

KARINE CAMBUY

**EXPERIÊNCIAS COMUNITÁRIAS EM SAÚDE MENTAL:
REPENSANDO A CLÍNICA PSICOLÓGICA NO SUS**

PUC - CAMPINAS

2010

KARINE CAMBUY

**EXPERIÊNCIAS COMUNITÁRIAS EM SAÚDE MENTAL:
REPENSANDO A CLÍNICA PSICOLÓGICA NO SUS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida - PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutor de Psicologia: área de concentração como Profissão e Ciência.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Martins Amatuzzi

PUC - CAMPINAS

2010

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t157.9 Cambuy, Karine.
C178e Experiências comunitárias em saúde mental: repensando a clínica psicológica no SUS / Karine Cambuy. - Campinas: PUC-Campinas, 2010. 310p.

Orientador: Mauro Martins AmatuZZi.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui anexos e bibliografia.

1. Psicologia clínica da saúde. 2. Serviços de saúde comunitária.
3. Serviços de saúde mental comunitária. 4. Pessoal da saúde pública.
5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. AmatuZZi, Mauro Martins. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

18ª.ed.CDD – t157.9

KARINE CAMBUY

**EXPERIÊNCIAS COMUNITÁRIAS EM SAÚDE MENTAL:
REPENSANDO A CLÍNICA PSICOLÓGICA NO SUS**

BANCA EXAMINADORA



Presidente: Prof. Dr. Mauro Martins AmatuZZi



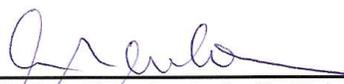
Profa. Dra. Márcia Hespanhol Bernardo



Profa. Dra. Vera Lúcia Trevizan de Souza



Profa. Dra. Maria Luisa Sandoval Schmidt



Profa. Dra. Maria da Piedade Romeiro de Araújo Melo

***Dedico este trabalho a minha
família, que sempre esteve ao
meu lado, incentivando e
apoiando os meus sonhos.***

AGRADECIMENTOS

À Deus que está sempre de mãos dadas comigo, abrandando meu coração e me fortalecendo para os desafios da vida.

À mãe Sônia, pelo seu amor, carinho, pela 'corujisse' e por me ensinar dentre tantas coisas, a importância da determinação.

À mãe-avó Rosa, por sua grandeza de coração e por tornar a minha vida todos os dias mais doce e mais bela.

Ao pai-avô Higino, pelo zelo, cuidado e carinho.

À tia Márcia e tio Gustavo que praticamente me adotaram como filha. Agradeço pelo carinho, por sempre acreditarem no meu potencial e ajudarem na concretização dos meus sonhos.

À tia Gecira pelo apoio, pela força e por me ver muitas vezes além do que eu mesma posso ver.

Ao Brad, que esteve literalmente ao meu lado em todos os momentos de escrita deste trabalho, por me fazer sorrir até mesmo nos momentos de maior dificuldade trazendo um pouco de leveza a minha vida.

Ao André, meu noivo, companheiro em todos os momentos. Agradeço pelo amor, pelo incentivo e pela enorme paciência.

Ao meu orientador Mauro Martins AmatuZZi, pela sua competência e dedicação ao me conduzir durante todos estes anos, confiando nas minhas idéias e no meu potencial. Por mais que eu tente, faltarão palavras para dizer o quanto lhe sou grata.

Ao grupo de pesquisa (Thais, Pedro, Bruna, Camila e Henri), pelas inúmeras reflexões que tornaram mais rico o processo de pesquisar.

Aos Professores Fernando González Rey e Nilton Júlio de Faria pelas importantes contribuições que fizeram ao meu projeto no momento da qualificação, às quais foram fundamentais para o seu desenvolvimento final.

Às Professoras Márcia Hespanhol Bernardo, Vera Lúcia Trevizan de Souza, Maria Luisa Sandoval Schmidt e Maria da Piedade Romeiro de Araújo Melo, pelas importantes reflexões e contribuições no exame de defesa da tese.

À Tatiana e Thais, pela amizade cultivada desde o mestrado.

À todos aqueles que participam do Fórum de Centros de Convivência de Campinas. Agradeço pela oportunidade de fazer parte deste grupo. Sonhando juntos, transformamos os Centros de Convivência em uma doce realidade para o cuidado em saúde.

À todos aqueles que participaram desta pesquisa, possibilitando reflexões que não só contribuíram para o repensar a clínica a partir dos Centros de Convivência, mas também para que eu me fortalecesse e me aventurasse definitivamente para um novo fazer em saúde mental.

Á toda equipe do Centro de Saúde São José, especialmente à equipe de saúde mental e às apoiadoras distritais Ângela e Ana Carla, pela amizade e pelas reflexões que contribuíram para meu crescimento profissional.

À Lissandra e Edijina, minhas ex-companheiras de trabalho e eternas 'amigas corujas'. Agradeço sinceramente pelo apoio.

À todos aqueles que acreditaram e lutaram pela implementação do Centro de Convivência Bem-Viver.

À toda equipe do Centro de Convivência e Cooperação Tear das Artes incluindo profissionais, apoiadoras distritais (Carol e Clarice), voluntários, parceiros e usuários. Com eles tenho aprendido o verdadeiro significado e a riqueza da convivência.

À Maria Cecília Galletti, supervisora clínica e institucional do Centro de Convivência e Cooperação Tear das Artes. Pelas importantes reflexões que tem feito junto à equipe, qualificando nosso trabalho. Sua experiência tem sido fonte de inspiração constante para minha prática profissional e foi fundamental para esta pesquisa.

À Florianita Coelho Braga Campos, Elza Lauretti Guarido e Valdemar Donizeti de Sousa, pessoas responsáveis pela minha iniciação em saúde pública e pelo meu despertar para a clínica ampliada em psicologia.

Às secretárias da Pós-Graduação Elaine, Eliane, Maria Amélia e Dareide pela disponibilidade, eficiência e principalmente pela imensa paciência.

À CAPES, pelo indispensável incentivo financeiro oferecido ao meu projeto.

Cambuy, K. (2010). *Experiências Comunitárias em saúde mental: Repensando a clínica psicológica no SUS*. Tese de doutorado – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, 310 pp.

Resumo

Esta pesquisa buscou compreender como vivências comunitárias de psicólogos clínicos poderiam contribuir para ampliação do conceito de clínica psicológica em saúde pública. Delimitou-se como campo deste estudo, as vivências a partir dos Centros de Convivência e oficinas de geração de renda. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou o método fenomenológico para coleta e análise dos dados. Participaram desta pesquisa, seis psicólogos clínicos contratados para trabalhar na rede pública de saúde de Campinas-SP que dispunham de carga horária para ações nos Centros de Convivência ou oficinas de geração de renda. Para a coleta dos depoimentos, foram utilizadas entrevistas do tipo não-diretiva ativa, que partiram de um convite feito pela pesquisadora para que os participantes falassem livremente sobre suas experiências de trabalho na comunidade. Além das entrevistas, a pesquisadora também utilizou registros de reflexões sobre acontecimentos significativos a partir do próprio espaço comunitário onde ela atuava como profissional. Os resultados apontaram que a formação em psicologia clínica voltada para aspectos que transcendem a interioridade do sujeito e ações em espaços coletivos é fundamental para o desenvolvimento da clínica ampliada. Além disso, foi possível concluir que os Centros de Convivência são espaços comunitários onde é possível desenvolver uma clínica ampliada que difere da clínica tradicional. A clínica que acontece nesses espaços é um tipo de prática que não se sustenta pelo sintoma ou pela cura. As ações são pautadas a partir do que é saudável no indivíduo. Foram vários os elementos apontados pelos entrevistados que fazem com que os Centros de Convivência sejam potentes para o cuidado em saúde mental de modo que possamos afirmar sua legitimidade clínica. As atividades nas diversas oficinas trazem vários efeitos positivos na vida das pessoas como: resgate ou descoberta de habilidades e competências; aumento da autonomia e da contratualidade; aumento de auto-estima; ressignificação de experiência de vida a partir de uma produção; possibilidade de passagem de um lugar de sujeito incapaz, improdutivo, para alguém capaz de produzir algo de tenha valor social. Pode-se dizer que o ponto alto desta clínica é a própria convivência que se dá nas diversas oficinas, através de relações e encontros pautados pela solidariedade e respeito às diferenças. Considerando a potencialidade dos Centros de Convivência para cuidado em saúde e para a reforma psiquiátrica, aponta-se a importância de legitimá-los dentro da rede pública de saúde a partir de outras sistematizações teóricas que possam traduzir a riqueza das práticas desenvolvidas nesses espaços.

Palavras-chave: clínica ampliada; comunidade, centro de convivência; saúde pública; pesquisa fenomenológica.

Cambuy, K. (2010). *Mental Health Community Experience: Rethinking SUS psychology clinics*. Doctorate thesis – Stricto Sensu Pos Graduate Program in Psychology in Science Center of Life – PUC-Campinas, 310 pp.

Abstract

This research aimed to understand how community practical psychologists experiences could contribute to enlarge the psychological practice concept in public health. This study delimited the community centers experiences and income making workshops. This is a qualitative study that applied the phenomenological method to collect and to analyze the data. Six practical psychologists who were hired to work in Campinas health public centers took part in this study. They were available to work in the community centers and the income making workshops. In order to collect the data, non-directive active interviews were used which were assigned by the researcher so that the participants could talk freely about their work experiences in the community. Besides the interviews the researcher also used afterthoughts files about important situations in the community center where she has worked. The results showed that the psychology practice major toward the aspects that transcend the interiority of the person and goes on in collective places is fundamental to the development of the enlarged practice. So, it was possible to conclude that the community centers are places where you can have an enlarged practice that differs from the traditional one. The practice that happens there is the one that doesn't back by the symptoms or healing. The procedures are lined up from what is healthy in the person. There were several elements showed by the interviewed that make the community centers efficient to care the mental health so that we can assure its legitimacy practice. The activities in the workshops bring several positive aspects in the people's life, such as: abilities discovery and competence, autonomy, contractuality, self-worth improvements, remeaning of life experience from creation, possibility to pass from a incapable person to someone able to produce something with social standards. We can say that the practice highlight is its own social interaction that happens in the several workshops, through relationships lined up by the solidarity and respect of the differences. Regard the community centers potentiality for health care and psychiatric reform, we can point out the importance of legitimate them in the health public service from other theoretical systematizations that can show the practice richness developed in those places.

Key-words: enlarged practice, community, community centers, public health, phenomenological research.

Cambuy, K. (2010). *Experiencias Comunitarias en salud mental: Repensando la clínica psicológica en el SUS*. Tesis de doctorado – Programa de Posgraduación *Stricto Sensu* en Psicología del Centro de Ciencias de la Vida – PUC-Campinas, 310 pp.

Resumen

Esta pesquisa ha buscado comprender como las vivencias comunitarias de psicólogos clínicos podrían contribuir para la ampliación del concepto de clínica psicológica en salud pública. Se ha delimitado como campo de este estudio, las vivencias a partir de los Centros de Convivencia y oficinas de generación de renta. Se trata de un estudio cualitativo que ha utilizado el método fenomenológico para la colecta y análisis de los datos. Han participado en esta pesquisa, seis psicólogos clínicos contratados para trabajar en la red pública de salud de Campinas-SP que han disponido de carga horaria para acciones en los Centros de Convivencia u Oficinas de Generación de Renta. Para la colecta de las declaraciones, han sido utilizadas entrevistas del tipo no-directiva activa, que han partido de una invitación hecha por la pesquisadora para que los participantes hablasen libremente sobre sus experiencias de trabajo en la comunidad. Además de las entrevistas la pesquisadora también ha utilizado registros de reflexiones sobre acontecimientos significativos a partir del propio espacio comunitario donde ella actuaba como profesional. Los resultados han apuntado que la formación en psicología clínica conducida para aspectos que trascenden la interioridad del sujeto y acciones en espacios colectivos es fundamental para el desarrollo de la clínica ampliada. Además de eso, ha sido posible concluir que los Centros de Convivencia son espacios comunitarios donde es posible desarrollar una clínica ampliada que difere de la clínica tradicional. La clínica que ocurre en esos espacios es un tipo de práctica que no se sustenta por el síntoma o por la cura. Las acciones son pautadas a partir de lo que es saludable en el individuo. Han sido varios los elementos apuntados por los entrevistados que hacen con que los Centros de Convivencia sean potentes para el cuidado en la salud mental de modo que podamos afirmar su legitimidad clínica. Las actividades en las diversas oficinas traen varios efectos positivos en la vida de las personas como: rescate o descubierta de habilidades y competencias; aumento de la autonomía y de la contractualidad; aumento de la autoestima; resignificación de experiencia de vida a partir de una producción; posibilidad de pasaje de un lugar de sujeto incapaz, improductivo, para alguien capaz de producir algo que tenga valor social. Se puede decir que el punto alto de esta clínica es la propia convivencia que se da en las diversas oficinas, a través de relaciones y encuentros pautados por la solidaridad y respecto a las diferencias. Considerando la potencialidad de los Centros de Convivencia para el cuidado en salud y para la reforma psiquiátrica, se apunta la importancia de legitimarlos dentro de la red pública de salud a partir de otras sistematizaciones teóricas que puedan traducir la riqueza de las prácticas desarrolladas en estos espacios.

Palabras-clave: clínica ampliada; comunidad, centro de convivencia; salud pública; pesquisa fenomenológica.

Sumário

Agradecimentos.....	iv
Resumo	vii
Abstract.....	viii
Resumen.....	ix
Apresentação	1
Capítulo 1: A inserção do psicólogo no Sistema Público de Saúde	17
1.1 - A entrada do psicólogo nas Instituições Públicas de Saúde no Brasil: Alguns fatores que contribuíram para sua inserção	18
1.2 - A reforma psiquiátrica: novos desafios	21
1.3 - O SUS em Campinas e a inserção da saúde mental	25
Capítulo 2: Repensando as práticas e a formação de psicólogos para o SUS.....	33
2.1 - Repensando as práticas psicológicas no SUS.....	34
2.2 - Repensando a formação para a atuação no contexto do SUS.....	39
2.3 - Em busca de práticas e modelos teóricos que subsidiem transformações.....	43
2.4 - Rediscutindo a clínica psicológica e suas possibilidades de ampliação	47
Capítulo 3: A inserção na comunidade: implicações para a prática psicológica	56
3.1 - Refletindo sobre alguns objetivos e implicações da inserção de psicólogos no contexto comunitário.....	57
3.2 - Os Centros de Convivência e Cooperativas.....	60
3.3 - Os Centros de Convivência em Campinas	64
Capítulo 4: Delineando o caminho da pesquisa.....	68
4.1 - Reflexões metodológicas	69
4.2 - Participantes da pesquisa.....	74
4.3 - Os instrumentos	76
4.4 - Procedimento para a realização das entrevistas e para o relato dos encontros	78
4.5 - Percurso para análise do vivido	80
Capítulo 5: Os significados das práticas e da clínica nos Centros de Convivência para os entrevistados.....	83
5.1 - A compreensão dos significados presentes na vivência de Paula.....	84
5.2 - A compreensão dos significados presentes na vivência de Helena	90
5.3 - A compreensão dos significados presentes na vivência de Daniela	98
5.4 - A compreensão dos significados presentes na vivência de Beatriz	107
5.5 - A compreensão dos significados presentes na vivência de Luana.....	114
5.6 - A compreensão dos significados presentes na vivência de Pedro	122
5.7 - Síntese Geral das entrevistas: Buscando uma estrutura geral do vivido	131

Capítulo 6: O diálogo com outros autores: Em busca de significados mais abrangentes para a clínica da convivência	145
6.1 - Discutindo a formação para a clínica ampliada: a importância da integração da prática com a teoria.....	150
6.1.1 - Integrando diferentes saberes para uma formação ampliada.....	153
6.1.2 - Desafios da formação para a clínica ampliada.....	157
6.2 - Ampliando a noção de clínica psicológica a partir do contato com o campo da saúde pública.....	160
6.3 - A clínica nos Centros de Convivência	169
6.4 - O efeito das atividades e da produção nas oficinas	173
6.4.1 - O efeito das oficinas de geração de renda	176
6.4.2 - A educação como (re)apropriação da vida.....	179
6.4.3 - A Atividade como ressignificação de si e das experiências de vida	180
6.5 - Para além do efeito terapêutico	182
6.6 - A intersecção da clínica com outras áreas e outros saberes.....	184
6.7 - Em busca da autonomia, do empoderamento e da cidadania.....	186
6.8 - A convivência em grupo como cerne da clínica	189
6.9 - A transformação cultural sobre a loucura a partir da convivência.....	195
6.10 - O Papel dos profissionais nos Centros de Convivência	201
6.10.1 - A importância do acolhimento e respeito às singularidades.....	205
6.11 - O Centro de Convivência como lugar de passagem.....	209
6.12 - O papel dos Centros de Convivência para a rede de saúde: O que temos a ensinar?.....	211
6.13 - Alguns desafios decorrentes da prática	214
Tecendo algumas considerações finais	219
Referências.....	223
Anexos	260
Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	261
Anexo II: Relatos das entrevistas.....	262
1- Relato da entrevista com Paula.....	262
2- Relato da entrevista com Helena	267
3- Relato da entrevista com Daniela	272
4- Relato da entrevista com Beatriz.....	279
5- Relato da entrevista com Luana.....	286
6- Relato da entrevista com Pedro	293
Anexo III: Exemplo de como foi conduzida a análise do relato dos depoimentos	301

“Eu vos digo: é preciso ter ainda caos dentro de si, para poder dar à luz a uma estrela dançante” (Friedrich Nietzsche).

Apresentação

Penso que, sempre que iniciamos uma pesquisa, partimos de um incômodo, de uma certa inquietação, de uma pergunta que muitas vezes surge como intuição. Vamos, então, em busca de respostas a essa pergunta, sem saber ao certo onde vamos chegar. Mas nos aventuramos nesse caminho porque há um silêncio que precisa ser rompido. AmatuZZi (2001b) fala desse silêncio como uma intenção significativa, uma mobilização, um desejo que procura se romper no ato da fala. Foi a partir de um movimento por busca de significações para essa inquietação que esta pesquisa se fez presente, buscando compreender como vivências comunitárias de psicólogos clínicos poderiam contribuir para a ampliação do conceito de clínica psicológica no contexto da saúde pública. Essa questão partia de uma compreensão de que era necessário ampliar as práticas psicológicas no contexto do SUS (Sistema Único de Saúde); que a psicoterapia, embora fosse importante em alguns momentos, muitas vezes não respondia às necessidades das pessoas que buscavam os serviços de saúde mental. Minha aposta era pelo desenvolvimento de práticas em saúde mental que fossem produtoras de sentido e que possibilitassem o crescimento humano. Ao mesmo tempo, tanto minha prática profissional como vários estudos, apontavam que o espaço comunitário poderia ser uma possibilidade de ampliação da clínica. No entanto, essa questão não surgiu ao acaso. Na verdade, acredito que a inquietação veio se fazendo presente desde antes de me tornar psicóloga.

Acredito que a questão da clínica ampliada em psicologia no contexto da saúde pública vem desde minha entrada na saúde pública em 2001, quando optei por realizar o estágio obrigatório em clínica em um Centro de Saúde. Nesse estágio, além dos atendimentos individuais e em grupos dentro da Unidade Básica de Saúde, tínhamos a oportunidade de desenvolver trabalhos na comunidade com o objetivo de

prevenção e promoção de saúde. Essa prática era bastante estimulada pela supervisora do estágio. Realizei um trabalho junto com outra estagiária em uma ONG (Organização Não-Governamental) bem próxima ao Centro de Saúde. O trabalho foi desenvolvido com um grupo de adolescentes na faixa etária de 12 a 15 anos. A proposta inicial era discutir questões relacionadas ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) com intuito de que esses próprios adolescentes pudessem posteriormente ser multiplicadores e divulgassem o ECA em escolas do bairro. Além dessa discussão, muitos outros temas eram abordados por solicitação dos próprios adolescentes, como, por exemplo, sexualidade, drogas etc. Foi um trabalho bastante interessante e trouxe bons resultados para o desenvolvimento da capacidade de reflexão crítica dos adolescentes ante problemáticas características dessa faixa etária. Buscando em meu trabalho de conclusão de estágio, em que eu relato essa experiência, eis o que encontrei como objetivo: “Este estágio tem por objetivo fazer com que o aluno entre em contato com um campo fora do espaço tradicional clínico, e faz parte do que se chama clínica ampliada, em que o psicólogo vai até o ambiente onde vive o indivíduo”. Por essa experiência, pude compreender que o trabalho do psicólogo clínico em saúde pública não deveria se restringir aos atendimentos clínicos dentro das instituições tradicionais de cuidado, e o quanto era importante o desenvolvimento de projetos de prevenção e promoção de saúde, estabelecendo para isso, parcerias dentro da comunidade.

Isso se mostrou de forma mais evidente quando ingressei, em 2002, no aprimoramento em clínica na saúde pública, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) estava em implementação no município. A partir da lógica da ESF, os trabalhadores das Unidades Básicas de

Saúde deveriam atuar em equipes locais de referência e seriam responsáveis por uma área de abrangência no território. Os agentes comunitários de saúde deveriam ser capazes de cadastrar a população dessa área e classificar riscos. A mudança principal para o profissional ligado à saúde mental era que, além dos atendimentos próprios de seu núcleo profissional, ele deveria também participar das reuniões de equipe e desenvolver o apoio matricial, que, resumidamente, consistia em oferecer um apoio técnico às equipes de saúde da família. Todos os casos que necessitassem de algum cuidado em relação à saúde mental, deveriam ser discutidos em equipe com objetivo de construir projetos terapêuticos singulares, evitando a lógica do simples encaminhamento, construindo uma outra relação baseada na corresponsabilização.

A experiência do aprimoramento permitiu uma verdadeira abertura para compreender a rede pública de saúde e as possíveis inserções do psicólogo. Vivi tudo com grande intensidade. Assim que cheguei como aprimoranda, a psicóloga da Unidade Básica de Saúde estava saindo da instituição. Ou seja, eu seria, como aprimoranda, a única psicóloga da Unidade. Diante disso, atendi uma grande quantidade de pessoas em atendimento individual. Fiz vários grupos (de mulheres, de crianças, de idosos etc., tanto psicoterapêuticos como psicoeducativos). Para esses grupos, eu contava sempre com alguém da equipe de saúde da família, principalmente auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Isso permitia que, tanto eu como esses outros profissionais, nos abrissemos para novas possibilidades de diálogo. Vivi a interdisciplinaridade.

Uma outra experiência interessante foi desenvolver o acompanhamento terapêutico (AT), experiência essa que me tirou completamente 'o chão'. Eu ia toda semana à casa de um paciente que tinha diagnóstico de esquizofrenia. Ele não saía muito de casa e meu objetivo seria circular com ele em espaços do bairro além de tentar incluí-lo em algumas atividades de trabalho e convívio social. Muitas vezes, ficávamos sentados no banco de uma praça conversando sobre várias questões da vida. Estar fora de um *setting* estruturado era o maior desafio dessa clínica.

