade para esclarecimento de quaisquer dúvidas e a manutenção do sigilo como direito e dever ético. Também, os participantes foram informados quanto aos objetivos e a utilização de informações obtidas, bem como acerca da participação, que será livre e voluntária. Esta participação não acarretará quaisquer gastos financeiros ou prejuízos na assistência oferecida pelo CAPS. Não há critério de exclusão, caso o participante manifeste vontade de participar da pesquisa, após a explicação da mesma, poderão se inscrever.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) usuário ou acompanhante,

Estamos realizando o projeto de pesquisa “A convivência como dispositivo clínico e político no contexto da assistência em saúde mental”. Nosso objetivo é compreender como a convivência pode ajudar a alcançar os objetivos do serviço (CAPS), tanto em relação aos resultados terapêuticos quanto em relação ao objetivo de inclusão social. Pretendemos realizar atividades de convivência e grupos de discussão com profissionais e usuários do serviço. Todas as etapas da pesquisa serão realizadas pela pesquisadora (Psicóloga) e por alunos de Psicologia, devidamente autorizados. Nosso estudo exige que possamos registrar, por escrito e em gravador de *audiotape*, a participação dos usuários nas atividades. Assim, gostaríamos de convidá-lo a participar deste estudo (ou autorizar a participação de seu parente). A sua participação certamente nos ajudará a entender melhor como se dá o tratamento e como a instituição pode melhorar suas atividades para o alcance de resultados terapêuticos e para a inclusão social.

Todas as informações coletadas são estritamente confidenciais. Se você concordar em participar do estudo, sua identidade será mantida em sigilo. Somente os pesquisadores, terão acesso a suas informações. Os resultados serão divulgados em artigos científicos, preservando os dados de identificação, e os dados obtidos com a pesquisa serão apresentados, em forma de devolução para a equipe e usuários do CAPS. Você não terá nenhum tipo de despesa com a pesquisa, bem como nada

será pago por sua participação. Informamos que você pode desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Caso você não queira participar (ou autorizar a participação de seu parente), a (o) usuária (o) continuará recebendo os mesmos cuidados recebidos até então no CAPS. Na intenção de comunicar-se conosco sobre esta pesquisa, favor entrar em contato com Tania Inessa Martins de Resende, pelo *e-mail*: taniainessa@gmail.com. Se você aceitar nosso convite, solicitamos assinar seu nome na linha abaixo.

Agradecemos muito a sua colaboração.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com você.

Pesquisadora Responsável

Tania Inessa Martins de Resende

Nome / assinatura (usuário)

Nome / assinatura (familiar)

Brasília, ____ de _____ de _____.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) profissional,

Estamos realizando o projeto de pesquisa “A convivência como dispositivo clínico e político no contexto da assistência em saúde mental”. Nosso objetivo é compreender como a convivência pode ajudar a alcançar os objetivos do serviço (CAPS), tanto em relação aos resultados terapêuticos quanto em relação ao objetivo de inclusão social. Pretendemos realizar atividades de convivência e grupos de discussão com profissionais e usuários do serviço. Todas as etapas da pesquisa serão realizadas pela pesquisadora (Psicóloga) e por alunos de Psicologia, devidamente autorizados. Nosso estudo exige que possamos registrar, por escrito e em gravador de *audiotape*, sua participação nas atividades. Assim, gostaríamos de convidá-lo a participar deste estudo. A sua participação certamente nos ajudará a entender melhor como se dá o tratamento e como a instituição pode melhorar suas atividades para o alcance de resultados terapêuticos e para a inclusão social. Este será o maior benefício de sua contribuição, além da reflexão sobre sua atuação como profissional.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Se você concordar em participar sua identidade será mantida em sigilo. Somente os pesquisadores, terão acesso a suas informações. Os resultados serão divulgados em artigos científicos, preservando nomes e dados de identificação, e os dados obtidos com a pesquisa serão devolvidos, de forma presencial e oral, para a equipe e usuários do CAPS. Você não terá nenhum tipo de despesa com a pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Informamos que você pode desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Na intenção de comunicar-se conosco sobre esta pesquisa, favor entrar em contato com Tania Inessa Martins de Resende, pelo *e-mail*: taniainessa@gmail.com. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Agradecemos muito a sua colaboração.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com você.

Pesquisadora Responsável

Tania Inessa Martins de Resende

Nome / assinatura (profissional do CAPS)

Brasília, ____ de _____ de ____.