Além dessas experiências, pude ter contato com algumas leituras que foram cada vez mais me despertando para a necessidade de um novo fazer em psicologia. Dentre elas, gostaria de destacar um trecho de um texto da I Conferência Municipal de Saúde Mental do município de Campinas, que desde então passou a nortear todas as minhas ações:

As ações da saúde mental, tanto junto às equipes locais de referência como em sua especificidade profissional, deverão estar pautadas no modelo de clínica ampliada. O *setting* tradicional da clínica reparte e cede lugar à rua, à praça, aos lugares de encontro das pessoas. A inclusão da pessoa na vida social passa a ter valor terapêutico. É uma proposta de realizar clínica além do modelo tradicional, fechado nos muros institucionais. O grande desafio é que as listas de espera ou outras formas de repressão da demanda se transformem e consigam ocupar espaços coletivos de convivência. Os

profissionais das equipes deverão desenvolver ações que possibilitem a relação e o convívio entre as pessoas buscando enriquecer as relações sociais e de cidadania, tão empobrecidas na sociedade atual (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2001b).

Com base nessa ideia de clínica ampliada, nunca mais me contentei a restringir meu trabalho somente ao *setting* estruturado do Centro de Saúde. Assim, ainda nesse aprimoramento, acabei me envolvendo com um espaço próximo ao Centro de Saúde chamado “Espaço Cultural”. Tratava-se de uma garagem na frente da casa de uma moradora que funcionava como biblioteca do bairro. O espaço já era utilizado por estagiários e aprimorandos para o desenvolvimento de atividades variadas principalmente com crianças e adolescentes. No entanto, todo ano, devido às férias ou final de curso dos alunos, as crianças ficavam sem as atividades, tendo sempre que aguardar a chegada de novas estagiárias para dar continuidade ao projeto. Assim que entrei em contato com aquele espaço, meu objetivo foi fazer com que os profissionais do Centro de Saúde e os moradores do bairro pudessem se responsabilizar por aquele projeto de modo que não ficassem sempre na dependência das atividades desenvolvidas pela Universidade. Propus, então, a realização de reuniões com pessoas que tinham interesse em serem voluntárias. A proposta inicial era que cada voluntário pudesse dispor de duas horas por semana para desenvolver alguma atividade. A maioria acabou oferecendo mais do que isso e passaram a desenvolver as oficinas em dois períodos diferentes da semana, para que todas as crianças pudessem participar, tanto aquelas que estudavam à tarde

como aquelas que estudavam de manhã. Foram realizadas várias atividades de artesanato pelas moradoras da comunidade. Agentes comunitários de saúde iniciaram também uma oficina de futebol em uma quadra próxima ao Centro de Saúde. Além das atividades em oficinas, fizemos muitas festas, passeios, plantio de árvores etc. Era fascinante presenciar o envolvimento da comunidade em torno de um projeto que pretendia oferecer, principalmente às crianças do bairro, um espaço de integração social e lazer, em que era possível estimular a descoberta de habilidades e potencialidades, estimular a criatividade, além de favorecer o desenvolvimento da cidadania. Para mim, esse envolvimento representava um movimento de autonomia e empoderamento comunitário. Minha compreensão sobre Centro de Convivência naquele momento era que esse tipo de espaço tinha essencialmente um caráter preventivo e de promoção de saúde. A questão era fortalecer vínculos sociais, redes de apoio e solidariedade dentro da comunidade, estimular competências e habilidades, entendendo que isso permitiria melhor qualidade de vida à população. Além desse objetivo, o espaço também era referência para encaminhamento de crianças com dificuldades de aprendizagem, comportamento etc., que eram atendidas no Centro de Saúde, uma vez que se considerava que as atividades poderiam fazer parte do projeto terapêutico dessas crianças e somar esforços aos atendimentos realizados na Unidade Básica de Saúde. Criei laços muito profundos com esse projeto e com a comunidade; acredito que essa experiência representou o início de meu envolvimento com os Centros de Convivência. Mesmo com o término do aprimoramento, continuei durante algum tempo desenvolvendo algumas atividades com as crianças e adolescentes.

Em agosto de 2004 ingressei na rede pública de saúde de Campinas como profissional contratada. Duas missões me foram dadas pela apoiadora distrital que fez a entrevista de seleção: desenvolver o apoio matricial junto às equipes de saúde da família e o desenvolvimento de uma prática para além do consultório. Desde, então, me envolvi completamente com as propostas dos Centros de Convivência. Assim que cheguei à Unidade Básica de Saúde, passei a participar de reuniões intersetoriais que contavam com representantes das diversas Secretarias descentralizadas: Saúde; Cultura, Esporte e Lazer; Habitação; Infraestrutura; Educação; Cidadania, Assistência e Inclusão Social do Município de Campinas. Coincidentemente os profissionais estavam num momento de discussão sobre a implementação de um Centro de Convivência para a região. A assistente social do Centro de Saúde e eu passamos a visualizar algumas ações que poderiam ser desenvolvidas no espaço, mas não tínhamos ideia por onde começar. Nessa época, ficamos sabendo de um Centro de Convivência que estava sendo implementado em outra região da cidade pela iniciativa de profissionais ligados à saúde mental de uma Unidade Básica de Saúde e então fomos visitar. Conversamos com a psicóloga da Unidade que estava à frente do projeto. Ela explicou-nos que a ideia do Centro de Convivência acabou partindo de seus próprios atendimentos clínicos, nos quais as pessoas manifestavam desejo de aprender algo diferente e, ao mesmo tempo, ela identificava habilidades nos pacientes que seriam passíveis de ser transmitidas a outras pessoas. Foi assim conseguindo os primeiros voluntários. Essa ideia foi o ‘gás’ inicial para o nosso projeto de Centro de Convivência.

A sede do Centro de Convivência com o qual estávamos envolvidas foi construída no final de dezembro de 2004 em uma praça localizada em um bairro próximo ao Centro de Saúde. A escolha pelo local aconteceu tanto pela necessidade de um espaço de lazer e convivência para as pessoas da região, como pelo fato de que já havia um projeto/planta para essa praça se transformar num futuro espaço de lazer, convivência e esporte para a comunidade. Enquanto se aguardava as reformas na casa, o grupo de trabalho, que até então contava exclusivamente com profissionais ligados a diversas Secretarias, sentiu a necessidade de envolver a comunidade no processo de discussão sobre o novo espaço, de modo a formar uma comissão gestora. Foi então realizada uma assembleia com a população. Algumas pessoas da comunidade que manifestaram interesse por esse projeto foram escolhidas naquele momento para fazer parte da comissão gestora do espaço. A partir daí passamos a discutir quase que semanalmente a operacionalização das ações. Muitas reuniões tiveram como tema central as reformas que deveriam ser feitas na casa, antes mesmo de qualquer organização de atividades. Paralelamente, algumas ações foram disparadas visando divulgar a proposta do Centro de Convivência à população, levantar possíveis interesses por oficinas e angariar futurosicineiros voluntários.

As oficinas de artesanato foram iniciadas em janeiro de 2006. Para isso, entrou-se em contato tanto com as pessoas que se inscreveram anteriormente para serem voluntárias como também com aquelas que queriam simplesmente participar das oficinas. Além dos voluntários, alguns profissionais ligados às diversas Secretarias também passaram a realizar alguma atividade no espaço.

Cheguei a acompanhar algumas oficinas que eram realizadas por voluntários, nas quais eu ocupava posição de suporte. Meu intuito era garantir o bem-estar das pessoas que estavam no grupo e acolher pessoas novas, explicando o objetivo do nosso trabalho. Eu acabava me inserindo na atividade que era coordenada pela voluntária e estabelecia algumas conversas dentro do grupo, mas muito mais como uma participante a mais do que propriamente como psicóloga. Muitos nem sabiam qual era minha profissão; tinham informação apenas de que eu era “do postinho” (maneira como se referiam ao Centro de Saúde). Mesmo na minha ausência, a oficina acontecia naturalmente. Os participantes eram, em sua grande maioria, mulheres que moravam nos arredores do Centro de Convivência. Eram bastante autônomas e, como a chave ficava guardada na casa de um vizinho, elas próprias acabavam abrindo o espaço e o utilizando para as oficinas sem a presença de qualquer profissional. No entanto, eu me preocupava em estar presente, principalmente porque tanto eu como outros profissionais do Centro de Saúde começamos a encaminhar para as oficinas, pessoas que tinham maior dificuldade de estabelecer relações sociais. Nesses casos, eu sentia que minha presença era fundamental. Em alguns momentos, o grupo, envolvido com a produção e a atividade, não conseguia dar o suporte necessário para que a pessoa se sentisse bem acolhida em sua dificuldade. Lembro-me que, logo no início do Centro de Convivência, um grupo de crochê acabou se dissolvendo porque as pessoas começaram a se incomodar com a presença de uma pessoa que fazia tratamento em saúde mental e que causava certa mobilização no grupo por seu comportamento histriônico. Nesse momento, senti o quanto era importante a presença de um técnico

para garantir a convivência das diferenças dentro do grupo e ser um facilitador para discussão de alguns conflitos que eventualmente pudessem existir.

Percebo, no entanto, que minha maior contribuição para esse projeto foi para fora das oficinas, como articuladora para melhorias do espaço. Em 2005, foi constituído um fórum de discussão no qual participavam profissionais envolvidos com a questão de Centros de Convivência no município. O fórum de discussão, que existe ainda hoje, tem como objetivo a troca de experiências entre os diversos Centros de Convivência como também a discussão de diretrizes políticas para esses espaços, legitimando essas experiências dentro da política geral de saúde mental do município. Minha participação nesse fórum sempre teve como objetivo legitimar e fortalecer a experiência do Centro de Convivência com o qual eu estava envolvida. Acabei assumindo, naquele momento, a posição de gestora do espaço, mesmo que informalmente, afinal eu ainda continuava como psicóloga do Centro de Saúde e, como tal, tinha que dar conta dos diversos atendimentos individuais e grupais dentro do Centro de Saúde, participar de reuniões de equipe, fazer apoio matricial etc. Apesar da grande demanda de atividades dentro da Unidade Básica de Saúde, consegui aos poucos me deslocar para as atividades no Centro de Convivência. Participei de vários fóruns e reuniões da Secretaria Municipal de Saúde, sempre como representante do Centro de Convivência que estava em implementação. Todas essas participações foram fundamentais para o reconhecimento do local. Além dessa participação nos diversos fóruns, acabei ficando responsável pela realização de eventos e bazares para arrecadação de verba para o Centro de Convivência. Com esta verba, foi possível garantir material para que as oficinas continuassem

acontecendo como também garantir algumas pequenas reformas para o espaço a fim de torná-lo mais agradável e acolhedor para a população.

Meu envolvimento com esse Centro de Convivência aconteceu até o momento de minha saída da Unidade Básica no início de 2009, quando fui convidada a assumir a gestão de um Centro de Convivência em outra região do município. Não foi fácil deixar para trás o projeto que eu havia construído, e que na verdade ainda está em construção. Mas minha contribuição, que tenho certeza que não foi pouca, acabava ali.

Resolvi relembrar a minha história e meu envolvimento com esse Centro de Convivência com mais detalhes, pois foi principalmente essa experiência de trabalho que me impulsionou a escrever esta pesquisa e foi a partir dela que minha inquietação se fez mais presente. Dentro da Unidade de Saúde na qual eu estava inserida, eu presenciava a equipe de saúde mental, me incluindo, frequentemente 'mergulhada' no atendimento aos usuários que procuravam o Serviço de Saúde, a cada dia em maior número, na busca de um atendimento que extrapolava a clínica. Eram problemas dos mais variados possíveis, decorrentes, muitas vezes, de uma baixa condição socioeconômica. Além do desemprego, que se apresentava como uma situação gritante na região, havia outras deficiências que contribuíam para o adoecimento dos indivíduos, como falta de lazer, cultura, esporte ou quaisquer outros espaços capazes de contribuir para o encontro e trocas de experiências entre as pessoas. Somava-se a isso a violência a que a população estava exposta diariamente, o tráfico de drogas, péssimas condições de saneamento e moradia. Todas essas questões vinham à tona no atendimento. A psicoterapia, individual ou em grupo, parecia ser sempre um recurso insuficiente, seja porque era grande a

procura por esse tipo de ajuda, seja porque muitas das questões pareciam ir além do que a psicoterapia pode oferecer. Ao mesmo tempo, estar no Centro de Convivência e desenvolver ações em outros espaços na comunidade, trazia a sensação de que essas práticas traziam uma potencialidade na vida das pessoas, que muitas vezes eu não presenciava no Centro de Saúde. Certa vez resolvi levar uma paciente que eu atendia em psicoterapia para o grupo de crochê que funcionava no Centro de Convivência. Ela, ainda que não gostasse de fazer crochê, ficava no grupo, conversava sobre outros assuntos não relacionados à sua patologia, e sorria. Seu sorriso me chamava atenção, pois para alguém que falava em suicídio o tempo todo, um sorriso, para mim, representava um ganho inestimável.

Sinceramente fiquei muitas vezes dividida entre 'dar conta' da demanda por atendimentos tradicionais em psicologia dentro do Centro de Saúde e potencializar esses espaços na comunidade. Creio que o processo de pesquisa me fortaleceu para a segunda ideia. Eu sentia que era preciso construir alternativas de vida, tirar o foco da patologia e deslocar a atenção para aspectos sadios do indivíduo, para suas habilidades e competências. Sentia ainda que era preciso possibilitar espaços de encontros entre as pessoas no sentido de potencializar trocas sociais e afetivas. Além das minhas percepções em relação à potencialidade desses espaços para a vida das pessoas, vários estudos apontavam para a necessidade de ampliação da clínica do contexto da saúde pública e vários outros mostravam o quanto os espaços comunitários eram estratégicos para a ampliação da clínica e para a invenção de práticas que pudessem contribuir para o desenvolvimento de maior autonomia, empoderamento e cidadania das pessoas. Vivenciar essas práticas comunitárias a partir dos Centros de Convivência acabou me chamando a atenção para a

potencialidade terapêutica na vida das pessoas, mesmo para aquelas que não estavam preocupadas com nenhum benefício no sentido terapêutico de cura. Mas será que as práticas nesses espaços poderiam ser denominadas de clínica? Se sim, que clínica é essa que poderia existir? Tais práticas poderiam contribuir para a noção de clínica psicológica dentro da realidade do SUS? Foram essas questões que me conduziram durante todo processo de pesquisa. Dessa forma, entrei em contato, pelas entrevistas, com experiências de outros atores envolvidos com a prática de Centros de Convivência, com o intuito de compreender como suas vivências poderiam contribuir para a ampliação do conceito de clínica psicológica em saúde pública. Muita coisa se ampliou a partir daí. A análise das entrevistas veio mostrar que os Centros de Convivência representavam muito mais do que um espaço de lazer e cultura para a comunidade; mas que eram espaços fundamentais dentro da reforma psiquiátrica. Todos os entrevistados imprimiram a legitimidade dos Centros de Convivência dentro da rede de cuidados em saúde mental. Diante disso, após análise das entrevistas, iniciei um processo extenso de pesquisa e leitura de textos que abordassem a questão da reforma psiquiátrica para compreender qual era o lugar do Centro de Convivência dentro dessa discussão.

Uma outra questão que me permitiu ampliar a noção do que significava as práticas nos Centros de Convivência foi o fato de eu ter sido aprovada no processo seletivo para coordenar um Centro de Convivência em outra região do município em 2009. Essa mudança permitiu-me compreender algumas dimensões a respeito do que significava o Centro de Convivência, que a experiência anterior ainda não tinha permitido. Tais dimensões haviam sido abordadas nas entrevistas, mas fizeram muito mais sentido quando pude vivenciá-las. Antes, era possível estar inserida nas

oficinas, presenciando relatos de transformação e crescimento pessoal, no entanto, minha inserção era muito pontual, pois o espaço principal de referência continuava ser a Unidade Básica de Saúde; minha carga horária de trabalho acabava sendo ocupada em grande parte pelas atividades dentro dessa outra instituição. Como o Centro de Convivência ficava aberto apenas no horário das oficinas, a preocupação com o acolhimento se restringia a esses momentos. Em contrapartida, estar hoje em tempo integral no Centro de Convivência tem um significado completamente diferente. Além de ter mais tempo para vivenciar o acolhimento e acompanhar o processo dentro das oficinas, posso compreender a importância de um espaço na comunidade onde é possível agregar as diferenças, respeitando as singularidades. Por essa razão, hoje consigo ver com muito mais clareza o papel dos Centros de Convivência, tanto para a reforma psiquiátrica como também para o que eu denominaria de uma reforma social, na qual buscamos relações mais solidárias pautadas no reconhecimento da alteridade. Ampliamos a clínica? Creio que sim.

Apresento então neste trabalho a trajetória que percorri para buscar as respostas ao meu questionamento e que me permitiram repensar a clínica com base nas experiências comunitárias do Centro de Convivência. No capítulo um, apresento alguns fatores que contribuíram para a inserção do psicólogo no SUS e na rede pública de saúde de Campinas. O capítulo dois aborda alguns estudos e reflexões sobre as práticas e a formação do psicólogo para a saúde pública, passando pela discussão da necessidade de ampliação da clínica nesse contexto de trabalho. No capítulo três, busco algumas reflexões sobre o quanto os espaços comunitários podem responder de alguma forma às necessidades de ampliação da clínica, destacando para essa pesquisa, as ações nos Centros de Convivência e oficinas de

geração de renda. O capítulo quatro apresenta considerações em relação ao método adotado para atingir os objetivos da pesquisa e o delineamento do estudo, apresentando aspectos referentes à escolha dos participantes, aos instrumentos, ao procedimento de coleta dos dados e o percurso para análise dos depoimentos. No capítulo cinco faço uma apresentação da síntese específica de cada depoimento, apresentando a análise e compreensão sobre o significado das práticas nos Centros de Convivência para cada participante. Após as sínteses específicas, apresento a síntese geral de todos dos depoimentos, em que busquei elementos que permitiram uma compreensão sobre o significado das práticas nos Centros de Convivência para o cuidado em saúde mental, além dos elementos importantes para a sustentação das ações nesses espaços. No capítulo seis apresento a discussão dos resultados, em que busquei um diálogo do material analisado com reflexões de outros autores sobre a questão a fim de aprofundar o entendimento dos significados produzidos e buscar uma compreensão mais ampla e uma construção teórica acerca do fenômeno. Após a discussão, seguem-se as considerações finais, nas quais procurei trazer reflexões sobre como as práticas nos Centro de Convivência permitem ampliar o conceito de clínica psicológica em saúde pública.

“Pouco importa que se trate ou não de utopia.
Temos aí um processo bem real de luta”
(Michael Foucault).

Capítulo 1:

A inserção do psicólogo no Sistema Público de Saúde

1.1 - A entrada do psicólogo nas Instituições Públicas de Saúde no Brasil: Alguns fatores que contribuíram para sua inserção

Para Dimenstein (1998), alguns fatores foram decisivos para possibilitar a entrada dos psicólogos nas instituições públicas de saúde:

- O contexto das políticas públicas de saúde do final da década de 1970 e da década de 1980, no que se refere à política de recursos humanos.
- A crise econômica e social no Brasil na década de 1980 e a retração do mercado dos atendimentos privados. A classe média, grande consumidora dos serviços psicológicos, foi se tornando cada vez mais empobrecida. Havia, assim, uma atratividade pelo serviço público de saúde, tanto pela questão da estabilidade de emprego como pela possibilidade de desenvolvimento de uma prática clínica dentro dos ambulatórios.
- Os movimentos da categoria na tentativa de redefinição da função do psicólogo na sociedade.
- Difusão da psicanálise e psicologização da sociedade. A difusão da psicanálise teria vindo responder à necessidade social de orientação das pessoas afetadas pela modernização acelerada, experimentada a partir da década de 1950. A difusão da psicanálise representou um culto à intimidade, com ênfase na privatização da família. Houve uma psicologização do cotidiano e da vida social e foi grande a demanda por psicologia por parte da classe média.

Ainda de acordo com Dimenstein (1998), a década de 1970 ficou marcada por inúmeras transformações sociais e econômicas que determinaram os rumos das políticas públicas de saúde no país. Houve um acelerado crescimento populacional, migrações internas para centros urbanos, endividamento externo, expansão da dívida pública, elevação dos juros etc. Aliado a esses problemas, aconteceu um quadro de recessão e inflação, que teve seu auge nos anos de 1980. Em decorrência dessas situações, a assistência oferecida à população nos serviços de saúde foi se deteriorando, apesar dos avanços tecnológicos da época. Os cortes nos programas sociais e de saúde afetaram as condições de saúde da grande massa da população.

Além disso, em meados da década de 1970, a sociedade brasileira vivia um movimento de crítica e de resistência ao regime ditatorial. Um desses movimentos ocorreu na área da saúde e ficou conhecido como Movimento Sanitário, formado por intelectuais progressistas do setor, e que tinha como objetivo constituir-se como um saber contra-hegemônico ao modelo dominante de atenção à saúde e produzir uma reforma nas políticas e práticas de saúde que vigoravam no Brasil. O que se buscava era a democratização e a instituição de um novo sistema nacional de saúde, utilizando como estratégia a ocupação dos espaços institucionais e a participação efetiva da população na formulação e implementação das políticas de saúde. Dessa forma, desde o final da década de 1970, surgiram várias propostas de mudanças no sistema de assistência à saúde, no intuito de tornar as ações mais eficazes, que acabaram culminando na implementação no Sistema Único de Saúde (SUS). (Dimenstein, 1998; A. S. Garcia, 2006). Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em que se definiram as bases para reforma sanitária brasileira. Alguns pontos que nortearam as discussões foram: 1) Concepção

ampliada de saúde; 2) Saúde como direito de cidadania e dever do estado; 3) Instituição de um Sistema Único de Saúde, permeado pelos princípios de universalidade, integralidade, descentralização e hierarquização dos serviços; 4) Participação popular e controle social dos serviços públicos de saúde. Ainda em 1987 foi criado o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde), cujo objetivo era reafirmar a política de descentralização dos serviços de saúde, por meio da estadualização e municipalização. Esse projeto veio reforçar ainda mais o papel desempenhado pela equipe de saúde em relação ao aprimoramento dos serviços. Em 1988, foi aprovado, na nova Constituição, o SUS, que é a forma atualmente proposta de produzir serviços de saúde de forma descentralizada, a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada, priorizando-se o atendimento integral e atividades de prevenção (Dimenstein, 1998).

Nos eventos ocorridos, principalmente nos anos de 1980, voltados para mudanças no setor de saúde – com o objetivo de tornar as ações mais eficazes –, enfatizava-se a formação de equipes multiprofissionais. As reformas no setor da saúde exigiam que novos profissionais fossem incorporados ao sistema de forma que se estruturassem equipes de cuidado com vistas à atenção integral dos usuários. Dessa maneira, muitos profissionais, antes alheios ao campo da assistência pública à saúde, passaram a fazer parte dos quadros funcionais (Gama & Koda, 2008; Dimenstein, 1998; I. F. Oliveira, Silva & Yamamoto, 2007). O psicólogo foi um dos que mais se beneficiou com esse movimento, passando a ser uma das categorias profissionais que mais teve contratações para trabalhar nas instituições públicas de saúde. O movimento constituinte e a promulgação da “constituição cidadã” em 1988 fizeram com que expressões como inclusão, igualdade e cidadania

fossem frequentes na produção de conhecimento e nas práticas dos psicólogos. As práticas psicológicas, no SUS, passaram a ser atreladas às prerrogativas: universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade (Scarparo & Guareschi, 2007).

1.2 - A reforma psiquiátrica: novos desafios

A inserção dos psicólogos no campo da saúde pública, no final da década de 1970, deu-se em um momento em que o modelo médico-assistencial privatista na saúde mental, financiado pelo Estado, por intermédio do Instituto de Previdência Social (INPS), encontrava seu ápice da expansão, mas também seu esgotamento. Na década de 1980, no bojo do processo de redemocratização do país e da emergência de movimentos sociais, houve forte questionamento em relação ao modelo privatista de atenção à saúde, à qualidade da assistência em saúde mental oferecida à população e às condições de trabalho existentes. Na área da psiquiatria havia críticas ao modelo asilar e propostas de desospitalização da assistência médico-psiquiátrica, inspiradas em movimentos reformistas da Europa e EUA desde a década de 1940, principalmente pela reforma psiquiátrica italiana. Os hospitais psiquiátricos eram a única possibilidade de oferta de tratamento. Objetivava-se desenvolver redes de serviços substitutivos ao hospital, que tivessem resultados mais eficazes e de menor custo social. O objetivo, então, era formar equipes multiprofissionais comprometidas com esse novo modelo assistencial, que se apresentava como crítica ao asilo e como solução para as precariedades da assistência psiquiátrica. Dessa forma, a entrada do psicólogo deu-se num momento

de crítica ao modelo asilar e às equipes formadas predominantemente por médicos (Amarante, 1995a; Dimenstein, 1998; A. S. Garcia, 2006; A. G. B. Oliveira & Alessi, 2005; S. L. Ribeiro & Luzio, 2008; Sant'Anna & Brito, 2006).

Amarante (1992; 1995a; 1995b) situa a emergência do processo de reforma psiquiátrica brasileira com a constituição do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, que, em sua origem, assim como o Movimento Sanitário, inscreveu-se no âmbito da luta mais geral pela redemocratização nacional. No campo da saúde mental, esse movimento tinha como objetivo constituir-se um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica. No entanto, só a partir da segunda metade da década de 1980, a ideia de rede substitutiva, ou rede integral de saúde mental, passou a ser veiculada com maior intensidade. Esse foi o momento em que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental passou a incorporar outros segmentos sociais (grupo de usuários, associações de familiares etc.), configurando-se como o movimento da luta antimanicomial, que teve o seu marco no II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru-SP, em 1987.

Na década de 1980, a trajetória em busca da desinstitucionalização é marcada por diversos eventos e acontecimentos como: a VIII Conferência Nacional de Saúde; a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde e dos I e II Encontros de Coordenadores de Saúde mental da região sudeste, em 1985 e 1987; a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo; apresentação do projeto de lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, dentre outros. Um das principais conquistas de todo esse movimento foi a promulgação da lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que

dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, para promover a reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Mesmo antes da aprovação da lei 10.216/01, podemos observar algumas iniciativas precursoras, como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Luis da Rocha Cerqueira em São Paulo e dos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), em Santos, servindo de subsídio para outras experiências no Brasil. Atualmente, há no Brasil, mais de mil CAPS, regulamentados em sua estrutura e funcionamento pela portaria do Ministério da Saúde número 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Amarante, 1995a, Amarante & Torre, 2001; Berlink, Magtaz, & Teixeira, 2008; Borges & Baptista, 2008; Luchmann & Rodrigues, 2007; J. S. A. Machado, 2008; Onocko-Campos & Furtado, 2006; Paulin & Turato, 2004; Santos, 1994; Zambenedetti & Perrone, 2008; Zambenedetti & Silva, 2008).

Apesar de vários avanços e conquistas ao longo de todo esse tempo, pode-se dizer que o movimento da reforma psiquiátrica é um processo que ainda está em construção. Passos (2003) define o movimento de reforma psiquiátrica como o conjunto de medidas oficiais (políticas, planos e alterações na lei visando a desospitalização), além do movimento social mais amplo, envolvendo trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares e entidades da sociedade civil, numa luta pela transformação da condição de cidadania dos doentes mentais. Esse movimento, segundo a autora, pode ser compreendido como uma revisão crítica das práticas e discursos sobre a doença mental. Implica mudanças mais profundas, não só nos aspectos da lei, das políticas públicas e das práticas de cuidado, mas, igualmente, nos valores e significações sociais em torno da loucura e da doença mental. Nesse

mesmo sentido, Amarante (1995b; 2003; 2009) entende que a reforma psiquiátrica não se trata de uma simples reestruturação do modelo assistencial. Segundo o autor, uma definição desta ordem reduziria a reforma a simples organização de serviços. Por isso, ele define a reforma psiquiátrica como um processo social complexo, fundamentado no princípio da desinstitucionalização, que se configura na articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas. Para o autor, esse processo só pode ser discutido dentro de quatro dimensões: epistemológica ou teórico-conceitual; técnico assistencial; jurídico-política e sociocultural. Nesse sentido, falar em desinstitucionalização, segundo o autor, não significa somente abordar a desospitalização, mas a desconstrução de um modelo centrado na doença e no erro, reconstruindo saberes e práticas. Significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Por isso, é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (Amarante, 2009). Nesse contexto de cuidados, o redirecionamento do modelo assistencial, com vistas aos princípios da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial, deve questionar a função dos saberes psiquiátricos, implementar a discussão sobre a organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde mental, tendo como perspectiva sua transformação por meio de dispositivos comunitários e da construção de práticas renovadas na perspectiva da integralidade da atenção (Ballarin, Carvalho & Ferigato, 2009; Tenório, 2007). Percebe-se, dessa forma, os desafios para o psicólogo inserido no SUS, no sentido de envolver-se com novas práticas de cuidado que possam ir ao encontro das propostas da reforma psiquiátrica.

1.3 - O SUS em Campinas e a inserção da saúde mental

De acordo com Sousa (2006), a organização do sistema público de saúde do município de Campinas tem uma longa herança de defesa da rede básica de saúde, sendo um dos primeiros municípios do país a estabelecer a implantação da rede básica de saúde. Durante a década de 1970, por influência do movimento sanitário, e principalmente por pressão de movimentos populares (Smeke, 1989), a rede de serviços de saúde municipal iniciou um processo de expansão, reforma e redimensionamento da atenção à saúde, tornando-se rapidamente uma das principais redes de atenção à saúde de todo o país. Todo esse processo de reforma sanitária contribuiu para a rápida inserção da saúde mental na rede básica de saúde.

A partir da constituição brasileira de 1988, instituiu-se as bases legais para a elaboração da política de saúde dos municípios, responsabilizando os gestores municipais por essa organização. Campinas tornou-se uma das primeiras cidades a promover a municipalização do sistema de saúde, instituindo um sistema local de saúde com maior capacidade resolutiva e integrando áreas de coberturas da rede básica. A partir de 1989, com a eleição de uma gestão municipal comprometida com os movimentos populares e com a construção do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas passou a ampliar o número de serviços de saúde, especialmente prestados pelo setor público, ocorrendo aumento na composição das equipes mínimas de saúde mental para a atenção básica. Além disso, procurou-se garantir o acesso da população aos serviços de saúde, aperfeiçoando, de fato, a rede de Centros de Saúde, transformando-os em porta de entrada para o cuidado (Luzio & L'Abbate, 2006; Sousa, 2006). A implantação de um projeto assistencial em

saúde mental, que privilegiava o Centro de Saúde como porta de entrada, possibilitou a ampliação tanto das possibilidades de acesso ao usuário, como a capacidade resolutiva dos problemas de saúde mental da população. Para isso, foi preciso iniciar uma reforma administrativa que fechou os ambulatórios de saúde mental, descentralizando os serviços e reorganizando papéis e funções dos profissionais que atuavam na assistência em saúde mental (Luzio & L'Abbate, 2006).

No que diz respeito à reforma psiquiátrica no município, segundo Braga Campos (2000), as transformações foram mais lentas. Em 1989, os hospitais psiquiátricos de Campinas ocupavam 80% dos convênios do SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) com 697 leitos contra 442 que pertenciam a outras especialidades e hospitais gerais. Dessa forma, ainda nesse período, não tinham sido alteradas diretrizes e práticas além da ampliação de profissionais na rede básica de saúde. Em 1990, o programa de saúde mental, que pretendia formar uma rede básica substitutiva ao hospício, recebeu sob sua responsabilidade o Sanatório Filantrópico Dr. Cândido Ferreira (hoje conhecido com Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira), que tinha 131 internos crônicos. Foi estabelecido um convênio de cogestão entre Secretaria Municipal de Saúde e esse Serviço de Saúde. Com o processo de municipalização dos ambulatórios estaduais, houve a recolocação de profissionais, que antes estavam nos ambulatórios, para trabalhar nesse hospital. Para Luzio e L'Abbate (2006), esse fato representou o desafio de superação, na prática, do manicômio e de suas práticas segregadoras a partir do próprio hospital. Braga Campos (2000) traz algumas reflexões a respeito desse período:

Um outro modelo de atenção movimenta-se com o convênio de cogestão. Desinstitucionalizar no exemplo dos italianos? Superar as condições de cronicidade dos pacientes até a autonomia de não virem mais a ser dependentes das instituições psiquiátricas? Um grande desafio, que, pelo menos, se traduziu, inicialmente, em desospitalizar: rever diagnósticos, recuperar histórias, localizar famílias, reabilitar com ateliês e oficinas de trabalho e reinserir na vida social (p. 107).

Além da transformação do hospital, iniciou-se uma progressiva mudança do modelo de atenção com a criação de Centros de Reabilitação Psicossocial e Residências terapêuticas. O objetivo seria a reabilitação psicossocial das pessoas com grande sofrimento mental, egressas e cronificadas pelo sistema hospitalar. Dessa forma, além da ampliação da saúde mental na rede básica de saúde, passou-se a investir em equipamentos especializados em saúde mental que fossem substitutivos ao manicômio (Braga Campos, 2000). As discussões a respeito da transformação do modelo de saúde mental no município intensificaram-se a partir de 2000, segundo Domitti (2006), com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) que no município foi denominada de "Paidéia". Segundo a autora, desde 1989 foram estimuladas, dentro da rede municipal de saúde, discussões sobre modos de alterar o paradigma clínico e sanitário na prática. Reforçava-se a importância de reformulação da clínica em todas as instâncias do sistema, e não somente da saúde mental, chamando atenção para os aspectos subjetivos, sociais e de educação em saúde, que muitas vezes eram desconsiderados pela clínica tradicional. Além disso,

apostava-se na criação, autonomia e autogestão das equipes interdisciplinares. O Projeto Paidéia veio para reavivar essa discussão, iniciando uma reformulação do modelo de atenção primária, mediante a implantação de equipes de saúde da família, incorporando na rede novos profissionais como o médico generalista e o agente comunitário de saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), criado em 1994 (Brasil, Ministério da Saúde, 1994), vem como uma estratégia para implantação de uma rede de saúde mais eficaz. Esse modelo veio reafirmar os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. O objetivo foi a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção passou a ser centrada na família, entendida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando à equipe uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e a necessidade de intervenções, além de práticas curativas (J. A. Silva & Dalmaso, 2002).

Em Campinas, a partir da composição das equipes de Saúde da Família, buscou-se atingir mudanças no modelo anterior e uma transformação nos paradigmas de atenção e práticas assistenciais à saúde da população (Sousa, 2006). Desde então, a Estratégia Saúde da Família em Campinas passou a pautar-se em algumas diretrizes, tais como:

- Clínica ampliada: Significa uma reformulação no processo de trabalho; trata-se de superar a clínica tradicional de tomar a doença como objeto. Outra ampliação é considerar não só o sujeito, mas o grupo de sujeitos (família,

comunidade etc.). Isso implica ampliar os meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista e a intervenção terapêutica.

- Acolhimento e responsabilização: o acolhimento é a porta de entrada para os usuários. O objetivo é avaliar o risco e necessidades de saúde, resolvendo casos conforme sua complexidade ou encaminhando os usuários, dependendo da gravidade, para atendimento na própria Unidade de Saúde. Nenhum caso deve ser agendado sem avaliação de risco. Cada equipe de referência é responsável por suas intercorrências.
- Cogestão: significa democratizar o poder, bem como motivar e educar os trabalhadores. A cogestão pode se dar por meio dos Conselhos Locais de Saúde, mas é no cotidiano democrático que ocorre a cogestão entre coordenação, equipe e usuários, compartilhando não só o poder, mas a análise de temas e tomada de decisão.
- Cadastro das famílias: os Centros de Saúde são reorganizados por equipes locais de referência. Seguindo a lógica do Ministério da Saúde, deverão ser realizados cadastros domiciliares pelos agentes comunitários de saúde, com objetivo de matricular as famílias e classificar riscos individuais e familiares.
- Capacitação: busca-se, com esta diretriz, um processo de educação continuada junto às equipes de referência, com a finalidade de ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas Unidades de Saúde (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2001a).

A Saúde Mental de Campinas foi articulada e integrada com o projeto político de saúde pública e com a Estratégia Saúde da Família. Houve a reestruturação da antiga Equipe Mínima de Saúde Mental e os profissionais passaram a oferecer o apoio matricial¹ às equipes de saúde da família. Dessa forma, atualmente, os profissionais da área de saúde mental fazem parte da equipe local de referência, tanto com a intenção de desenvolverem ações conjuntas na área de saúde mental, como também para oferecer atendimentos específicos às pessoas acolhidas e atendidas pelos outros profissionais da equipe. As ações da saúde mental, tanto junto às equipes locais de referência como em sua especificidade profissional, são pautadas no modelo de clínica ampliada. A ideia é que o *setting* tradicional da clínica possa ceder lugar à rua, à praça e aos lugares de encontro das pessoas (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2001b). Segundo Sousa (2006), além da clínica ampliada, o conceito de rede também faz parte do atual modelo. Esse conceito é entendido como uma necessidade de integração, não só por parte das esferas públicas, como também no sentido de fortalecer e ampliar a rede social em sua plenitude, por meio de parcerias com a própria comunidade em suas diversas manifestações, encontros e organizações. De acordo com Onocko-Campos (2007), Campinas conseguiu criar uma rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, possuindo hoje 8,8% de seu orçamento de saúde destinado à saúde mental. Com seus equipamentos de referência, essa rede está organizada em três frentes de atenção: psicossocial, infância e adolescência e dependência química. Esses

¹ O apoio matricial consiste em um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local. Esse compartilhamento produz-se em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode efetivar-se por meio de discussões conjuntas de casos, intervenções junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (Brasil, Ministério da Saúde, 2003).

equipamentos de referência estão articulados com a atenção básica e com propostas de ações intersetoriais com a assistência social, a educação, cultura, Organizações Não Governamentais (ONGs) e equipamentos sociais dos territórios.

Atualmente, o município conta com 61 Unidades Básicas de Saúde, sendo que um terço tem equipe de saúde mental. A composição dessas equipes é variada, mas, em geral, conta com médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais e, em alguns casos, assistente social. As Unidades que têm equipe de saúde mental são referência para as Unidades que não dispõe desses profissionais (Domitti, 2006; Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2009). Além disso, atualmente, Campinas conta com seis Centros de Reabilitação Psicossocial funcionando 24 horas, dois CAPS AD (Álcool e drogas), dois CAPS infantis, 38 serviços de residências terapêuticas, leitos em hospital geral, um núcleo específico de atenção à crise; cerca dez experiências de Centros de Convivência, além de dois espaços exclusivamente destinados a oficinas de geração de renda.

Diante dos desafios impostos pela clínica ampliada, pela importância do trabalho em rede, pela implementação de ações que sejam desinstitucionalizantes, que promovam autonomia e empoderamento tanto individual como comunitário, observa-se a importância de repensar formação e as práticas em psicologia que possam indicar uma atuação comprometida com as diretrizes do SUS. Para Dimenstein (1998), no contexto do SUS, novas demandas de responsabilidade social estão sendo feitas aos psicólogos, o que nos leva ao questionamento de seus saberes, de seus referenciais teóricos, de seus modelos assistenciais e de sua adequação à realidade do SUS. Muitos trabalhos têm se dedicado a repensar a formação do psicólogo para a prática em saúde pública, e todos eles apontam para a

necessidade de construção de bases teóricas que possam nortear o trabalho para uma práxis contextualizada, em que o profissional de psicologia possa contribuir verdadeiramente para a promoção de saúde mental nos espaços públicos de saúde. Por ser essa uma questão central para esta pesquisa, apresento esses estudos e reflexões mais detalhadamente no capítulo seguinte.

“A elaboração de novas idéias depende da libertação das formas habituais de pensamentos e expressão. A dificuldade não está nas novas idéias, mas em escapar das velhas, que se ramificam por todos os cantos da nossa mente” (John Maynard Keynes).

Capítulo 2:

Repensando as práticas e a formação de psicólogos para o SUS

2.1 - Repensando as práticas psicológicas no SUS

De acordo com Braga Campos e Guarido (2007), temos quase 15 mil psicólogos atuando no Sistema Único de Saúde (SUS) nos mais diferentes serviços: Unidades Básicas de Saúde; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Centros de Convivência, Cooperativa e Cultura; Ambulatórios de Saúde Mental; Hospitais-Dia; Centros de Reabilitação Física; Centros de Referência à Saúde do Trabalhador; Centros de Apoio e Orientação sobre DST/AIDS; Equipes de atenção a presidiários; Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos. Além disso, contamos com psicólogos em serviços internos ao SUS, como Centros de Formação e Educação do Trabalhador de Saúde; apoio técnico aos programas da mulher, idoso, criança e adolescente; serviços de epidemiologia, de hemoterapia, de práticas alternativas em saúde e outros, de acordo com a organização local. Spink, Bernardes, Santos e Gamba (2007) apontam que os três tipos de estabelecimentos que congregam o maior número de psicólogos são os Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, os ambulatórios especializados e os CAPS. São poucos os profissionais inseridos em hospitais psiquiátricos, aspectos relacionados provavelmente à reforma psiquiátrica e à diretiva de desospitalização.

Segundo Braga Campos e Guarido (2007), o trabalho do psicólogo acompanhou o desenvolvimento da saúde pública no país. No entanto, apesar de algumas mudanças, a perspectiva diagnóstica e a clínica tradicional ainda é predominante na prática dos psicólogos nas Unidades de Saúde do SUS. Não é incomum encontrar esses profissionais em atividades prioritariamente ambulatoriais individualizadas, tanto em hospitais como em unidades de atenção básica (Dutra,

2004). As práticas são muitas vezes dissociadas do contexto sociosanitário e da integralidade, o que traz um grande desafio à formação e à organização de seu trabalho (Spink & Matta, 2007).

I. F. Oliveira *et al.* (2005), ao fazerem referência ao Serviço de Saúde mental em Natal-RN, afirmam que, mesmo sob a bandeira da modernização, do resgate da cidadania, da prevenção e da atuação multidisciplinar na atenção à saúde dos usuários, a estratégia de trabalho mais desenvolvida nos serviços de saúde mental é o atendimento psicoterápico. Os autores, ao relatarem os resultados de uma pesquisa com psicólogos que atuavam em Unidades Básicas de Saúde do município de Natal-RN, apontam que o contingente de profissionais que têm como única atividade, nas Unidades Básicas de Saúde, alguma modalidade de psicoterapia representou 54% do total de entrevistados. Os autores ainda afirmam que a transposição do consultório particular para o serviço público de saúde permaneceu, desde as primeiras incursões dos psicólogos na saúde, como a atividade predominante em larga escala. Braga Campos e Guarido (2007) apontam que os atendimentos individuais, característicos da clínica em consultório particular, tem se apresentado como atividade principal dos psicólogos no SUS. Esse dado mostrou-se presente, segundo as autoras, a partir de uma pesquisa realizada em 2006, pela Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), no marco de um acordo de cooperação entre a ABEP, o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), tendo como coordenadora de pesquisa a professora doutora Mary Jane Spink. Os dados utilizados para essa pesquisa foram derivados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), cotejadas com dados sobre o quantitativo de profissionais registrados no Sistema de Conselhos de Psicologia e

complementados com dados obtidos por meio de entrevistas com uma amostra de psicólogos que atuavam nesses estabelecimentos (foram feitas 342 entrevistas).

Braga Campos e Guarido (2007) ressaltam, no entanto, que apesar da primazia dos atendimentos individuais, nota-se atualmente um elenco mais diversificado de ações, que inclui atividades grupais terapêuticas, de aconselhamento e orientação, oficinas, visitas domiciliares entre outras, mostrando que houve uma transformação na prática clínica exercida pelos profissionais. São incipientes, porém, as ações intersetoriais e com a comunidade, na perspectiva do trabalho de promoção em saúde, no fomento das redes sociais de apoio, convivência e solidariedade e do trabalho de geração de renda. Pouco apontadas também são as atividades nas equipes de Saúde da Família e Apoio Matricial. Outro problema apontado pelas autoras é o fato de os psicólogos continuarem agendando as demandas de atendimento, formando filas desmedidas, sem questionarem ou rediscutirem a necessidade das pessoas encaminhadas.

Ainda que a implementação do SUS tenha representado um marco importante para a consolidação de espaços de prática, formação e referência para os psicólogos, permanentes avaliações da prática profissional apontam uma série de críticas em relação às atividades realizadas por esses profissionais. Entre as principais estão: o desenvolvimento da clínica tradicional como estratégia de trabalho assumida isoladamente, a dificuldade de delimitar seu papel profissional e a sua ação, a incongruência entre tradição intervencionista e adaptativa da profissão *versus* as exigências do SUS por ações multiprofissionais, preventivas e comunitárias, dentre outras. Apesar das várias tentativas de efetivação de novas práticas e novos olhares, a psicologia tem produzido em larga escala os modelos que

nortearam a sua constituição e que não se adequaram à realidade da clientela atendida nas instituições de saúde pública, revelando a incapacidade da maioria dos profissionais em desenvolver novas práticas que possam ir além do atendimento individualizado centrado em queixas pessoais específicas (I. F. Oliveira *et al.*, 2007; M. Oliveira & Peres, 2009). Dessa forma, o que se percebe ainda hoje é uma transposição de modelos teóricos advindos da clínica tradicional para outros contextos (Dimenstein, 2003; I. F. Oliveira *et al.*, 2005, Spink, 2003). Para Dimenstein (1998; 2000; 2003), essa transposição tem algumas consequências importantes, como: conflito com as representações de pessoa, de saúde e doença e de corpo, próprias aos usuários das instituições públicas de saúde; baixa eficácia das ações terapêuticas e alto índice de abandono dos tratamentos; seleção e hierarquização da clientela e psicologização de problemas sociais. Outros autores, como Bezerra (2001b) e Coimbra e Leitão (2003) também chamam atenção a este último aspecto apontado pela autora, dizendo que o que ocorre, muitas vezes, é a psicologização dos problemas sociais e a individualização de mal-estares coletivos.

Segundo Dimenstein (1998; 2003), a psicologia é marcada por teorias essencialistas e universalistas em relação ao modelo de mulher, de sexualidade, de representações de sofrimento psíquico etc. Trabalha-se com uma ideia universal de doença e saúde, suas causas e possibilidades de tratamento e cura, que nem sempre é compartilhada pelos pacientes. Quando os psicólogos transpõem suas técnicas e teorias para as instituições públicas de saúde, partem do pressuposto de que a população compartilha da mesma visão de mundo, das mesmas representações e modelos de subjetividade. Isso acaba tendo repercussões negativas no nível de eficácia do atendimento nessas instituições. Essa questão é

apontada também por Braga Campos e Guarido (2007). Segundo as autoras, é frequente a queixa dos psicólogos em relação à falta de adesão dos usuários ao tratamento proposto, especialmente às psicoterapias individuais e grupais. Bezerra (2001b) discorre que essa falta de adesão traz um sentimento de fracasso nos profissionais. Esse sentimento de fracasso e impotência foi também destacado por Lancetti (1989) e Braga Campos (1992). É comum os profissionais de psicologia descreverem seu trabalho em saúde pública com certo mal-estar, que se traduz em um estado de desorientação ou paralisação ante os problemas enfrentados. Esse mal-estar reflete-se na prática e compromete a eficácia das intervenções (Dimenstein, 2003).

Nesse sentido, I. F. Oliveira *et al.* (2005) problematizam que a psicoterapia pode ser necessária em alguns momentos, no entanto, não se pode restringir o trabalho do psicólogo apenas a atendimentos psicoterapêuticos, sob o risco de fracasso no cumprimento dos princípios do SUS, de cronificação dos usuários e de impor um único modelo de ação aos usuários, cujos sofrimentos nem sempre têm relação com aspectos internos ou inconscientes. Para Vieira e Nóbrega (2004), quando não há a reinvenção do cotidiano e das práticas terapêuticas, as ações automatizadas podem dar origem à monotonia, ao conservadorismo, à autonomização das condutas profissionais, que podem contribuir para a reprodução ideológica e acríica das intervenções.

De acordo com alguns autores como Traverso-Yépez (2001), Dimenstein (2001; 2003), I. F. Oliveira *et al.* (2005), Bittencourt e Mateus (2006), Braga Campos e Guarido (2007), Koda e Fernandes (2007), I. F. Oliveira *et al.* (2007), esse descompasso entre prática profissional e necessidades atuais no contexto do SUS

ocorre, muitas vezes, porque ainda não há um direcionamento do profissional de psicologia para ações em saúde pública; para práticas que ultrapassem os limites estabelecidos pelo *setting* terapêutico. Ainda não houve avanços na construção de um corpo teórico que permita à psicologia transitar com segurança em esferas fora das paredes dos consultórios. A fragilidade em relação às mudanças decorre, muitas vezes, pelo fato de que os antigos códigos norteadores, ainda que inadequados, asseguram um modelo de conduta e representações comuns no que tange ao lugar do técnico, à relação profissional/paciente etc. A transformação desse modelo provoca desestabilidade psicológica e social, pois caem as certezas e os modelos que conferiam legitimidade e segurança à prática. Isso mostra que a inserção do psicólogo nas instituições públicas de saúde requer modelos teóricos e práticos que fundamentem sua atuação, modelos que permitam aos psicólogos transitar com mais segurança no campo da saúde coletiva e que possam ampliar a noção de que ser psicólogo no SUS representa, muito mais que simplesmente oferecer atendimentos centrados na clínica tradicional.

2.2 - Repensando a formação para a atuação no contexto do SUS

Para Lopes e Malfitano (2005) os projetos desenvolvidos no campo social demandam uma qualificação que muitos profissionais, incluindo o psicólogo, não têm. A formação de grande parte dos profissionais não prevê suporte para atuação no papel de operadores do campo social. Muitas vezes, a formação está calcada em apenas um dos aspectos de intervenção, não se direcionando para a dimensão territorial, da convivência e da superação da clínica. Esse aspecto é confirmado por

Vasconcelos (1999), que afirma que, apesar de a psicologia atualmente pertencer à área da saúde e apesar do aumento do número de psicólogos que atuam no SUS, a formação continua sendo efetivada dentro do mesmo modelo da época de sua criação, isto é, sem abarcar temas relacionados a políticas públicas, ao SUS, à reforma psiquiátrica, à luta antimanicomial e à atenção psicossocial. O autor, ao analisar a inserção da psicologia no movimento da reforma psiquiátrica, aponta que nos anos de 1990, a formação nos cursos de graduação haviam mudado pouco, apesar das transformações geradas na sociedade com o movimento da reforma. A única mudança efetiva, segundo o autor, foi o aumento da demanda por estágios nos serviços de saúde mental, tanto por iniciativa individual do estudante quanto por meio de convênios formais com os cursos de graduação, possibilitando aos futuros profissionais alguma experiência dentro desse campo durante o curso. Em decorrência do descompasso entre formação e exigência de novas posturas para os serviços de saúde mental, o autor ressalta que ainda é possível constatar uma resistência à adoção de uma perspectiva efetivamente desinstitucionalizante, interdisciplinar e valorizadora da cidadania, de reinvenção abrangente das dimensões da existência subjetiva e social e do empoderamento da clientela dos novos serviços.

Alguns autores como Bernardes (2007), Goya e Rasera (2007), Scarparo e Guareschi (2007), Trevizani *et al.* (2007), Dutra (2008), Leão e Barros (2008) e S. L. Ribeiro e Luzio (2008) concordam com Vasconcelos (1999) e percebem o quanto é difícil para os alunos desconstruírem o modelo de clínica pautado somente na psicoterapia e condicionado à existência de uma condição ambiental favorável a essa escuta, ou seja, a um *setting* terapêutico. Quando a prática clínica sai do

consultório, o choque é inevitável e faz com que o aluno coloque em dúvida a eficácia de sua escuta, pelo fato de ela ocorrer em um ambiente estranho àquele instituído como ideal e esperado pelo fazer clínico. A manutenção desse modelo de atuação clínica com reduzido poder de intervenção e transformação social tem produzido nos psicólogos resistência a posturas mais interventivas junto a comunidade. A ausência de formação para uma atuação na perspectiva da atenção psicossocial aponta para a necessidade de maiores conhecimentos que subsidiem ações que sejam, de fato, promotoras de inclusão social.

No que diz respeito especificamente à reforma psiquiátrica, Bezerra (2007) problematiza que, para a primeira geração de profissionais envolvidos com a reforma, o pano de fundo político e ideológico em que essa construção se dava, fazia todo sentido, uma vez que abarcava outras esferas da vida social, como por exemplo, a luta contra os resquícios do regime militar e os movimentos reivindicatórios de setores sociais. No entanto, atualmente, a maior parte dos novos profissionais da rede é formada por jovens que não passaram pelo processo de reivindicações por mudanças políticas e ideológicas que envolveu o movimento da luta antimanicomial. Diante disso, o autor ressalta a necessidade de uma formação sólida para atuação profissional, levando em conta os ideais da reforma.

Apesar dessa necessidade apontada anteriormente pelo autor, Berlink *et al.* (2008) afirmam que algumas Universidades ainda tendem a oferecer um ensino geral e abstrato que é rico em conteúdo, mas que ignora em grande parte as especificidades da reforma psiquiátrica e o trabalho que, nesse âmbito, vem sendo realizado. S. L. Ribeiro e Luzio (2008) também, ao analisarem as diretrizes curriculares para os cursos de psicologia, buscando identificar suas orientações para

a formação do psicólogo voltada para a área da saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial, concluem que as diretrizes curriculares não se referem à formação do psicólogo para área da saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial. As habilidades e competências propostas aparecem de forma muito generalizadas, ou seja, elas abarcam as diversas áreas de atuação desse profissional. As especificações em termos de habilidades e competências acabam tendo que ser realizadas nas ênfases curriculares definidas pelos próprios cursos. Há, segundo os autores, uma tendência de direcionamento do perfil do psicólogo para o campo da saúde, no entanto essa ordenação se orienta para uma atuação voltada para o ajustamento e a prevenção, por meio de ações individuais e coletivas, sem propiciar qualquer deslocamento na hegemonia do modelo clínico na formação do psicólogo. Observa-se, dessa forma, ainda, a mera transposição do modelo clínico para outros setores de atuação, especialmente para o cuidado de pessoas com transtorno mental grave, com longa história de internação psiquiátrica, cujas situações exigem estratégias diversas para além do atendimento clínico individual.

S. L. Ribeiro e Luzio (2008) ressaltam que, diante das lacunas encontradas nas diretrizes sobre a atuação do psicólogo no campo da saúde mental, há a necessidade de aprofundamento do debate sobre a formação desse profissional e das necessidades da área da saúde e saúde mental. Assim, os autores veem a importância da continuidade de discussão sobre o papel social da psicologia e a formação do psicólogo, como tem feito a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), tentando contemplar necessidades da população que utiliza os serviços, os interesses dos profissionais que buscam a graduação, dos órgãos

formadores e do mercado de trabalho. Os autores também percebem a importância da gestão junto aos cursos de psicologia, para que estes efetivem em seus projetos pedagógicos algumas propostas oriundas de estudos e fóruns de discussões sobre a formação dos profissionais da saúde e também contidas no relatório da ABEP, tais como:

Pactuar um conteúdo básico acerca da saúde coletiva e da atenção psicossocial ou da saúde mental, para compor o núcleo comum dos cursos, como, por exemplo, políticas públicas, movimentos sociais, instituições, grupos e trabalho em equipe; garantir, na disciplina de Psicopatologia, a inclusão da concepção de saúde-doença na perspectiva do processo de transição paradigmática; integrar as atividades de ensino, de pesquisa e de extensão da graduação com a produção da pós-graduação sobre o tema; rever os métodos de ensino-aprendizagem e ainda a mudança no modelo vigente nas clínicas-escola – um dispositivo construído para uma formação de uma profissão liberal, centrado no atendimento individual em consultório particular (S. L. Ribeiro & Luzio, 2008, p. 218).

2.3 - Em busca de práticas e modelos teóricos que subsidiem transformações

I.F.Oliveira *et al.* (2005) chamam a atenção para a necessidade de pensar em novas formas de ação em saúde pública que ultrapassem as fronteiras institucionais,

resgatem a cidadania dos usuários e caminhem para um enfoque preventivo e não só curativo. Percebe-se, dessa forma, a necessidade de constituição de novas práticas e saberes que satisfaçam às necessidades de sentido tanto para profissionais como para usuários dos diversos Serviços de Saúde, e que neles potencializem a capacidade de crescer, de se superar, de serem sujeitos de transformação da realidade. Senra (2005) destaca a importância de encontrarmos profissionais que possam manter vivas a capacidade de criatividade e a superação de limites, e que sejam agentes geradores de possibilidades, mesmo diante das adversidades.

Para Bezerra (2001b) a demanda crescente de atenção ambulatorial em saúde mental exige mais do que a ampliação ou a reorganização da oferta de serviços, já que se torna cada vez mais necessário colocar no centro das discussões quais os modelos teóricos que subsidiam as práticas e as alternativas terapêuticas de modo que as torne de fato inovadoras e desinstitucionalizantes. Nesse sentido, Dimenstein (1998) enfatiza a necessidade de se repensar novas formas de atuação no campo da assistência à saúde e na própria formação em psicologia. Para isto, a autora destaca que:

(...) é preciso “desinstitucionalizar” nossos saberes e práticas, nossa formação acadêmica, questionando as formas instituídas que atravessam nossos cursos e que produzem um saber sobre o outro, tomado como verdade absoluta, e que nos servem mais como instrumento de poder e controle social. Qualquer transformação nesse campo necessita, pois, da desconstrução das formas tradicionais de atuar e dos seus pressupostos

básicos, já que impregnados de uma visão naturalista e privatista do homem (...) podemos ser mais úteis ao campo da assistência pública à saúde a partir do momento que nossa cultura profissional passe a fornecer modelos mais ampliados de atuação (p.77).

Dimenstein e Macedo (2007) reafirmam a importância de uma formação contextualizada em psicologia, do conhecimento interdisciplinar e da produção de práticas multiprofissionais voltadas às necessidades da população. Isso implica, segundo os autores, estar alerta aos “especialismos”, às naturalizações e dicotomias entre formação e atuação, e implica também um esforço permanente de ruptura com a lógica que persegue verdades inquestionáveis ou modelos padronizados e estereotipados. Os autores apontam ainda para a necessidade de produção de conhecimento para a atenção primária e reinvenção de práticas nesse contexto, uma vez que esse campo tem se mostrado bastante frágil no que diz respeito à contribuição da psicologia. Destacam como desafio:

Reinventarmos práticas que possam gerar novas relações com o processo saúde/adoecimento e agenciar territórios onde seja possível reinventarmos o que somos, bem como produzirmos uma nova saúde, alegre, que aumente nossa potência de vida (Dimenstein & Macedo, 2007, p. 230).

Coimbra e Leitão (2003) também refletem sobre a possibilidade de sairmos de nosso papel de especialistas para sermos inventores/agenciadores, engajando-nos em um compromisso político que aposte na criação e na mudança, em diversas formas de existência e de sociabilidade. Diante da necessidade de invenção das práticas psicológicas, Nascimento, Manzini e Bocco (2006) também nos propõem:

Adotar um constante estranhamento dos paradigmas e realidades que se apresentam como prontos, autorizando-nos a inventar, no cotidiano, estratégias que não obedeçam às fórmulas prescritas, mas que, pelo contrário, possibilite o exercício de autonomia em nossas análises e gestões do dia a dia (p.19).

Penso que uma rediscussão sobre a prática psicológica no contexto da saúde pública, conforme proposta pelos autores, passa necessariamente pela discussão da noção de clínica nesse contexto de trabalho. Levanto aqui a necessidade de ampliar esse conceito que ainda traz o tratamento e a cura como seus objetivos principais; uma clínica que tem lidado apenas com a interioridade do sujeito considerando-o desvinculado de seu contexto sociofamiliar e comunitário. Ao longo destes anos de experiência em saúde pública tenho pensado na importância de desenvolvermos uma clínica mais comprometida com as questões sociais e comunitárias, uma clínica que é, ao mesmo tempo, política, não alheia às questões sociais e que tem como objetivo central e como ética a emancipação humana em todos seus aspectos.

Apresento, então, a seguir algumas reflexões sobre a clínica psicológica que podem auxiliar nesse caminho que vem sendo trilhado até este momento.

2.4 - Rediscutindo a clínica psicológica e suas possibilidades de ampliação

Dutra (2004) aponta que, se começarmos pela etimologia do termo clínica, que nos remete ao significado de *à beira do leito*, vemos clara a influência do modelo médico nessa área de conhecimento para o campo de atuação do psicólogo, em que o foco é a compreensão e o tratamento da doença. Nascimento *et al.* (2006) discutem que, dentre as ciências humanas e sociais que emergiram ao final do século XIX, podemos encontrar a Psicologia, a qual se afirma principalmente a partir de dois saberes: o clínico e o de observador, ambos sustentados por verdades imutáveis e universais, adotando uma postura a-histórica e neutra. A formação em psicologia, baseada em tais princípios, passou a acreditar na apreensão objetiva do mundo e do ser humano, na natureza específica e identitária dos objetos e nas dicotomias entre indivíduo e sociedade e entre mundo interior e mundo exterior. Fonseca e Kirst (2004) também apontam essa dicotomização entre sujeito e vida, consciente e inconsciente, interioridade e exterioridade, entre clínica e política.

A Psicologia, esforçando-se para atingir um *status* de objetividade, priorizou o psicólogo cientista em detrimento do psicólogo como sujeito no mundo. Mais adiante, com o surgimento da psicanálise no fim do século XIX, insistiu-se na importância de que o analista estivesse desprovido de suas questões pessoais no atendimento, reforçando a ideia de neutralidade. A Psicologia foi se formando dentro de uma

trajetória na qual não parecia haver lugar para o psicólogo político, preocupado com questões de sua época e atento aos efeitos dessas implicações em sua prática (Nascimento *et al.*, 2006). Dentre as tarefas das ciências sociais no século XIX, coube à Psicologia compreender a subjetividade dentro de uma concepção internalista do indivíduo. A demarcação de campo de saberes permitiu a fragmentação entre indivíduo e sociedade (Faria, 2004). Dentro de uma psicologia essencialista e privatista, o território precisava manter-se neutro, científico, objetivo e mensurável. Tudo isso para se opor ao campo da política, que era caracterizado como não científico, implicado, e, portanto, não neutro. Desse modo, a psicologia, em sua pureza, não poderia estar atrelada ao político (Coimbra & Leitão, 2003). No entanto, a separação entre psicologia e política não é um problema do passado, já que Benevides (2005) também chama a atenção para essa separação existente entre clínica e política, ainda nos dias atuais. Segundo a autora, o desejo é colocado como da ordem do individual e a política como da ordem do social ou do coletivo. Segundo a autora, essa despolitização da clínica faz com que as práticas psicológicas se ocupem de sujeitos abstratos e alienados de seu contexto e tomem as expressões existenciais dos sujeitos como universais e apriorísticos.

Foucault (1987) já apontava para a importância da não dissociação entre indivíduo e sociedade ao discorrer que, quanto mais complexo se torna o ambiente social, mais a doença se desnaturaliza, não sendo possível, portanto, entender a patologia simplesmente como da ordem do indivíduo, como contendo uma essência em si mesma. O autor, ao falar sobre a vivência esquizofrênica, afirma que:

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” (...) O mundo contemporâneo torna possível a esquizofrenia (..) nossa cultura faz do mundo uma leitura tal que o próprio homem não pode mais reconhecer-se (Foucault, 1984, pp.95-96).

Dessa forma, segundo Foucault (1984), as dimensões psicológicas da doença não podem ser encaradas como autônomas. Certamente, segundo o autor, pode-se situar a doença mental em relação à gênese humana, em relação à história psicológica e individual, em relação às formas de existência; no entanto, é somente na história e na cultura que a doença mental tem a abertura para se manifestar. Diante disso, percebe-se a importância de contextualizar nossa prática com base em um contexto sócio-histórico-cultural e romper com as dicotomias ainda existentes entre prática clínica e prática social. Considerar apenas um desses aspectos em nossa intervenção é reduzir toda a complexidade que gira em torno do ser humano.

Para Matta e Camargo (2007) “não há ser humano que não seja social, não há pessoas que não se relacionem com os valores, as normas e as formas de poder que atravessam qualquer sociedade” (p.137). Por isso, os trabalhos com grupos

comunitários dentro do contexto da saúde pública devem atentar não apenas para a questão da saúde mental, mas também devem incluir a dimensão sócio-histórica, as relações de poder como passíveis de produzirem sofrimento psíquico, devendo ser abordadas de forma mais ampla (Costa & Brandão, 2005; Nascimento *et al.*, 2006). Considerando que estamos submersos em impressionantes mudanças políticas, demográficas, culturais, tecnológicas etc., e tais mudanças penetram em nossos lares e exercem influências em nosso cotidiano, nas formas de nos relacionarmos e em nossa maneira de pensar e agir, faz-se extremamente relevante levarmos em conta os elementos psicossociais em nossas intervenções, particularmente do ponto de vista macrossocial (Casas, 2005). Nesse sentido, Lehman (2001) afirma que trabalhar na área social era antes antagônico a uma abordagem clínica e que essa visão tem sido revista, já que a própria prática nos impõem o dimensionamento de campos que inicialmente pareciam excludentes. Segundo o autor, atualmente temos mais condições e teorias para trabalhar numa abordagem de interface entre os diferentes campos, propondo um conhecimento dialético e ampliando nossa prática. Introduce-se aí uma abordagem na qual a subjetividade se constitui nesse entrelaçamento de aspectos individuais e sociais, podendo ser essa uma área de intervenção ativa. Além disso, para González Rey (1997), transferir a saúde de uma definição organicista e contextualizá-la numa definição social é a única via para o desenvolvimento de políticas congruentes com a prevenção e promoção de saúde. Portanto, segundo o autor, as funções de prevenção e promoção devem ser pensadas não apenas a partir das instituições de saúde, pois a promoção é função orgânica do funcionamento social, e por meio dele, de todas as instituições e organizações comprometidas com o desenvolvimento social. Isso supõe uma

interdisciplinaridade como condição de uma produção teórica e metodológica sobre a saúde que dê conta de sua natureza complexa, superando as reduções unilaterais que historicamente têm priorizado o tema da doença baseadas em uma concepção organicista e semiológica. Para Bezerra (2001b), serão baldados os esforços no sentido de resolver no nível do psicológico ou do orgânico o que é de fato um problema coletivo e social. Segundo o autor, o tratamento, que acaba se traduzindo numa readaptação do indivíduo à engrenagem doente, precisaria ser subvertido pela base, transformando-se num instrumento de desalienação política e libertação social.

Diante das considerações expostas pelos autores, poderíamos nos questionar o que significa afinal desenvolver a clínica. Penso que ser clínico nesse contexto exige uma postura profissional implicada com os acontecimentos do mundo e atenta à forma como eles afetam os indivíduos, seus corpos, sua subjetividade. No entanto, estar implicado não significa apenas 'levar em conta' os acontecimentos, mas sim nos situarmos como operadores de novos acontecimentos, de novas situações que possam gerar outros modos de subjetivação. Como diz Freire (1998), nosso papel no mundo não deve ser apenas o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. Creio, portanto, que é preciso repensar práticas, criar outros dispositivos que possam responder às necessidades de uma clínica que se pretende ser social e politicamente engajada; uma clínica responsável e comprometida com o tecido social em que a patologia se produz; que seja capaz de produzir novos modos de atuação além do espaço e da forma individual (González Rey, 2001); um modelo de clínica comprometido com o sujeito e sua capacidade de produção de vida (Cunha, 2005).

Para Bezerra (2001a), esse tipo de prática poderia ser denominada de clínica ampliada e explica esse conceito dizendo que fazer clínica não significa apenas lidar com a interioridade psicológica do sujeito, mas lidar com toda a rede de subjetividade que o envolve, o que implica lidar com todas as formas de estímulos que se apresentam ao sujeito. Significa ainda entender essa clínica como uma interação de recursos presentes dentro de uma rede social em que vive o usuário de saúde, sendo que a clínica é parte dessa rede. Segundo o autor, surge a necessidade de criar novas modalidades de intervenção, novos instrumentos e *settings* que produzam e provoquem reações nos indivíduos para que eles passem a ordenar de modo mais criativo suas práticas sociais e psíquicas.

Acredito que essas novas modalidades de intervenção e a criação de novos *settings* para a ampliação da clínica, conforme apontado pelo autor acima, possam ser pensadas a partir dos espaços comunitários. Para Amatuzzi, Echeverria, Brisola e Giovelli (1996), a psicologia clínica pode ser entendida como um debruçar-se sobre as pessoas em seu ambiente comunitário, num movimento de inclinar-se atenciosamente, para que junto com a população possa refletir sobre questões psicológicas emergentes da experiência vivencial. Nesse sentido, Costa e Brandão (2005), ao retomarem o sentido etimológico da palavra clínica como *observação direta, junto ao leito do paciente*, acreditam ser possível situar esse leito na comunidade, nas famílias, grupos e instituições que dela fazem parte. Ao apresentarem alguns elementos fundamentais para essa clínica que tem como leito a comunidade, destacam a importância da mobilização de redes sociais. Segundo as autoras, pensar em rede significa abandonar o paradigma de clientela como alvo único de intervenção e o profissional o único recurso possível. Significa repensar a

relação que se estabelece entre as pessoas, as famílias e os profissionais que trabalham com essas pessoas. Supõe acreditar na rede de solidariedade entre os sujeitos e no potencial que eles possuem para compartilharem problemas e soluções, em sua capacidade reflexiva e gerenciadora de criarem e gerirem seus projetos de vida. As autoras ainda destacam que:

Está implícito à formação de rede, um resgate do ser como protagonista de sua vida e de suas relações sociais, uma transformação de pessoa-objeto em pessoa-sujeito, uma clara visualização de seus recursos emocionais e mentais, uma valorização de seus saberes, uma consciência de seu papel social. E isso diz respeito tanto ao profissional que trabalha na facilitação dessa construção, como para a clientela que participa de seu enriquecimento (p.37).

Poderíamos nos perguntar qual seria o papel do psicólogo nessa nova clínica situada na comunidade e que tem como objetivo desenvolver redes sociais. Retomo, então, um conceito desenvolvido por AmatuZZi (1989) que acredito ser pertinente a qualquer relação de ajuda que vise o crescimento da pessoa. O autor aponta como uma das funções do terapeuta o resgate da fala autêntica. AmatuZZi explicita que a fala original ou autêntica é criadora, transformadora e integradora; permite uma continuidade fluida do viver, diferente de um viver estagnado. É na relação que podemos fazer brotar esse falar autêntico, auxiliando as pessoas a um fluxo de

rompimento de silêncios e aproximações cada vez mais sucessivas de falas originais. AmatuZZi explica isso dizendo que:

Uma pessoa pode ajudar outra a resgatar para si a função da palavra, reencontrando passo a passo o silêncio que procura romper em cada fala, o que não é possível sem uma modulação sincrônica da própria existência com a existência da outra pessoa (AmatuZZi, 1989, p.37).

E como pensar sobre o resgate da fala autêntica a partir de um contexto comunitário? Penso que é ao retomar as ideias de Paulo Freire sobre “o dizer sua própria palavra” que AmatuZZi nos chama a atenção para a relação que faz emergir a fala autêntica, situando essa relação a partir de uma interação comunitária. O autor amplia nossa reflexão acerca da fala autêntica ao considerar que o ser humano constitui sua própria palavra no contexto social. Aponta para uma relação dialética e transformadora que ambos, homem e mundo, estabelecem. O autor afirma que “um processo de crescimento pessoal que não fosse um processo de assumir conscientemente sua interação comunitária com o mundo, não seria um processo de crescimento pessoal, mas um beco sem saída” (AmatuZZi, 1989, p.77).

Essa perspectiva nos leva a pensar que cabe ao psicólogo facilitar o processo de crescimento dos sujeitos a partir dos diferentes contextos comunitários, acreditando na força da coletividade, em suas habilidades e competências para posicionar-se de forma criativa e saudável ante os desafios que a sociedade impõe. Segundo Montero (2004), tem se desenvolvido na última década uma área que pode

ser denominada de “clínica comunitária”, cuja definição está sendo construída baseada na experiência de alguns psicólogos clínicos, gerando uma prática que vai além dos consultórios e atinge outros âmbitos onde se permite formar, reformar e transformar a conduta profissional e com ela a vida das pessoas.

Com base nas considerações dos autores anteriormente citados, acredito na possibilidade e na urgência de construirmos novos paradigmas tanto para a prática como para a formação do psicólogo clínico, como também de repensar a potência de outros espaços que também possam ser terapêuticos e que não precisem estar atrelados à concepção de uma psicoterapia tradicional. Não estou querendo dizer que a psicoterapia nos moldes tradicionais, em uma relação dual, não seja importante, e percebo que, às vezes, essa modalidade de atendimento se faz inquestionavelmente necessária. O que quero imprimir aqui é a legitimidade de outros espaços, de outros saberes e de outros olhares que também podem ser considerados clínicos e portadores de uma cientificidade. Dentre tantas formas de ampliação da clínica, tomo como caminho os espaços comunitários. Apresento então, no capítulo três, as reflexões teóricas sobre o papel da psicologia em contextos comunitários e busco compreender em que sentido a inserção nesses contextos permite a ampliação das práticas psicológicas no SUS.

“Pessoalmente acredito que a única saída para esse nosso mundo enlouquecido é envolvermo-nos em verdadeiras experiências comunitárias” (Mauro Martins AmatuZZi).

Capítulo 3:

A inserção na comunidade: implicações para a prática psicológica

3.1 - Refletindo sobre alguns objetivos e implicações da inserção de psicólogos no contexto comunitário

Muitos autores vêm discutindo a importância dos espaços comunitários para a inserção de uma prática psicológica mais eficaz e mais contextualizada com a realidade da população; entre eles, podemos citar: Lancetti (1989); R.D. Barros (1994); Saraceno (1999); Lane (2000); Andery (2001); Naffah (2001), Tomanick (2001); entre outros, chamando a atenção para a comunidade como um espaço potencial, seja para o resgate da identidade e subjetividade, seja como proposta de ampliação da prática psicológica. Mejias (1984), há 23 anos, se questionava sobre como tornar o atendimento psicológico mais acessível e útil a uma faixa cada vez mais ampla da população. Já naquela época a autora apontava como solução a atuação comunitária com enfoque preventivo. Segundo a autora, a possibilidade de contribuição da psicologia à saúde pública estaria condicionada aos progressos da psicologia comunitária, e, nesse sentido, dependeria de um desenvolvimento de pesquisas que melhor esclarecessem as relações entre o funcionamento individual e os ambientes comunitários.

A inserção na comunidade aparece como resposta ao esvaziamento do vínculo e à fragilidade do sujeito diante de uma sociedade que apregoa tanto os ideais individualistas. Partindo da premissa de que a essência da vida humana é a interatividade de cada homem com o todo do seu mundo e em especial com outros seres humanos do seu entorno, podemos afirmar que é através do espaço comunitário que o sujeito se nutre, constrói sua identidade, onde esse sujeito pode vislumbrar a reconstituição de sentidos de sua existência (A.P.Barreto, 2005;

Lehman, 2001; Morais, 2001). Além disso, na comunidade, as pessoas podem ter voz e vez, sem serem absorvidas por um anonimato ou massificação. É onde as pessoas podem colocar em ação suas iniciativas, sua criatividade e sua subjetividade por meio da relação com os outros. A comunidade seria uma maneira de resgatar o ser humano e a vida social, permitindo romper com a dicotomia entre coletividade e individualidade, ser humano genérico e ser humano particular, apresentando-se como espaço privilegiado da passagem da universalidade da ética humana à singularidade do gozo individual (Guareschi, 2000; 2001; Sawaia, 2000). Nesse sentido, para Barbosa (1999), o caminho para a libertação humana, para realização plena da humanidade em cada um, pode e deve ser conduzido partindo da facilitação do diálogo entre as pessoas.

Diante desse exposto, observam-se as possibilidades de crescimento pessoal a partir da inserção em espaços comunitários, o que traz para a prática psicológica na saúde pública algumas pistas do quanto é possível promover saúde mental por meio da facilitação de encontros na comunidade que sejam possibilitadores de autonomia e emancipação. Para isso Góis (2005) chama atenção para a importância de desenvolvermos condições facilitadoras de modo que as pessoas se assumam como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador e criador. A práxis do psicólogo deverá estar pautada na facilitação do diálogo entre as pessoas, compreendendo a importância do espaço de participação popular como espaço de integração das diferenças e de expressão do indivíduo, partindo do pressuposto de que o cidadão comum possui conhecimentos que precisam ser descobertos, valorizados e compartilhados (Andery, 2001; Barbosa, 1999; DeSouza, 1998; Freire, 1998). Freitas (1998) aponta ainda que, para uma inserção voltada para

o compromisso de possibilitar mudança nas condições de vida da população, devemos levar em conta alguns aspectos:

- O que deve indicar os caminhos para prática do psicólogo são as necessidades da população.
- O trabalho deve implicar a construção conjunta para que a população assuma seu cotidiano, fomentando relações mais solidárias e éticas, desenvolvendo uma consciência crítica.
- As ferramentas para a intervenção poderão advir do campo de investigação participante e de outras disciplinas além da própria psicologia.

Amatuzzi (2001b) fala de uma psicologia popular que seria explicitada na convivência construída num contexto de ação conjunta com as pessoas. Segundo o autor, essa psicologia será popular quando:

- considerar as pessoas comuns, em sua condição comum;
- for elaborada buscando a emancipação ou crescimento;
- for elaborada junto com as pessoas de forma participativa.

Penso que todos os aspectos ressaltados anteriormente apontam essencialmente para uma prática psicológica cidadã, comprometida socialmente e preocupada com o desenvolvimento e emancipação humana, tanto no nível pessoal como no coletivo e de forma integrada. Acredito ainda que são posturas indispensáveis para repensar nossa atuação enquanto psicólogos clínicos no SUS e para a consolidação da clínica ampliada. Muitas experiências, tanto relacionadas à prática como à pesquisa, têm sido construídas com base nesses princípios, buscando: desenvolver habilidades para o autocuidado e cuidado com a comunidade

(Andery, 2001); a luta por melhores condições de vida (Brito & Figueiredo, 1997); a criação de uma consciência crítica capaz de possibilitar práticas políticas transformadoras (Sawaia, 1995); a criação de redes sociais de apoio e solidariedade pelo compartilhamento de experiências de vida (Amatuzzi *et al.*, 1996; A.P.Barreto, 1994; 2005; Fávero & Eidelwein, 2004; Martins, 2004; Martins & Amatuzzi, 2005); conscientizar para a importância de trabalhos de saúde mental na comunidade em termos de promoção de qualidade de vida (A.B.D. Lima *et al.*, 2003; R.A.Souza & Carvalho, 2003), etc. São várias as possibilidades de inserção do psicólogo na comunidade. Para essa pesquisa era preciso delimitar que tipo de experiência comunitária eu estaria enfocando. Para mim, era importante partir de vivências dentro da área da saúde, pois seria uma maneira de reafirmar a pertinência das práticas comunitárias para o cuidado em saúde e, principalmente, em saúde mental. Desse modo, acabei optando pelas experiências nos Centros de Convivência e oficinas de geração de renda, escolhi essa que foi motivada principalmente pela minha implicação na construção desses dispositivos no município de Campinas. Gostaria então, nesse momento, de me estender um pouco mais nessa experiência.

3.2 - Os Centros de Convivência e Cooperativas

Os primeiros Centros de Convivência e Cooperativas do Brasil surgiram na cidade de São Paulo no final da década de 1980, como parte da rede municipal de atenção à saúde mental, tendo como proposta a reabilitação psicossocial dos usuários de saúde mental, no intuito de incluí-los no circuito social. Dessa forma, surgiram muito fortemente ligados à reforma psiquiátrica dentro de uma rede

complementar e gradativamente substitutiva aos equipamentos manicomialis, propondo uma nova forma de as pessoas relacionarem-se, apresentando uma oferta de tratamento diferente do proposto dentro das instituições psiquiátricas (Galletti, 2004). De acordo com Galletti (2007), quando foram criados esses serviços na cidade de São Paulo, havia toda uma cultura antimanicomial que urgia por uma rede de serviços substitutivos que fizesse frente a todo um conjunto de atitudes fundadas na intolerância, atitudes muitas vezes reforçadas pelo poder psiquiátrico que se tentava modificar. Desse modo, os Centros de Convivência tinham como principal objetivo, instaurar comunicações, estabelecer relações, criar pontes entre o que denominamos clínica e social. A questão era possibilitar que os usuários dos serviços de saúde mental e outras parcelas da população com problemática social e de saúde, como pessoas portadoras de deficiência física ou sensorial, crianças, idosos, adolescentes em situação de risco pessoal e social e a população em geral, tivessem um trânsito mais espontâneo pela cidade e inserções efetivas no mundo coletivo (Galletti, 2007; M.B.S. Ribeiro & Oliveira, 2005).

Foram instalados 18 Centros de Convivência em parques, centros esportivos, praças e centros comunitários do município de São Paulo. O objetivo era transformar o bem público em espaço coletivo e, dessa forma, possibilitar a convivência entre as pessoas (Luzio & L'Abbate, 2006). De acordo com Santos (1994), os parques municipais foram escolhidos por serem espaços naturais espontâneos de convivência, podendo favorecer a integração e a reinserção social. Esses serviços utilizavam-se de recursos de artes, realizando intersectorialidade com outros dispositivos da cultura, educação, habitação e esporte. As práticas abarcavam música, artesanato, pintura, dança, teatro e esporte, além de promover atividades

para ressignificar o processo de trabalho, visando à inserção social pelas atividades nas cooperativas para geração de renda (Luzio & L'Abbate, 2006).

As oficinas surgiram como principal instrumento de intervenção nesses espaços. A maioria das atividades era destinada aos pacientes com transtorno mental. No entanto, as oficinas eram abertas a todas as pessoas que manifestassem interesse por alguma atividade, já que se instaurou como objetivo aproximar a população 'normal' dos 'diferentes' (psicóticos, deficientes mentais, meninos de rua etc.). Desse modo, eram promovidos encontros entre as pessoas, criando condições favoráveis para a inserção e a integração dos indivíduos, colocando-os efetivamente em cena por meio de atividades manuais, culturais e esportivas (Galletti, 2004). As oficinas, como principais ferramentas dos Centros de Convivência, trouxeram para o circuito de tratamento outras possibilidades de cuidado. O encontro na diferença, a heterogeneidade e a aglutinação pelo desejo foram fundamentais para a construção de uma saúde mental menos patologizante (Galletti, 2007). Desde então, a lógica que tem orientado esses serviços é a inclusão na sociedade como primeiro passo rumo à desconstrução do manicômio. O principal instrumento para que essa inserção aconteça são as diversas expressões artísticas. Isso tem favorecido a vivência de novas experiências, formas de expressão e encontros, possibilitando elos entre usuários nos vários espaços culturais e sociais existentes na cidade (Lopes & Malfitano, 2006; Misson e Silva & Bastos, 2005).

Em muitos municípios do país, como Belo Horizonte, Campinas e São Paulo, os Centros de Convivência vêm se consolidando por seu papel significativo na inclusão social das pessoas com transtornos mentais, facilitando, por meio de atividades coletivas, a construção de novos laços sociais, autonomia, cidadania e

vínculos solidários, atuando, sobretudo no campo da cultura. Esses serviços oferecem espaços de sociabilidade, produção artística e cultural e geração de renda, incluindo todas as faixas etárias, usuários de serviços de saúde mental e todos aqueles que vivem em diferentes situações de risco e vulnerabilidade social. São dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa com transtorno mental e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura. O Ministério da Saúde vem conduzindo um debate em torno da viabilidade de expansão desse dispositivo para todo o país. A implementação de Centros de Convivência costuma ocorrer somente naqueles municípios que já foram capazes de construir uma resposta pública e uma rede substitutiva efetiva para o cuidado de pessoas com transtorno mental severo e persistente. Assim, a implementação dos Centros de Convivência ganha sentido apenas naquelas localidades onde a rede substitutiva de atenção à saúde mental conta com cobertura adequada, especialmente de CAPS. Ainda não há uma política de financiamento, controle e avaliação para esses serviços. No entanto, essa questão encontra-se em franco debate, sendo alvo de diversos fóruns, com os estados, municípios, usuários, profissionais da saúde e da cultura, movimentos sociais e outros atores do processo da reforma psiquiátrica. A regulamentação dos Centros de Convivência pelo Ministério da Saúde constava na portaria 396 de 07 de julho de 2005 (PT SAS 396/05), que foi suspensa e ainda está em discussão (Brasil, Ministério da Saúde/DAPE / Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005; 2007). Aprofundar o debate em torno de uma regulamentação para esses serviços faz-se fundamental considerando o papel estratégico dos Centros de Convivência para o processo de

desinstitucionalização e para a reversão das práticas cronificantes, excludentes e segregadoras (Santos, 1994).

3.3 - Os Centros de Convivência em Campinas

No município de Campinas-SP, os primeiros Centros de Convivência surgiram em 1997 a partir da reestruturação de um antigo hospital psiquiátrico hoje denominado Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. A constituição desses espaços deu-se com o fechamento de uma das alas de leito psiquiátrico dentro do Hospital hoje denominado Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Esses Centros de Convivência surgiram para ampliar o sentido terapêutico da clínica em saúde mental e da reabilitação psicossocial no contexto da construção e resgate da cidadania (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2001b). Para C.S. Ribeiro e Braga Campos (2001), esses espaços de convivência e de encontros permitiram a aproximação e interação entre hospital e comunidade local, possibilitando quebrar tabus já que moradores da comunidade passaram a frequentar o espaço do hospital para organizarem, junto com os pacientes, diversas atividades de lazer e cultura.

No documento da Secretaria Municipal de Saúde de 2001, apresentado durante a I Conferência Municipal de Saúde Mental, há também referência a outros dois espaços de convivência que surgiram mais ou menos na mesma época. Um deles surgiu pela mobilização da comunidade local da região noroeste da cidade em parceria com os Centros de Saúde da região, CAPS, Casa de Cultura, Clube Municipal, escolas, igrejas, além do auxílio de estagiários e aprimorandos da PUC-Campinas. A outra experiência surgiu na região sudoeste por iniciativa de alguns

profissionais ligados aos Centros de Saúde da região, CAPS e pessoas da comunidade (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2001b).

Outros Centros de Convivência foram surgindo em diferentes regiões de Campinas e, ainda que alguns tenham sido iniciados como uma alternativa de tratamento psiquiátrico, tiveram uma ampliação de ações que se estenderam também à comunidade. Vários esforços têm acontecido desde então por parte dos profissionais da área da saúde mental para potencializar os Centros de Convivência no município de Campinas. Há atualmente cerca de dez Centros de Convivência sendo implementados com características diversas. O movimento crescente de profissionais envolvidos com esses serviços gerou em 2005 um fórum, do qual eu participo, que discute as experiências atuais e sua ampliação no município como alternativa de atenção à saúde mental. A partir de várias discussões nesses fóruns, foi possível pactuar um objetivo comum para esses espaços, assim como a população-alvo, as práticas pertinentes etc. Isso acabou gerando um documento que foi apresentado em novembro de 2008 ao colegiado de gestão em saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde e hoje constitui-se um norteador para as nossas práticas. De acordo com o destacado no documento, o objetivo dos Centros de Convivência em Campinas é “construir coletivamente espaços de convivência nos territórios capazes de operar no fortalecimento de vínculos solidários, através de práticas que promovam cultura, educação, saúde e lazer, garantindo a singularidade de cada um, acolhimento e desenvolvimento das potencialidades” (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas -SMS, 2008, p. 1). As ações são destinadas a toda comunidade, no entanto, há uma atenção especial em incluir aquelas pessoas com maior vulnerabilidade pessoal e social. Algumas das práticas que são desenvolvidas

nesses espaços são: 1) Receptividade e acolhimento, consistindo em cotidianamente receber a população que chega ao serviço e promover encontros que podem se dar em pequenos ou grandes grupos, através ou não de alguma atividade; 2) Atividades verbais (assembleia, roda de conversas etc.); 3) Atividades esportivas e de lazer; 4) Atividades artísticas e culturais (rádio, jornal, teatro, biblioteca, música, dança, etc. 5) Atividades de educação e cidadania (como por exemplo, a FUMEC - Fundação Municipal para Educação Comunitária -, além de projetos de intervenção sobre a cultura popular, preservação do ambiente, hortas e jardins comunitários, reciclagem etc.); 6) Práticas integrativas (terapia comunitária, massagens, Lian Gong, entre outras), e 7) Atividades de incubação de geração de renda. A intersetorialidade constitui-se uma das premissas para o desenvolvimento das práticas, tanto internas como externas, buscando oferecer o maior número de ofertas e possibilidades de encontros entre as pessoas.

As experiências têm características bastante diversas no que diz respeito à história de constituição, ao apoio político e de gestão, ao envolvimento da comunidade e de outros serviços de saúde etc. O documento elaborado a partir do fórum de Centros de Convivência permitiu minimamente estabelecer uma diretriz de modo que, ainda com características diversas, esses espaços possam contar com uma estrutura mínima em termos de materiais e recursos humanos para funcionarem, como também possibilitou uma maior clareza em relação aos objetivos desses espaços dentro da rede pública de saúde. Podemos dizer que a implementação dessas experiências ainda é um desafio, um processo em construção. Ainda buscamos uma maior legitimação dentro da rede de saúde.

Podemos dizer que alguns esforços têm sido feitos com esse intuito, tendo como fomento os fóruns de discussão sobre Centros de Convivência.

Acredito que foi em busca também dessa legitimação, que esta pesquisa se fez presente. Durante toda minha vivência de trabalho com esses dispositivos em saúde mental, percebia o quanto as atividades e os encontros fomentados pelos Centros de Convivência traziam potencialidade em termos de crescimento pessoal e coletivo para a vida das pessoas. Além disso, para mim, tais experiências sempre apontaram para a possibilidade de ampliação da clínica e da prática psicológica no contexto da saúde pública. Foi por acreditar que essas intuições e percepções derivadas principalmente de minha vivência profissional mereciam uma formulação teórica, que delimitar como objetivo desta pesquisa compreender como vivências comunitárias de psicólogos clínicos (especificamente vivências em Centros de Convivência ou espaços de geração de renda) poderiam contribuir para a ampliação do conceito de clínica psicológica em saúde pública. Para o cumprimento desse objetivo, este estudo passou por alguns passos, tais como: 1) Descrever as experiências comunitárias de psicólogos clínicos inseridos no SUS; 2) Explicitar os significados atribuídos pelos psicólogos clínicos às suas práticas comunitárias e 3) Compreender a potencialidade dessas práticas comunitárias para o cuidado e para a atenção em saúde mental.

“Cabe a nós encontrar os acordes, escrever a partitura, dar vida à sinfonia, dar aos sons uma forma, que, sem nós, não existiriam” (François Jacob).

Capítulo 4:

Delineando o caminho da pesquisa

4.1 - Reflexões metodológicas

Considerando os objetivos propostos para esta pesquisa, pode-se afirmar que se tratou de um estudo qualitativo. Bogdan e Biklen (1982) afirmam que, nesse tipo de pesquisa, procura-se estabelecer estratégias e procedimentos que permitam tomar em consideração e compreender as experiências do ponto de vista do informante. Os autores entendem que o fato de abordar as pessoas com essa intenção, ainda que não seja um procedimento perfeito, é o que menos distorce a experiência dos sujeitos. Turato (2000) destaca também que o alvo de interesse da pesquisa qualitativa são os significados que um indivíduo em particular ou um grupo atribuem aos fenômenos da natureza que lhes dizem respeito. Os sentidos e os significados dos fenômenos são o cerne para os pesquisadores qualitativos, que deverão capturá-los, ouvindo e observando os sujeitos da pesquisa, bem como fazer as interpretações. Para buscar esses sentidos, este estudo tomou o caminho fenomenológico no intuito de resgatar vivências concretas de psicólogos clínicos em projetos comunitários para posteriormente compreender em que sentido elas poderiam trazer contribuições para se repensar a clínica psicológica. Para AmatuZZi (2001a) a pesquisa fenomenológica é uma pesquisa de natureza. Ela pretende dar conta do que acontece, pelo clareamento do fenômeno. Não trata de verificar, mas construir uma compreensão acerca de um tema. AmatuZZi (1996) define a pesquisa fenomenológica como “o estudo do vivido ou da experiência imediata pré-reflexiva, visando descrever seu significado, ou qualquer estudo que tome o vivido como pista ou método” (p.5). O vivido, segundo AmatuZZi (2001b), é a nossa reação imediata àquilo que nos acontece, antes mesmo de qualquer reflexão ou elaboração de

conceitos. O acesso ao vivido na pesquisa fenomenológica dá-se através de pensamentos e ações que possam manifestá-lo de modo mais direto possível. Fazemos uma leitura do vivido entrando em contato com suas manifestações, seja através de depoimentos ou qualquer outro tipo de expressão (Amatuzzi, 2001a). Por isso, uma entrevista que pretende captar a experiência vivida deve clarear para o entrevistado os significados mais originais de sua experiência (Amatuzzi, 1998). Desse modo, aproximar-se do vivido requer um esforço conjunto do pesquisador e do sujeito colaborador para ir além de estruturas já dadas, ir além dos modos habituais de pensar, e buscar uma conexão mais fluente com a experiência. Para que isso aconteça, duas condições são necessárias: o pesquisador deverá ser capaz de ter senso crítico sobre suas próprias estruturas que permita a ele deixá-las de lado provisoriamente para que o fenômeno possa revelar-se. Uma outra condição é a relação estabelecida entre pesquisador e colaborador: ela deve ser tal que o pesquisador facilite ao colaborador uma progressiva aproximação à sua própria vivência para além das ideias, teorias ou estruturas de pensamento (Amatuzzi, 2001a).

Para essa aproximação com a vivência, alguns autores como Holanda (2001) e Moreira (2004) destacam a importância da redução fenomenológica, conforme proposta por Husserl, que implica em abandonarmos temporariamente aquilo que acreditamos que as pessoas sejam num determinado momento, ou que julgamos a partir de nossas próprias perspectivas, para nos tornarmos mais aptos a entrar em contato com a realidade única do vivido do sujeito ao qual nos dirigimos. Podemos entender a redução fenomenológica, o 'colocar entre parênteses' nossos julgamentos, como uma atitude de abertura diante do fenômeno. Por isso, acredito

que essa atitude significa, antes de qualquer coisa, uma ética ante a experiência do outro que se comunica, aproximando-se do modelo de pesquisa centrado na pessoa, conforme explicitado por Barineau e Bozarth (1989). Esses autores discorrem que esse tipo de pesquisa valoriza a disciplina de se desvestir de crenças e inclinações a fim de atender sempre o mundo novo e emergente da subjetividade do outro. Nesse sentido, Bello (2006) também nos fala da necessidade de uma honestidade intelectual na pesquisa que pode ser entendida como a disponibilidade para revelar o que se apresenta, livre de qualquer preconceito e com o desejo de compreender como as coisas são, sem adaptá-las à própria pesquisa, aos próprios objetivos, ou a finalidades pré-constituídas. A autora destaca que, desse ponto de vista, a pesquisa fenomenológica tem uma “profundidade ética extraordinária, justamente na eliminação de preconceitos. Colocar entre parênteses significa assumir uma atitude de grande disponibilidade” (p.31).

No caso desta pesquisa, esse aspecto se mostrou presente; no entanto, além de uma escuta ativa e de uma abertura para compreender os significados atribuídos pelos participantes às suas práticas, buscou-se um verdadeiro diálogo com eles possibilitando, dessa forma, uma construção conjunta dos significados das vivências presentes nas práticas dos Centros de Convivência. Assim, o momento da entrevista representou muito mais do que uma ‘coleta do depoimento’, mas principalmente uma oportunidade de reflexão conjunta sobre o fenômeno, permitindo que alcançássemos, tanto eu como os participantes, níveis mais abrangentes de compreensão sobre o significado da clínica nos Centros de Convivência. Desse modo, acredito ainda que a forma como me propus a conduzir esta pesquisa aproxima-se muito da pesquisa fenomenológica de tendência dialética, conforme

descrita por AmatuZZi (1996). Segundo o autor, esse tipo de pesquisa “procura elucidar teoricamente uma prática situada, de forma a interferir na tomada de posição das pessoas envolvidas” (p.9). Para o autor, a pesquisa fenomenológica de tendência dialética acrescenta uma presença maior da subjetividade do pesquisador; leva em consideração o contexto dialógico no qual se desenvolve a pesquisa; permite uma abertura para níveis mais abrangentes ou coletivos de significado e para a consideração do momento histórico no qual está se estudando. Holanda (2006) também define a investigação qualitativa a partir de dois elementos principais, que se aproximam dessa ideia. Ele destaca a importância da inclusão da subjetividade do pesquisado e do pesquisador no ato do investigar e de uma visão abrangente do fenômeno pesquisado, levando em conta os aspectos sociais, culturais, econômicos etc., que estão em torno do fenômeno.

AmatuZZi (2006), ao discorrer sobre a pesquisa da subjetividade a partir do referencial da pesquisa fenomenológica de tendência dialética, afirma que pesquisar a subjetividade não implica somente produzir conhecimentos sobre ela, mas um aproximar-se experiencialmente, deixar-se tocar pela subjetividade do outro, permitindo que ela faça sentido para o pesquisador. É só depois, a partir desse contato, que podemos produzir um discurso expressivo sobre essa experiência. Portanto, a pesquisa da subjetividade é aquela que envolve todos os sujeitos, incluindo o pesquisador, e os mobiliza, permitindo modificar a consciência das pessoas envolvidas e alterar os modos de ação dessas pessoas. AmatuZZi (2001a) afirma ainda que a possibilidade do pesquisador atuar como facilitador do acesso ao vivido, em uma pesquisa fenomenológica é de fundamental importância. Muitas vezes, o momento da entrevista é a primeira oportunidade que as pessoas têm para

descrever sua experiência em palavras, pois nunca tiveram a possibilidade de dizê-la antes. Portanto é no ato da relação pessoal, quando surge a oportunidade de dizer que ele é acessado; o vivido é assim surpreendido pela pessoa na sua relação com o pesquisador. O autor entende que a pesquisa fenomenológica é mobilizadora sendo que o vivido mobilizado é a mola propulsora do desenvolvimento individual e coletivo. Acredito que esta pesquisa teve essa intenção e, de fato, permitiu uma mobilização tanto em mim quanto nas pessoas entrevistadas. Em mim, a mobilização deu-se pela transformação em minha própria prática, pelo me encorajando a ampliar meu espaço de atuação, acreditando que essa ampliação permitiria ainda me situar dentro do campo da clínica. Para os participantes, a mobilização foi no sentido de refletirem sobre suas ações, refazendo uma trajetória que permitiu com que visualisassem avanços e desafios da prática. Além disso, também possibilitou com que situassem com menor constrangimento essas ações no campo da clínica.

Para Maraschin (2004), pelo fato de a pesquisa qualitativa indagar sobre formas de viver, existir, sentir e pensar, é possível pensar na pesquisa como uma possibilidade de intervenção capaz de produzir tanto no pesquisador como no pesquisado, possibilidades de autoprodução e de autoria, além de novos arranjos de sentidos que abrem caminho para novas formas de pensar e fazer. Concordando com essa ideia, Szymanski e Cury (2004) consideram que toda a investigação psicológica implica sempre uma intervenção, na qual tanto participante como pesquisador são afetados pela situação de pesquisa.

4.2 - Participantes da pesquisa

Podemos dizer que a concepção da singularidade é uma das características da pesquisa fenomenológica. Concebe-se o estudo de um determinado fenômeno através de experiências singulares que permitem apontar para sua compreensão geral. Como afirma Amatuzzi (2001a), é uma pesquisa de natureza, e não de extensão. A preocupação é fazer uma elaboração teórica sobre o que é determinado fenômeno ou suas possibilidades de ser. Por isso um número grande de participantes não é o que importa, mas sim como alguns deles podem apontar segundo suas próprias experiências, aspectos importantes para o pesquisador elaborar uma teoria sobre o fenômeno estudado. Para González Rey (2002; 2005), o número de sujeitos a serem estudados responde a um critério qualitativo, definido essencialmente pelas necessidades do processo de conhecimento que surgem no curso da pesquisa.

Levando em consideração os apontamentos dos autores acima citados, a intenção desta pesquisa foi partir de alguns poucos relatos que pudessem revelar alguns significados sobre a experiência comunitária em saúde mental de modo a permitir a compreensão sobre a potencialidade das práticas comunitárias para o cuidado em saúde mental, possibilitando assim uma elaboração teórica sobre a clínica desenvolvida nesses contextos.

Participaram desta pesquisa seis psicólogos, cinco do sexo feminino e um do sexo masculino, na faixa etária entre 26 e 52 anos contratados para trabalhar na rede pública de saúde em Campinas e que dispunham de carga horária total ou

parcial para atividades em Centros de Convivência ou oficinas de geração de renda. Dois dos psicólogos são formados há mais de dez anos, sendo que um deles graduou-se em 1985. Os outros quatro têm um tempo de formação de varia entre dois a nove anos. Um dos participantes está inserido na rede pública de saúde de Campinas há doze anos. Os outros cinco estão inseridos na rede pública de saúde dentro de um período que varia entre um a sete anos.

Quatro destes psicólogos são gestores das instituições e dispõem de carga horária total de trabalho para dedicação aos Centros de Convivência com os quais estavam envolvidos. Um dos trabalhadores tem como local de trabalho um CAPS e dispõe de dez horas de sua carga horária de trabalho para articular algumas ações no Centro de Convivência. O outro dispõe de toda sua carga horária de trabalho (30 horas semanais) para coordenar um grupo de culinária em um espaço exclusivamente voltado para a geração de renda.

O número de participantes foi definido levando em conta a disponibilidade de carga horária total ou parcial para esse tipo de projeto. Ainda que houvesse outros psicólogos que dispunham de carga horária para desenvolver alguma oficina dentro dos Centros de Convivência ou em espaços de geração de renda, optou-se por definir o número de depoimentos a serem agregados à pesquisa por um critério semelhante ao de saturação, ou seja, quando foi possível elaborar uma compreensão ampla a respeito da temática e quando se notou que não traziam mais elementos novos significativos para a compreensão desejada. Para garantir isso, cada entrevista era analisada após sua realização, e somente depois dessa análise é que se partia para escuta de um novo depoimento.

4.3 - Os instrumentos

Foram realizadas entrevistas individuais com os participantes nos locais onde eles trabalham. Apenas uma das entrevistas foi realizada em local diferente do qual a participante estava envolvida, pelo fato do espaço estar em reforma para receber um evento. Optou-se por uma modalidade de entrevista inspirada na entrevista não-diretiva ativa conforme proposta por Mucchielli (1991). Esse autor define esse tipo de entrevista como:

Uma técnica qualitativa de coleta de dados em que a entrevista é aberta e centrada, quer dizer, ela se baseia não nas reações do entrevistado a perguntas precisas, mas na expressão livre de suas ideias sobre um assunto. Para um entrevistador, ser não diretivo é querer não impor nada ao entrevistado, mas obter dele expressões espontâneas, absolutamente não devidas a induções vindas da situação do encontro ou de suas próprias atitudes, comportamentos e reações no momento deste encontro (Mucchielli, 1991, p.29).

Chizzoti (1991) afirma que a entrevista não-diretiva é uma forma de colher informações baseadas no discurso livre do entrevistado; pressupõe que o informante é competente para exprimir-se com clareza sobre questões da sua experiência, comunicar representações, manifestar em seus atos o significado que têm no contexto em que se realizam, revelando tanto a singularidade quanto a historicidade

dos atos, concepções e ideias. A entrevista não-diretiva ativa contempla o aspecto destacado por Chizzoti, no entanto, é uma proposta de um maior envolvimento do entrevistador. Nela, é preciso analisar e sintetizar, durante o próprio discurso, aquilo que o interlocutor diz de importante. Relaciona-se à compreensão do que é dito com o objeto da entrevista. Há análises a fazer e a devolver ao interlocutor durante o depoimento. Dessa forma, o entrevistador é ativo, devendo apoiar sem cessar seu interlocutor na reflexão (Mucchielli, 1991).

É importante ressaltar que, embora a atitude destacada pelo autor acima citado tenha se feito presente durante toda a conversa com os participantes, foi possível ir além de devolver interpretações e compreensões em relação aos significados explicitados. Ou seja, considerando meu papel, não só como pesquisadora, mas também como participante do processo de implementação dos Centros de Convivência em Campinas, pude ao logo da entrevista, comunicar minhas vivências e percepções, buscando dessa forma uma construção conjunta do significado das práticas desenvolvidas nos Centros de Convivência. Assim, pode-se afirmar que a entrevista teve dois momentos: um primeiro momento de abertura à experiência dos participantes com base em uma postura não-diretiva que partiu do seguinte convite: *“Eu gostaria que você me falasse sobre sua experiência de trabalho na comunidade”*. O segundo momento revelou-se por uma postura mais ativa e de reflexão conjunta, pois tive a oportunidade de explicitar para os entrevistados minha compreensão sobre as práticas e sobre a clínica que poderia existir nos Centros de Convivência, levando em consideração tanto os próprios significados que estavam sendo construídos por eles no discurso como também minha vivência de trabalho a partir desses espaços. Essa explicitação só foi possível na medida em que eles

mesmos, pelo nosso diálogo, permitiram essa abertura para que pudéssemos somar experiências e refletirmos juntos sobre o fenômeno. Através dessa reflexão conjunta foi possível alcançar níveis mais abrangentes de significados para as práticas nos Centros de Convivência.

Além das entrevistas, desde o início da pesquisa passei a registrar algumas reflexões pessoais em diário de campo a respeito de acontecimentos significativos acerca do próprio espaço comunitário onde eu atuava como profissional e de reuniões que eu frequentava para discutir questões acerca de tais projetos no município de Campinas. No entanto, não houve uma sistematização desses registros, pois as reflexões contidas no diário de campo foram contempladas pelos depoimentos.

4.4 - Procedimento para a realização das entrevistas e para o relato dos encontros

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas, de acordo com o protocolo 248/08, passei a entrar em contato com os participantes para a realização das entrevistas individuais. A maioria já participava das reuniões sobre Centros de Convivência, nas quais eu também estava presente, e tinha conhecimento a respeito da pesquisa desde o seu início. Apenas um dos convites aconteceu de forma um pouco diferente: pelo fato de não ter sido possível a realização da primeira entrevista no local de trabalho da participante, fomos então para um espaço onde é desenvolvido um projeto de geração de renda. Foi lá que encontrei o psicólogo que coordenava a oficina de culinária. Expliquei a ele sobre a

pesquisa e, como ele se mostrou interessado, convidei-o para participar. As entrevistas foram realizadas no período entre maio e dezembro de 2008

No momento da entrevista, eu explicava novamente para todos o tema e o objetivo da pesquisa, enfatizando a confidencialidade da entrevista (referente às informações pessoais, nomes e instituições), mostrando abertura para que o entrevistado pudesse esclarecer dúvidas. Ainda me disponibilizava a prestar quaisquer esclarecimentos a respeito do depoimento, de sua análise e de seus impactos. Antes da realização das entrevistas, era solicitado aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), elaborado sob orientação da lei nº 196/96 do Ministério da Saúde. Após o consentimento do participante, bem como sua assinatura do termo, a entrevista tinha início a partir de um convite para que eles falassem livremente sobre suas experiências de trabalho na comunidade.

As entrevistas foram gravadas para facilitar o acesso e a recuperação das informações. Assim, logo após cada entrevista, meu procedimento era escutar novamente sua gravação para em seguida elaborar relatos expressivos do encontro, preservando seu dinamismo e levando em conta a presença de ambos (pesquisador e pesquisado). De acordo com Millanesi (2009), recontar livremente o encontro em forma de um texto narrado é uma proposta para não perder o contato com o vivido e, ao mesmo tempo, iniciar um processo de organização dos temas que vão emergindo em cada entrevista. Desse modo, para esta pesquisa, narrar o encontro, permitiu uma aproximação com alguns temas emergentes que respondiam à questão de pesquisa, possibilitando já uma primeira tentativa de análise (os relatos das entrevistas estão no anexo II deste trabalho).

4.5 - Percurso para análise do vivido

Os dados foram submetidos à análise fenomenológica. Tal análise, segundo AmatuZZi (1996) privilegia o intencional ou o vivido, isto é, significados sentidos para os quais os signos apontam como símbolos mais ou menos bem-sucedidos, com os quais podemos entrar em contato pela mediação do expresso.

AmatuZZi (2001a) propõe uma análise fenomenológica sistematizada em quatro momentos nos quais esta pesquisa se inspirou:

1- No primeiro momento, trata-se de dizer de forma organizada e clara o já dito no fluxo desordenado do encontro. Chega-se, então, a uma síntese individual de cada depoimento. Essa síntese pode ser mostrada ao sujeito pedindo sua confirmação, ou seja, se ele se reconhece no que está ali dito sobre sua experiência.

2- Num segundo momento, trata-se de buscar temas comuns a partir da sistematização de diversos depoimentos para se chegar a uma síntese de todos. Trata-se de um trabalho de abstração e construção conceitual que termina na estrutura geral do vivido.

3- No terceiro momento, busca-se um diálogo do material com outros pesquisadores ou teóricos.

4- O quarto momento é a própria comunicação da pesquisa. A cada vez que se comunica uma pesquisa fenomenológica, segundo o autor, ela é refeita no diálogo com os presentes.

Partindo dessa proposta de sistematização, busquei delimitar para esta pesquisa, um possível percurso para análise das vivências e posterior elaboração teórica com base nas mesmas. A análise partiu inicialmente do contato com os

depoimentos que estavam gravados. Baseado nesse contato, foi elaborado um relato em primeira pessoa de cada depoimento procurando explicitar elementos vivenciais que pudessem responder de alguma forma ao problema de pesquisa. Dessa forma, o relato das entrevistas não foi simplesmente recontar a entrevista, mas também um momento de compreensão e análise dos temas emergentes que surgiram no decorrer da conversa.

Para a análise de cada relato de entrevista, a primeira etapa foi a leitura do mesmo, com o objetivo de captar mais uma vez seu sentido geral e os temas que foram apresentados e refletidos. Após essa leitura, o relato da entrevista foi dividido em parágrafos, considerando não o conteúdo, mas as unidades temáticas em termos do vivido presente no relato. Levando-se em consideração cada unidade temática, foi feita a compreensão do vivido em linguagem psicológica, tentando buscar, nas entrelinhas da vivência relatada, os seus significados (um exemplo dessa etapa está no anexo III deste trabalho). Por fim, foi elaborada uma síntese específica de cada entrevista, sistematizando e organizando em um texto coerente, todas as compreensões psicológicas apreendidas e os significados das vivências dos participantes.

Após a análise de todos os relatos da entrevista, foi feita uma tentativa de organização de todas as sínteses específicas em uma síntese unificada buscando elementos comuns e diferentes contidos nas vivências, que pudessem permitir uma estrutura geral do vivido e uma visão conceitual dos significados desse vivido explorado e construído nas entrevistas. O passo seguinte foi propor um diálogo do material com reflexões de outros autores sobre a questão, buscando aprofundar o entendimento dos significados produzidos e buscar uma compreensão mais ampla e

uma construção teórica acerca do fenômeno. Nesse sentido, pode-se dizer que esta pesquisa passou por dois momentos: um primeiro momento foi o de aproximação com as vivências comunitárias de psicólogos clínicos, visando descrevê-las e compreendê-las do ponto de vista da clínica ampliada. Um outro momento foi uma elaboração teórica, visando repensar a clínica psicológica no SUS, com base nessas experiências comunitárias e no diálogo com outros autores.

Apresento, no próximo capítulo, esse primeiro momento da pesquisa, por meio das sínteses específicas que foram elaboradas a partir da análise de cada relato de entrevista com os participantes. Logo após encontra-se a síntese geral dos depoimentos. Antes de cada síntese específica, elaborei uma breve apresentação dos participantes. As menções que faço nas apresentações dos participantes e nas sínteses específicas em relação ao momento atual, através de palavras como “hoje”, “atualmente”, etc. se referem, na verdade, ao momento ou período que foi feita a entrevista, assim também como as informações em relação à tempo de formação e inserção na rede de saúde. Todos os nomes são fictícios. Optei por não fornecer a idade dos participantes para preservar o anonimato e a privacidade dos mesmos.

“Entrando na relação, ouvindo, respondendo, no sentido forte que esses termos podem ter, é que possibilitamos o surgimento de novos sentidos, não abstratamente considerados, mas vividos” (Mauro Martins AmatuZZi).

Capítulo 5:

**Os significados das práticas e da clínica nos Centros de
Convivência para os entrevistados**

5.1 - A compreensão dos significados presentes na vivência de Paula

Apresentando Paula

Paula graduou-se em 2001 e está inserida na rede pública de saúde de Campinas há cinco anos. Logo após a graduação, fez um ano de aprimoramento em saúde mental na área de saúde coletiva com inserção em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Após o aprimoramento foi contratada para trabalhar no CAPS e ficou nessa instituição por quatro anos antes de coordenar o Centro de Convivência. Está nesse novo papel há poucos meses, ainda tentando se legitimar. Além de psicóloga, tem formação em Dança Contemporânea, atividade esta que contribui muito, como ferramenta para o trabalho com a comunidade. Hoje desenvolve um grupo denominado "Movimento Vital Expressivo" com a comunidade que frequenta o Centro de Convivência.

Conheço Paula desde quando ela entrou para trabalhar no CAPS. Nosso contato tornou-se mais frequente por conta de sua participação nos Fóruns de Centro de Convivência.

Síntese específica de Paula

Paula iniciou sua prática profissional em CAPS e é com base em sua vivência nesse espaço que sentiu a necessidade do desenvolvimento de uma outra clínica que não se prendesse a um espaço estruturado. Após a graduação, antes de se inserir em CAPS, Paula considerava que seria possível trabalhar dentro de um

setting fechado e estruturado com os pacientes psicóticos. No entanto, depois de sua inserção no CAPS, percebeu que a clínica psicológica convencional não dava conta da complexidade desses pacientes. Viu que era necessário oferecer alternativas de atividades e que para isso teria de propor ações fora da instituição. Mesmo sentindo uma certa pressão para que ela realizasse a clínica dentro do próprio CAPS, Paula conseguiu desenvolver várias parcerias dentro da comunidade para realizar grupos de dança, de passeios etc. Também conseguiu compartilhar esses seus projetos e motivar colegas de trabalho para essas ações enquanto ainda estava no CAPS.

Seguiu acreditando nesse outro tipo de fazer psicológico até que acabou assumindo a gestão de um Centro de Convivência. Ainda que tenha vivenciado um momento difícil de transição do CAPS para o Centro de Convivência, uma vez que construiu relações importantes de trabalho dentro da primeira instituição, hoje vê que essa passagem foi positiva, pois foi possível visualizar uma outra possibilidade de cuidado nesta outra instituição.

Paula sentia que as atividades dentro do CAPS não representavam uma potência na vida dos sujeitos se comparado às atividades que eles faziam fora da instituição. Via que, quando o tratamento se restringia ao ambiente do CAPS, os discursos ficavam centrados somente na doença, no sofrimento e não nas possibilidades de vida e de saúde. Nas atividades fora da instituição, havia outra possibilidade de discurso e de relação. Considera que a clínica dentro do CAPS e a utilização do recurso da linguagem verbal como meio de comunicação, trazem benefícios terapêuticos para os pacientes. No entanto, quando vão para um ambiente fora da instituição, num lugar menos protegido, há a possibilidade de uma experimentação com a vida comunitária. À medida que circulam pelos diversos

espaços sociais, vivem a possibilidade da reinserção na comunidade e isso para muitos pacientes é bastante terapêutico, segundo Paula, considerando que muitas vezes eles estão excluídos do convívio social naquele momento.

Considera que o contexto comunitário permite a emergência de formas mais autênticas de vida. A clínica tradicional, em contrapartida, traz certa superficialidade, já que não é o contexto real de vida que está ali presente. O estar imerso no contexto permite o que Paula acredita ser uma experimentação a partir dos estímulos oferecidos pelo terapeuta. É possível, então, viver no presente, experiências significativas. O que cabe ao terapeuta é oferecer suporte para que essas experiências possam verdadeiramente emergir. Ela acredita que pode ser uma clínica de risco, já que não acontece dentro de um ambiente protegido, mas é um risco que temos de proporcionar ao outro, caso contrário “ninguém sai do lugar”. Assumir esse risco é necessário, pois a abertura para o novo traz a capacidade de recriar outros sentidos para as relações.

Paula concebe a clínica como transformação de vida. E, nesse sentido, para ela, a clínica é também política. A transformação enfatizada por Paula é resultado de encontros que a pessoa estabelece com os outros. Esses encontros propõem-se a ser significativos e neles é possível afetar e ser afetado. Paula situa esses encontros na comunidade, e, mais especificamente, de acordo com sua experiência, nos grupos de dança. Acredita que, mais importante que o *setting* onde a clínica aconteça, é a capacidade de se afetar com o outro e também de afetar o outro na relação.

Paula desenvolve todo seu discurso sobre essa outra possibilidade de realizar clínica com base em uma outra linguagem: a expressão corporal. Isso já nos permite

pensar que fazer clínica vai além do discurso verbal. A expressão corporal, segundo ela, possibilita outra convivência com o mundo externo e consigo próprio. Paula busca essa outra forma de linguagem principalmente no trabalho com os pacientes psicóticos. Considera o quão é difícil para esses pacientes o discurso lógico, já que muitas vezes o pensamento se mostra muito fragmentado. Paula fala do trabalho com o corpo como uma possibilidade de ofertar ao outro uma forma diferente de existir no mundo. Acredita na importância de estender a dança para todos da comunidade, não só para pacientes com transtorno mental. Segundo ela, muitos não procuram a atividade, preocupados com nenhum benefício terapêutico, no sentido de cura, no entanto, ela acredita que, a partir da experiência de grupo, poderá emergir algo de transformador decorrente de um movimento do próprio grupo. Paula, então, sente que, se existir alguma transformação da vida das pessoas, isto já será uma forma de clínica.

Acredita que algumas ações que são oferecidas às pessoas vão além da própria clínica: podem trazer efeitos terapêuticos, mas muitas vezes não têm esse objetivo de imediato. Segundo Paula, as pessoas vão procurar esse tipo de atividade por diversos motivos, nem sempre pensando num sentido terapêutico e acabam modificando-se positivamente. Na verdade, sente que a transformação na vida das pessoas, a partir de uma atividade, é muito ampla para se restringir apenas ao campo da clínica. Acredita que isso elimina a noção de que para realizar clínica psicológica é necessário que alguém esteja em sofrimento e que vá à procura de um especialista para aliviar ou eliminar esse sofrimento. Nessa outra forma de conceber a clínica, é necessário apenas que pessoas queiram estabelecer contatos e encontros significativos a fim de buscar juntas algo de construtivo para suas vidas.

Por essa razão é possível, segundo sua experiência, ir além da clínica, já que a preocupação é muito mais do que cura de um sofrimento. O foco, nesse caso, é a busca de crescimento pessoal e coletivo. Considera então que precisamos estudar a clínica para transcendê-la. No caso do trabalho com o corpo a partir da dança, trata-se da possibilidade de ir além do sentido psicológico.

Paula sente que é fundamental desenvolver estratégias em saúde pública para cuidar das pessoas, que possam ir além da perspectiva de cura. Vê o quanto os usuários dos serviços de saúde desejam que isto aconteça. O problema, segundo ela, é que os profissionais acabam fechando-se a outras possibilidades; trabalham apenas a partir da perspectiva da doença e não estimulam as pessoas para autonomia e para buscarem outras inserções que fortaleçam seu estado de saúde.

Não podemos esquecer, todavia, que essa clínica enfatizada por Paula, ainda que aconteça num ambiente comunitário, é ligada a alguma instituição. As formas de organização do contexto institucional parecem ser fundamentais para o desenvolvimento dessa outra forma de fazer clínica, para ela. Paula valoriza, em seu relato, o aspecto institucional de seu trabalho. Atualmente é coordenadora de um espaço de convivência que ainda precisa ser mais bem estruturado para permitir que ações aconteçam. Ela se angustia pela falta de recursos humanos. Sente-se muito sozinha, ainda que tenha parceiros externos. Embora valorize as parcerias existentes, enfatiza a importância de recursos humanos permanentes dentro do Centro de Convivência, uma vez que muitos dos parceiros, após finalizarem os projetos, vão embora, não permitindo a continuidade de algumas ações. Outra preocupação é a falta de uma estrutura mínima de espaço para que se desenvolvam as ações no Centro de Convivência. Sente-se ainda “sem lugar”. Não dispõe de uma

sala onde possa utilizar telefone, computador etc., recursos necessários para agenciar as ações. Paula, então, sente que para desenvolver o trabalho no Centro de Convivência é preciso uma organização mínima em termos de recursos materiais e humanos para que os projetos possam acontecer. Acredita que, se houvesse um investimento no Centro de Convivência, no sentido de estruturá-lo, permitiria inclusive que outros profissionais ligados a instituições do território como CAPS, Centros de Saúde etc. utilizassem o espaço de convivência para também desenvolver uma clínica mais ampliada em saúde pública.

Paula está inserida há pouco tempo no Centro de Convivência e ainda sente a necessidade de legitimar-se institucionalmente como coordenadora do local. Futuramente pensa em propor mais grupos com a população, já que considera algo que traz realização pessoal e profissional. Não se sente satisfeita em ficar apenas numa posição de gestão. Sente-se mobilizada a fazer parte, junto com outros profissionais, da construção cotidiana dessa clínica ampliada.

Paula expressou o quanto foi importante poder falar sobre sua prática e suas angústias no momento da entrevista. Além disso, acredita que foi uma oportunidade para situar a clínica dentro do que ela vem fazendo, pois, ainda que a clínica esteja presente o tempo todo em suas ações, ela não falava há muito tempo sobre clínica.

5.2 - A compreensão dos significados presentes na vivência de Helena

Apresentando Helena

Helena graduou-se em psicologia em 1985. No entanto, grande parte de sua carreira profissional foi dedicada às atividades clínicas em consultório particular. Está inserida na rede pública de saúde de Campinas há apenas seis anos. Sua aproximação com a área da saúde mental na rede pública deu-se a partir de seu interesse por trabalhos com pacientes psicóticos no contexto da reabilitação psicossocial. Ainda que tenha se interessado pelo trabalho desenvolvido pelos CAPS, acabou se inserindo em uma Unidade Básica de Saúde, onde desde o início, se propôs a realizar uma clínica diferente da tradicional. Passou a desenvolver ações ligadas à convivência na Unidade Básica de Saúde e na comunidade. Quando foi possível alugar um local que pudesse agregar as propostas de um Centro de Convivência, saiu da Unidade de Saúde para se dedicar exclusivamente a este novo Espaço.

Logo que me inseri na Rede Básica de Saúde de Campinas, em 2004, fui apresentada a Helena. Como eu tinha intenção de implantar um Centro de Convivência na comunidade, indicaram-me seu nome para que ela pudesse contribuir com sua experiência e apontar algumas ideias sobre como eu poderia potencializar esse projeto no local onde eu estava. Quando fui conhecer a experiência de Helena, ela ainda era psicóloga do Centro de Saúde que fica próximo ao Centro de Convivência que hoje ela coordena. Na ocasião, as atividades de artesanato aconteciam dentro de um salão da Igreja Católica. Helena estava à

procura de uma casa onde pudesse, de fato, ser a sede do Centro de Convivência. Naquela ocasião Helena me contou que a ideia desse projeto havia surgido de sua prática clínica no Centro de Saúde. Como algumas de suas pacientes sabiam realizar atividades de artesanato, Helena passou a consultá-las sobre a possibilidade delas transmitirem suas habilidades às outras pessoas, proposta esta que foi aceita e se tornou a semente do Centro de Convivência.

Hoje encontro com Helena em várias reuniões, principalmente naquelas que têm como pauta os Centros de Convivência de Campinas. Posso dizer que ela é uma defensora forte dessa proposta e tem lutado para consolidar não só seu trabalho, mas todas as propostas que têm como objetivo criar espaços de convivência para população.

Síntese específica de Helena

A inserção de Helena no Serviço Público de Saúde deu-se a partir de seu desejo de trabalho pela reabilitação psicossocial a partir da implantação dos CAPS no município de Campinas. Desde aquela época, sente-se motivada por outro tipo de clínica, que não seja restrita ao consultório particular. No entanto, ainda que tenha se interessado pelo trabalho dentro do CAPS, acabou envolvendo-se com outro desafio: desenvolver uma clínica ampliada a partir de uma Unidade Básica de Saúde.

Chegando a Unidade Básica de Saúde, antes de propor qualquer ação, sentiu a necessidade de conhecer melhor o território, os profissionais e suas ações e o perfil da população. Para isso, acredita ter sido importante uma disponibilidade de tempo e um período sem agendamentos de consulta. Alguns aspectos que

começaram a incomodar ou chamar sua atenção foram: a psiquiatrização ou psicologização do sofrimento, o descompromisso das pessoas consigo próprias em termos de cuidado com a saúde; a violência presente no relacionamento entre as pessoas e o fato de os usuários utilizarem a Unidade Básica de Saúde como espaço de encontro. A partir daí, acabou fazendo algumas constatações, dentre elas que o instrumental teórico de que dispunha era insuficiente para dar conta do tipo de demanda da população. Isso abriu para ela a possibilidade de desenvolvimento de um outro tipo de clínica que pudesse responder de alguma forma às necessidades da comunidade.

Helena passou não apenas a questionar seus instrumentais clínicos, que já não eram mais suficientes para dar conta da complexidade da vida das pessoas, mas também questionava a forma de cuidado dos outros profissionais, fazendo com que eles atentassem para a necessidade de um olhar mais ampliado ante o sofrimento psíquico. Sentia que seus questionamentos incomodavam alguns profissionais, principalmente aqueles que acreditavam ser possível medicalizar sintomas decorrentes da miséria social. Incomodou, mas também conseguiu algumas parcerias; dentre elas, a da terapeuta ocupacional da Unidade Básica de Saúde, e juntas iniciaram a proposta do Centro de Convivência.

Helena vai seguindo uma intuição a partir da percepção do que a população vinha buscar e lança a primeira proposta: uma oficina de sabonetes dentro do próprio Centro de Saúde. Sente o quanto essa atividade foi importante para o resgate da autoestima das pessoas, na medida em que puderam se olhar como sujeitos capazes de produzir algo digno de ser valorizado pelos outros. Acredita também que

a equipe do Centro de Saúde começou a perceber que aquela população carente, marcada pela violência, era capaz de produzir algo que fosse belo e digno de valor.

O envolvimento de Helena com o trabalho comunitário partiu inicialmente de seus contatos individuais, dentro da clínica mais tradicional. Já aí, percebe a importância de centrar sua atenção na competência e não na carência ou na queixa. Acolhe o sofrimento, mas acima de tudo estimula, valoriza. O indivíduo passa do lugar de paciente para o lugar de sujeito capaz de aprender e de ensinar; do lugar daquele que procura ajuda para aquele que também pode ajudar o outro. Helena vai, assim, lançando e cultivando as sementes para o futuro Centro de Convivência.

Com o afastamento da terapeuta ocupacional, sua grande parceira até aquele momento, sentiu-se sozinha para dar conta da proposta do Centro de Convivência, pois estava ao mesmo tempo envolvida com atendimentos clínicos dentro do Serviço. Foi preciso, nesse momento, fazer uma opção. Helena, sem muito hesitar, optou pelo trabalho comunitário. O Centro de Saúde não poderia, no entanto, alocar esse projeto. Para uma proposta comunitária era necessário um espaço comunitário. Foi possível, através do Convênio de co-gestão entre Secretaria Municipal de Campinas e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, alugar uma casa-sede para esse projeto.

Sente que não foi fácil deixar de realizar os atendimentos clínicos mais tradicionais dentro do Centro de Saúde; foi algo que exigiu um processo gradual. Acredita ter sido fundamental fazer alguns “deslocamentos”. Nesse sentido, deslocar-se, segundo Helena, não se refere apenas a uma mudança de espaço físico, mas principalmente a uma mudança de olhar ante o sofrimento psicológico, ou seja, um olhar a partir de um ângulo que não seja o da doença. Significa partir de um ângulo

pelo qual se permite enxergar o que há de positivo na pessoa, um olhar para o que ainda é possível fazer apesar dos problemas. Percebe que, a partir de seu deslocamento, muitos pacientes da clínica aceitaram esse mesmo desafio e foram junto com ela para o Centro de Convivência. Acredita que mesmo aqueles que ficaram sem o atendimento clínico e que não se adaptaram à nova proposta, tomaram outros rumos de vida. Desse modo, sente que, de modo geral, a mudança impulsionou as pessoas a se implicarem com outros projetos de vida.

Para fazer esse deslocamento, considera que foi preciso adotar uma postura mais rígida no sentido de não mais aceitar agendamentos clínicos; foi impondo limites para que pudesse dedicar seu tempo às ações no Centro de Convivência. No entanto, isso não foi tão tranquilo, pois sua postura não foi compreendida pela coordenadora do serviço. A partir dessa experiência, reflete o quanto é perigoso trabalhar a partir de uma agenda de atendimentos clínicos, uma vez que faz com que as pessoas acreditem que o único trabalho possível realizado pelo psicólogo, que seja passível de valorização, é a psicoterapia. Acredita que os colegas de trabalho nem sempre entendem que oferecer um espaço de convivência às pessoas pode ser também uma forma de desenvolver a clínica. Nesse sentido, para Helena, a clínica psicológica pode 'aventurar-se em outros vãos', sem nunca deixar de ser clínica. Acredita na possibilidade de outra ação dos psicólogos dentro das Unidades Básicas de Saúde. Sente que a psicoterapia nem sempre é a melhor opção, mesmo porque as pessoas acabam procurando a Unidade de Saúde em momentos pontuais de sofrimento ou às vezes a demanda nem é do sujeito e sim do médico que encaminha. Segundo ela é preciso repensar outras propostas de atendimento que satisfaçam as necessidades dos usuários dos serviços públicos.

Ainda que tenha enfrentado dificuldades no início da constituição do Centro de Convivência, principalmente pela falta de parcerias, sente-se hoje satisfeita e orgulhosa por ter conseguido tornar aquele espaço um verdadeiro Centro de Convivência. Ao falar sobre o espanto da terapeuta ocupacional ao retornar ao trabalho após licença-maternidade, reflete essa satisfação por ter conseguido realizar tantas transformações em pouco tempo e com tão poucos recursos.

Helena percebe o quanto as pessoas precisam estar envolvidas em relações sociais saudáveis e também o quanto precisam engajar-se em algo que lhes traga prazer. Vê no Centro de Convivência a possibilidade de satisfação dessas necessidades, já que nesse espaço há a possibilidade de uma convivência social, e também de uma implicação do sujeito com uma determinada atividade a partir de um desejo manifestado por ele. Acredita que o que diferencia a clínica do Centro de Convivência de outros espaços de tratamento é o estímulo que o primeiro dá para que a pessoa reconheça os seus talentos, suas capacidades. Isto se faz focando na potencialidade que o sujeito tem e não na sua carência.

Sente que o Centro de Convivência provoca efeitos que não são mensuráveis, mas que há crescimento pessoal. Lembra-se de algumas pessoas que tiveram benefício nesse sentido. Acredita que, por mais que pareçam pequenas as ações que são desenvolvidas, elas podem fazer a diferença na vida dos sujeitos. A transformação pode se dar a partir de uma oficina em que a pessoa pode descobrir sua capacidade de produzir algo digno de ser valorizado. Helena percebe ainda que a atividade, muitas vezes, pode ser um estímulo a outras conquistas para a pessoa. Mas é preciso valorizar a experiência do outro, mostrar que ele é capaz, para que ele tome coragem de fazer, aos poucos, os avanços na vida.

Acredita que o Centro de Convivência não é lugar para tratamento, onde se possa exigir do usuário uma determinada frequência ou uma continuidade em uma atividade. É um lugar de passagem, onde as pessoas têm a possibilidade de exercer sua autonomia; onde possam vir, conviver, aprender, fazer opções de vida e sempre voltar quando considerarem necessário. Defende também que ainda que seja um espaço comunitário, as ofertas de atividades devem ser singulares e respeitar as diferenças.

Vê que a rede de cuidados pode se dar em alguns momentos a partir do próprio Centro de Convivência. Nesse espaço, a demanda por algum tipo de ajuda vem normalmente a partir do próprio sujeito, o que Helena considera importante, pois a chance de haver implicação com o autocuidado, nesse caso, acaba sendo maior. Ao abordar essa questão de uma rede de cuidados, deixa transparecer sua satisfação por aspectos relacionados a clínica mais tradicional, principalmente quando é convocada à discussão de casos clínicos. No entanto, tem consciência de que estar num espaço comunitário não anula seu olhar clínico, só o amplia. Ela faz questão de afirmar a todo o momento que a clínica psicológica pode existir no Centro de Convivência. Considera, por exemplo, que um abraço pode ser também uma forma de cuidado, de acolhimento ao sofrimento e que isto pode trazer efeitos terapêuticos.

Acredita na importância de promover relações horizontais e democráticas dentro desse outro espaço. Nesse sentido, ainda que tenha um papel de coordenadora, sente que é preciso permitir autonomia e poder de decisão aos usuários, para que possam se sentir apropriados do Espaço. Helena não se permite

acomodar no sentido de achar que tudo já está bom. Sempre se autoquestiona e também questiona a população a respeito do que poderia ser melhor.

Incomoda-se pelo desconhecimento dos profissionais da rede de saúde em relação ao trabalho que se faz no Centro de Convivência. Por acreditar na potencialidade desse espaço para o cuidado em saúde, considera importante divulgar a proposta desse dispositivo a outros serviços que ainda trabalham a partir da doença e da alta medicalização, a fim de sensibilizá-los para uma mudança de paradigma sobre o cuidado em saúde, propondo outros olhares, outra escuta e outras ações que sejam mais humanas. Helena acredita que os Centros de Convivência podem ensinar, tanto para os trabalhadores já inseridos na rede de saúde como para aqueles que estão saindo das Universidades, que outro tipo de cuidado em saúde é possível.

Sente também um incômodo com falta de uma política pública para os Centros de Convivência. Acredita que é preciso lutar por algo que seja comum a todos os espaços, em termos de objetivos, recursos humanos, recursos materiais etc. e estabelecer uma diretriz política para esses espaços. Sente que está conseguindo lutar, junto com outros profissionais, para o reconhecimento dos Centros de Convivência como dispositivos potenciais para o cuidado em saúde. Vê o quanto é importante sedimentar essa proposta para que não dependa sempre de esforços pessoais isolados ou das propostas de governo. Segundo ela já estamos caminhando para isso. Neste sentido, sente o quanto foi significativo recontar sua história no momento da entrevista. Pode perceber o quanto já avançou e também se atentar para os desafios que ainda temos pela frente, como, por exemplo, criar uma política pública para estes dispositivos de cuidado dentro da rede de saúde.

5.3 - A compreensão dos significados presentes na vivência de Daniela

Apresentando Daniela

Daniela graduou-se em 1994. Está inserida na rede pública de saúde desde 1996. Tem uma longa trajetória na saúde mental em Campinas. Logo que se formou, chegou a trabalhar em um hospital psiquiátrico que ainda funcionava dentro de uma lógica manicomial, mas não ficou nessa instituição por muito tempo. Chegou a trabalhar na área de recursos humanos dentro de um outro hospital psiquiátrico e a partir deste lugar, passou a fazer parte da construção de dois Centros de Convivência que surgiram a partir do próprio hospital. Trabalhou em CAPS durante quatro anos até que retornou ao Centro de Convivência. Hoje está na gerência de três Centros de Convivência. É alguém que acredita nessa proposta como estratégia para reabilitação psicossocial e para o cuidado em saúde mental.

Síntese específica de Daniela

Daniela sente o seu trabalho dentro do Centro de Convivência como uma aposta que ela faz a cada dia, aposta esta que começou desde quando estava na Universidade, na medida em que ela sentia necessidade de desenvolver atividades comunitárias ligadas à arte e a outras produções culturais, acreditando que isso seria um fazer possível do psicólogo.

Ainda que no início de sua carreira vá trabalhar em hospital psiquiátrico na área de recursos humanos (RH), já havia nela uma lógica de um trabalho mais

ampliado, além dos muros institucionais. Trabalhando na área de RH, observou que funcionários e pacientes do hospital precisavam ser alfabetizados. Fez então pareceria com a FUMEC (Fundação Municipal para Educação Comunitária) de modo que se viabilizassem salas de alfabetização. Mas Daniela não se satisfaz apenas com isso. Quis que essas salas fossem fora da instituição hospitalar, para que essa atividade não fosse confundida com tratamento. Foram então para um Centro Comunitário e foi fundada aí a primeira semente de um dos Centros de Convivência com o qual ela está envolvida até hoje.

Daniela acredita que transformações são possíveis a partir do já instituído. Além da parceria estabelecida com a FUMEC, e seu engajamento na busca de atividades para o Centro de Convivência recém-constituído, vai simultaneamente se envolvendo com outras questões dentro do hospital, dentre elas a desmontagem de leitos psiquiátricos, inspirada pela ideia da luta antimanicomial. Mas seu engajamento com outra forma de fazer, não encerra aí, só se inicia. Com a desmontagem dos leitos psiquiátricos, idealiza, junto com outros profissionais do hospital e pacientes, outro possível Centro de Convivência que passa a funcionar dentro do próprio espaço do hospital. Daniela via, e até hoje vê, nesse tipo de proposta a possibilidade de desenvolvimento de maior autonomia dos pacientes, onde é possível deslocar a pessoa do lugar de paciente e permitir com que ele ocupe uma posição de sujeito que tem um saber que pode ser transmitido a outro. A troca e a relação social são conceitos-chave na experiência de Daniela ao falar sobre a clínica que pode existir no Centro de Convivência.

Num determinado momento de sua vida, ainda que acreditando no trabalho do Centro de Convivência, sentiu-se motivada com a proposta de trabalho dentro de um

CAPS recém-constituído em Campinas. Deixou por um tempo de articular as ações dentro do Centro de Convivência e decidiu investir sua energia nessa outra proposta. As propostas dos CAPS eram muito novas em Campinas e Daniela queria se aventurar, conhecer outro modo cuidado em saúde mental. No entanto, ainda que envolvida com o trabalho em CAPS, sempre esteve ligada a projetos que permitissem uma clínica ampliada. No CAPS, sentia a necessidade de ter algumas saídas fora dessa instituição. Passou a ensinar dança do ventre dentro do Centro de Convivência que tinha parceria com a FUMEC. Além disso, abriu a possibilidade de um trabalho da FUMEC para dentro do CAPS. Enfim, para ela a clínica nunca se resumiu ao tratamento psicológico tradicional. Acredita que a alfabetização, a convivência social ou o envolvimento com uma atividade de dança, por exemplo, trazem efeitos terapêuticos.

Ao recordar-se de sua inserção no CAPS, Daniela sente-se um pouco frustrada. Lembra-se do quanto de aposta ela fez para esse espaço. Segundo ela era “tudo mágico”. No entanto, o dia a dia da instituição acabou mostrando uma dinâmica de cuidado muito intensa, no sentido de ter que estar sempre pronta a lidar com a crise dos pacientes o tempo todo. Traz essa recordação para fazer uma comparação com uma outra dinâmica de trabalho que encontra ao deixar o CAPS, após quatro anos, e voltar para o Centro de Convivência que ainda estava alocado dentro do hospital psiquiátrico. Ao recordar sobre sua volta para o Centro de Convivência, traz um sentimento de alívio. A experiência lhe mostrou que uma das maiores potencialidades do Centro de Convivência é o tempo maior que os profissionais têm para lidar com as demandas, já que não estão alocados ali apenas pacientes em crise; não sendo necessária uma tutela o tempo todo. Isso permite um respiro maior,

no sentido de um alívio, uma tranquilidade que não é possível de existir num CAPS, por exemplo.

Daniela acredita e sempre acreditou que o Centro de Convivência não é um espaço exclusivo para usuários de serviços de saúde mental. Nesse sentido, quando o Centro de Convivência ainda estava dentro do hospital, buscou várias estratégias para trazer a comunidade para participar. No entanto, percebia um preconceito dessa comunidade em relação ao espaço do hospital, no sentido de serem confundidos com pacientes. A alternativa, então, foi levar o Centro de Convivência para dentro da comunidade. Daniela lembra-se do quanto foi difícil para alguns pacientes aceitarem a mudança de local, já que se sentiam mais protegidos dentro do antigo espaço. Daniela acredita que o que fortaleceu sua decisão de mudar foi ter participado da Conferência Municipal de Saúde, em que se decidem algumas diretrizes políticas para o cuidado em saúde do município. Nessa Conferência, sentiu-se tocada pela ideia de os Centros de Convivência estarem inseridos nas comunidades. E, após muitas conversas, mudam-se, enfim, para um novo espaço. Muitos pacientes que frequentavam o espaço do hospital acabaram não se adequando ao novo local. Todavia, Daniela acredita que a mudança acabou impulsionando essas pessoas a procurarem outros tipos de atividades. Percebe que a mudança permitiu movimentação de vida.

Vivenciou um momento difícil no período de mudança do local, em razão de certa resistência e insegurança da equipe. Atualmente, tanto ela como a equipe, percebem retornos muitos positivos, como a participação maior da comunidade dentro do espaço. Vê que a diversidade permite uma convivência mais rica. Considera que o fato de existir, hoje, uma presença mais atuante da comunidade

torna o espaço mais respirável, já que nem todos que estão lá são pessoas que estão em sofrimento mental. Isso torna o clima menos pesado. Percebe que esta mudança foi um ganho em dois sentidos: além da maior participação da população, estão, também, próximos a um CAPS, o que possibilita um acesso maior dos usuários desse serviço ao Centro de Convivência. No entanto, sente que muitos pacientes querem vir ao Centro de Convivência, mas que ainda é difícil para aqueles que têm um maior comprometimento em termos de saúde mental, para chegarem sozinhos ao espaço. É preciso muitas vezes que um profissional vá junto, que exerça ainda uma certa tutela. Ou seja, vê que a passagem de um âmbito estritamente clínico para um âmbito comunitário ou de clínica ampliada não é automático, exige um respeito ao tempo de cada um e também estímulo para que o paciente desenvolva sua autonomia.

Sente que há uma clara diferença no comportamento dos pacientes quando saem do CAPS para frequentar o Centro de Convivência. Vê que a vida social acaba exercendo um efeito clínico na vida desses pacientes que passam a ter um autocuidado maior, o que não acontece se ficarem somente no CAPS. Daniela sente ainda o quanto o Centro de Convivência permite diminuir a solidão, as tristezas do dia a dia. A troca de experiências no grupo permite uma identificação com o aspecto sadio do outro e não necessariamente com sua doença. Vê o quanto são significativas as conversas que acontecem nas atividades, no sentido de estimular o outro a se cuidar, a ter mais fé para superar o sofrimento: há aí uma sabedoria popular que permite o cuidado do outro.

Segundo Daniela, a leveza presente nas relações dentro do Centro de Convivência é exatamente o que faz com que esse espaço seja potente para o

cuidado em saúde mental. Há a possibilidade de pensar e fazer as coisas de um modo mais tranquilo. A troca, a aprendizagem, a descoberta ou o resgate de habilidades: tudo isto faz do Centro de Convivência um espaço de respiro para os pacientes e para os funcionários que podem se olhar de uma forma que vá além do que é doentio. Outro aspecto que lhe chama atenção nos Centros de Convivência é o fato de permitir uma convivência sem barreiras, seja de classe social, gênero, idade etc. Vê que é um espaço onde todos podem usufruir das atividades oferecidas.

Sente que a diferença entre os Centros de Convivência e outros espaços sociais e de convivência da cidade está na capacidade que o primeiro tem de dar suporte para situações peculiares dentro da saúde mental. O Centro de Convivência conta com pessoas preparadas para serem continentes em relação a algumas situações. Percebe o quanto o bom acolhimento faz a diferença e que, caso isso não aconteça, pode ocorrer a exclusão. A partir desse acolhimento, desse suporte, o sujeito vai se sentindo mais seguro para frequentar os outros espaços sociais, menos protegidos. Daniela sente que Centro de Convivência funciona como um agenciador de convívios, ou seja, de lá as pessoas têm a possibilidade de inserir-se em outros espaços sociais e culturais da cidade.

Acredita que a prática dentro dos Centros de Convivência pode ser nomeada por vários ângulos, dependendo da área em que o profissional está inserido. Toma como exemplo a pedagogia de Paulo Freire na área da Educação e a ideologia de que, na medida que o sujeito se aproxima de si próprio, dos significados de seu fazer, caminha rumo a um empoderamento. Do ponto de vista da saúde, Daniela vê esse empoderamento como autonomia, sendo que o papel do técnico é dar suporte e estimular o sujeito para que a autonomia aconteça.

Daniela, ao refletir sobre a clínica no Centro de Convivência, acredita que é uma clínica que se faz a partir das relações com o outro. Ou seja, os espaços de relação social é que fazem a diferença entre o espaço de convivência e as relações que acontecem dentro do consultório. A relação a que Daniela se refere são as interações que se dão do dia a dia, sem nenhum papel profissional estabelecido. São relações genuínas, humanas, sem tanta pretensão com o sentido terapêutico, de cura. Se há um efeito clínico, é consequência dessas relações; não há nenhum *a priori*. Segundo ela, no Centro de Convivência, as pessoas precisam se despir do olhar do tratamento e do querer curar o outro.

Também considera que a relação pode acontecer não só entre as pessoas, mas também entre a pessoa e uma atividade. Daniela acredita que utilizar a arte como dispositivo não deve se confundir com um automatismo da atividade, como por exemplo, pintar uma tela somente para se manter ocupado. O mais importante para ela é colocar o sujeito em contato com o que ele produziu para que ele possa a partir daí, emitir críticas e atribuir significados ao seu fazer. Sente também o quanto é importante saber lidar com peculiaridades de algumas pessoas com maior comprometimento mental. Há que existir uma delicadeza e uma sensibilidade por parte do monitor, nesse sentido. Para sustentar que esse movimento seja possível, ou seja, de estimular no outro sua capacidade de crítica ante a expressão, ela percebe a necessidade de ter pessoas preparadas para lidar com as diferenças e mesmo com as limitações dos sujeitos nas oficinas de arte. Nesse sentido, ela se preocupa com a questão do voluntário que acaba ocupando muito a posição de professor, que diz que há um certo e um errado. Acredita que ao corrigirem ou censurarem, os monitores inibem o potencial criador e a livre expressão dos sujeitos.

Em contrapartida, sente o quanto muitos frequentadores das oficinas se identificam com essa didática, pois precisam que um outro lhes diga o que está certo e o que precisa ser consertado. Daniela incomoda-se com isso, pois acredita que não condiz com a filosofia do Centro de Convivência, que é respeitar as diferentes estéticas e estimular as trocas entre as pessoas. Daniela vê o quanto é importante o respeito pelas diferentes formas de expressão e que é a partir daí que se encontra a possibilidade de diálogo e de trocas com outras formas de expressão ou de saber. Esse respeito pelas diferentes estéticas e outras questões referentes ao processo de trabalho são possíveis de serem discutidas dentro da equipe, em rodas de conversa dentro do Centro de Convivência. No entanto, sente uma dificuldade maior de conversar com os voluntários a respeito dessa questão. Por outro lado, percebe a importância de conversar de uma maneira sem se impor. Acredita que a filosofia do Centro de Convivência deve ser algo que faça sentido para o voluntário e não algo imposto como norma de trabalho. A única coisa que faz questão de deixar claro é a importância de oferecer um bom acolhimento a quem quer que chegue ao local. Faz questão de explicitar que não há restrições de classe social, gênero, idade etc. para participar das atividades do Centro de Convivência.

Daniela tem um bom relacionamento com a equipe de trabalho. Acaba exercendo uma gestão democrática. Conta com a equipe em vários momentos para estabelecerem, juntos, parâmetros do que cabe e o que não cabe enquanto proposta de trabalho para o espaço de convivência. Também percebe um bom relacionamento da equipe com a população. Sente que houve um bom acolhimento e solidariedade das pessoas da comunidade desde o momento em que se mudaram para esse novo local. Embora tenha havido um momento inicial de insegurança na equipe, por conta

do uso que os traficantes faziam dos arredores do Centro de Convivência, hoje se sentem mais seguros e percebem que há apoio, respeito e valorização por parte da população em relação ao trabalho que estão desenvolvendo.

Acredita que, por ser o Centro de Convivência uma proposta de cuidado em saúde ainda recente, muitas questões ainda precisam estar esclarecidas, dentre elas a importância de estabelecer uma diretriz política para esse tipo de trabalho. Uma outra questão que aparece como muito significativa e como um desafio ainda no final de seu relato é sua preocupação em buscar um referencial teórico que dê sustentação a sua prática. Isso a angustia muito, pois sente que falta “um chão” em que ela possa ancorar sua prática. Percebe a necessidade de buscar em outras linhas dentro da própria psicologia, ou mesmo fora dela, essa sustentação. Essa questão a deixa bastante confusa, afinal ela sabe dos efeitos clínicos de sua prática, mas não sabe ao certo que tipo de clínica é esta ou como nomeá-la. No entanto, não há como negar que ela fala desse outro tipo de clínica nas entrelinhas de seu relato de experiência: uma clínica que se dá a partir da produção cultural, da expressão artística; que olha para autonomia e para o potencial criador do sujeito; que se dá a partir dos vínculos comunitários; em que o sujeito ressignifica sua vida nas relações sociais de pertença; uma clínica que abre novas possibilidades de relacionamento com o mundo onde o norteador não será mais a doença, mas sim o que a pessoa tem de melhor e de mais saudável para oferecer.

No final da entrevista Daniela expressou o quanto nossa conversa permitiu com que ela pudesse refletir sobre sua trajetória e perceber algumas questões que ainda “estão em aberto”, como por exemplo, a falta de um referencial teórico para a clínica nos Centros de Convivência.

5.4 - A compreensão dos significados presentes na vivência de Beatriz

Apresentando Beatriz

Beatriz graduou-se em 1999. Está inserida na rede pública de saúde de Campinas há sete anos. Suas experiências de estágio e aprimoramento tiveram como foco a clínica ampliada a partir do trabalho em Unidades Básicas de Saúde.

Conheço Beatriz há muito tempo e ela, de certa forma, sempre esteve presente em minha trajetória profissional. Sempre foi uma pessoa que acreditou muito na saúde pública e em modos mais ampliados de cuidado em saúde mental. Chegou a fazer mestrado dentro da área da saúde coletiva, mas não seguiu carreira acadêmica. Seu desejo sempre foi o de participar efetivamente da construção de uma rede de cuidados em saúde mental no município de Campinas. Foi e ainda é protagonista de vários movimentos nesse sentido. Passou pela experiência de trabalhar em CAPS. Ocupou o cargo de apoio distrital em saúde mental por duas vezes. Em 2006, foi convidada a coordenar o Centro de Convivência. Mesmo quando estava inserida em outros espaços, tanto de cuidado como de gestão, esteve de alguma forma ligada aos projetos de Centros de Convivência.

Síntese específica de Beatriz

A vivência clínica de Beatriz a partir do Centro de Convivência está estreitamente ligada a sua trajetória profissional e ao seu desejo por criar formas alternativas de cuidado em saúde mental na saúde pública de Campinas. Começou a

sentir-se tocada pela área da saúde pública a partir de sua inserção em estágios em Centro de Saúde, no penúltimo ano de faculdade. Foram essas experiências que a motivaram para outro tipo de fazer clínico.

Após a graduação, fez aprimoramento em saúde pública. A falta de espaço físico para trabalhos coletivos dentro das Unidades Básicas de Saúde, fez com que Beatriz realizasse atividades em outros espaços do bairro. Isso possibilitou sua aproximação com o trabalho comunitário. Foi percebendo que sair da instituição permitia ampliar as formas de cuidado em saúde mental. Era uma forma efetiva de aumentar a autonomia e autoestima dos sujeitos.

Ao finalizar o aprimoramento, Beatriz sentiu-se motivada a cursar mestrado, no entanto, seu desejo sempre foi muito mais pela prática profissional dentro da rede pública de saúde que pela carreira acadêmica. Após finalizar o mestrado, teve sua primeira inserção num serviço público de saúde a partir de um CAPS. Nessa instituição, não encontrou formas de engajar-se em propostas comunitárias, já que tinha grande dificuldade de sair em razão da grande demanda de trabalho dentro do próprio CAPS.

Beatriz saiu do CAPS para assumir um cargo ligado à gestão, como apoiadora distrital em saúde mental e seguiu a partir daí lutando por propostas que pudessem ser inovadoras no cuidado em saúde mental. Mesmo que indiretamente, foi participando da construção de vários Centros de Convivência. Percebia a importância de estimular os profissionais das Unidades de Saúde a saírem das instituições tradicionais de cuidado e desenvolverem outro tipo de clínica em saúde mental.

Beatriz ficou grande período no papel de gestora distrital e desenvolveu várias ações importantes estando nesse papel. No entanto, foi sentindo necessidade de estar mais próxima ao processo de trabalho dos Centros de Convivência, até que conseguiu, finalmente, estar na coordenação de um desses espaços. Durante sua trajetória, ainda que ligada de alguma forma ao trabalho desenvolvido nos Centros de Convivência, Beatriz só conseguiu perceber a potência do cuidado em saúde mental a partir desse espaço, no momento em que se inseriu como coordenadora do local. Segundo Beatriz a potência do Centro de Convivência está na possibilidade de esse espaço transformar o modelo de cuidado em saúde mental, mostrando que outro fazer clínico é possível.

No Centro de Convivência onde está, acontecem duas ações ao mesmo tempo: o convívio e a geração de renda. É o único Centro de Convivência de Campinas, até o presente momento, que consegue administrar essas duas propostas. Em relação a essa questão, Beatriz percebe o quanto é difícil ter de gerenciar essas duas ações dentro do mesmo local. Sente o quanto é complexo lidar principalmente com as oficinas de geração de renda, já que é preciso ter um olhar muito mais atento ao processo de trabalho que é desenvolvido, considerando que os produtos gerados pelas oficinas são destinados à venda, o que exige uma frequência maior das pessoas e também um olhar mais cuidadoso para a qualidade do produto. Apesar dessa complexidade, Beatriz tem conseguido avanços e já colhe muitos frutos dessa experiência. Vê que as oficinas de geração de renda permitem, à pessoa que tem um comprometimento em termos de saúde mental, ocupar outro papel na sociedade que não é o de “doente”. Passa a ser vista como alguém capaz de produzir algo digno de ser valorizado pelo outro. Além do fortalecimento e

aumento de autoestima, as oficinas de geração de renda oferecem condições para que a pessoa se prepare para, futuramente, inserir-se no mercado de trabalho.

Percebe que as atividades do Centro de Convivência produzem efeitos terapêuticos. Considera que as pessoas que frequentam o espaço se sentem acolhidas e cuidadas; sentem-se mais fortalecidas a tomarem outras decisões na vida. Na função de coordenadora, enfatiza, junto com a equipe, o quanto é importante esse bom acolhimento para que as pessoas sintam-se à vontade e queiram retornar ao espaço. No entanto, ainda que acredite na importância desse acolhimento e cuidado para que as pessoas sintam-se à vontade, vê o quanto é importante não criar um sentimento de dependência pelo espaço, ou seja, defende que o Centro de Convivência não seja considerado mais uma instituição de tratamento na vida da pessoa, dentre tantas que ela já frequenta. Para ela, ali deve ser um lugar de passagem, “uma mola propulsora para a vida”.

Ainda que não tenha informação sobre nenhum caso de alguém que tenha diminuído o consumo de medicação a partir da inserção em atividades do Centro de Convivência, presenciou já ganhos muito interessantes, como aumento da rede de amizades e diminuição de idas a outros serviços mais tradicionais de cuidado em saúde. Outro ganho que percebe com o trabalho no Centro de Convivência é em relação ao aumento de autonomia de alguns pacientes mais graves, do ponto de vista de saúde mental. Percebe que é um local que oferece suporte para a formação do sujeito. Outro resultado significativo, de acordo com Beatriz, é a possibilidade de construção de vínculos e relações entre pessoas tão diferentes. Vê o quanto é possível, para um paciente com diagnóstico de transtorno psiquiátrico, relacionar-se tranquilamente e estabelecer trocas e diálogos com outras pessoas da comunidade.

O crescimento pessoal acaba estendendo-se também aos profissionais. Percebe que, embora alguns profissionais sejam alocados no Centro de Convivência pelo fato de não se adaptarem em nenhum outro serviço de saúde, esses profissionais podem, com o tempo, sentirem-se apropriados da proposta do Centro de Convivência e crescerem profissionalmente. Acabam se envolvendo com o trabalho desenvolvido e descobrem habilidades que antes não imaginavam ter. Desse modo, resgatam-se como pessoas e reproduzem essas habilidades no ambiente de trabalho, trazendo benefícios aos usuários do serviço.

Ainda que considere que as ações desenvolvidas no Centro de Convivência possam ser denominadas de clínica, faz questão de estabelecer uma diferenciação do que é desenvolvido no Centro de Convivência em relação à clínica de outros serviços de saúde. Ao fazer a diferenciação da clínica do Centro de Convivência e do CAPS, acredita que no primeiro não há a mesma permissividade e tutela que acontece muitas vezes no CAPS. No Centro de Convivência, todas as pessoas, incluindo pacientes devem seguir determinadas regras sociais e essa relação com as normas, segundo ela, já tem um efeito terapêutico. No Centro de Convivência há lugar para o cuidado, mas não para a tutela. Segundo Beatriz, a clínica pode acontecer no sentido de ajudar o outro a construir recursos internos para suportar e respeitar determinadas regras.

Estabelece também uma demarcação entre a clínica do Centro de Convivência e a clínica do Centro de Saúde. A linha de demarcação é fundamentalmente o modo de entrada do sujeito nos dois serviços. Segundo Beatriz, o que motiva o sujeito a ir ao Centro de Saúde é sua dor, enquanto que a entrada no Centro de Convivência parte simplesmente do desejo de fazer uma atividade, de

participar de um grupo. Acredita que o olhar do profissional também se diferencia no Centro de Convivência, pois a ele não importa o diagnóstico da pessoa, mas sim seu desejo de participar de uma determinada atividade. Uma vez que a pessoa está inserida, o olhar é sempre para o que ela tem de potência e não de carência. Segundo ela, é esse olhar que permite que as pessoas sintam-se mais fortalecidas.

Nesse sentido, acredita na importância de estar atento ao sentido das práticas que são oferecidas no Centro de Convivência. Percebe que é preciso diferenciar o que se faz no Centro de Convivência dos demais serviços, a fim de que assumam outras posturas e olhares diferenciados ante a questão do cuidado. Vê que é preciso discutir constantemente com a equipe o sentido das práticas que ali são oferecidas e se são pertinentes ao local. No intuito de ampliar as ações de cuidado, Beatriz sente necessidade de incluir no Centro de Convivência atividades de outros setores, como cultura, educação etc.

Percebe que há uma delicadeza e uma leveza no Centro de Convivência. Essas características, no entanto, não implicam em menor complexidade do trabalho. Sente que é preciso habilidade para lidar com as ofertas de convívio e geração de renda, como também estar atenta no papel de mediadora das relações e vínculos. Acredita, também, o quanto é complexo lidar com a questão do trabalho voluntário dentro do Centro de Convivência, pois é preciso, antes, avaliar se a pessoa tem perfil e comprometimento com que ela se propõe. Também sente que o voluntário precisa de um respaldo de profissionais da equipe para lidar com pessoas em sofrimento mental dentro das oficinas.

Percebe que alguns pacientes que apresentam um transtorno mental mais grave não se sentem bem acolhidos dentro das oficinas de artesanato realizadas por

voluntários, pois não respondem muitas vezes à qualidade estética que é exigida de sua produção, muitas vezes em razão de alguma limitação derivada de sua própria doença. Nesse sentido, Beatriz vê a importância de conversar com os monitores voluntários para que eles incluam, respeitem e valorizem as diferentes formas de produção. No entanto, acredita, também, que a não inserção dos pacientes nas oficinas de artesanato deve-se não somente ao fato de eles não se sentirem acolhidos na sua dificuldade, mas porque já existem oficinas de artesanato em outros lugares de tratamento como, por exemplo, nos CAPS, o que faz com que demonstrem interesse por atividades que só encontram no Centro de Convivência, como por exemplo: oficina de música, informática, etc.

Durante toda entrevista, Beatriz deixa transparecer sua emoção e orgulho por fazer parte da construção de outro modelo de cuidado em saúde mental e por acompanhar a transformação das pessoas a partir da inserção no Centro de Convivência. Acredita que a entrevista representou um momento em que ela pode resgatar sua história e refletir sobre tudo que já conquistou. Disse que faz esse movimento de reflexão constantemente junto com a equipe, sempre atentando para o fato de que estão fazendo história. Acredito que inquestionavelmente, estão mesmo construindo uma bela história.

5.5 - A compreensão dos significados presentes na vivência de Luana

Apresentando Luana:

Luana graduou-se em 2005 e está inserida na rede pública de saúde de Campinas desde a mesma época. Fez um ano de aprimoramento em saúde mental na área de saúde coletiva com inserção em CAPS. Após o aprimoramento foi contratada para trabalhar em outro CAPS do município. Luana desenvolve atualmente uma parte de sua carga horária de trabalho em um Centro de Convivência que vem se constituindo há cerca de dois anos. Esse Centro de Convivência está localizado no espaço de uma Organização Não Governamental (ONG) que recebeu o terreno da prefeitura, tendo, como contrapartida, desenvolver ações dentro da área da saúde mental. Como já havia interesse de profissionais do CAPS e do Centro de Saúde próximo do espaço para nesse local constituir um Centro de Convivência para a região, iniciaram um movimento conjunto com a ONG, no intuito de consolidar essa proposta. Para isso, parte da carga horária de Luana foi disponibilizada para esse espaço, para que ela pudesse articular ações com o objetivo de concretizar esse projeto. Ela não é coordenadora do local, ainda que exerça, de alguma forma, essa função. A gestão cotidiana do espaço fica, muitas vezes, na responsabilidade de uma assistente social voluntária, que já estava no local antes mesmo de ele ser considerado Centro de Convivência.

Luana sempre esteve, de alguma forma, ligada à proposta de constituição de espaços de cuidado mais ampliados dentro da saúde mental. Eu a conheci em 2005, em uma das reuniões do Fórum sobre Centros de Convivência. Nessa época, ela era

aprimoranda de psicologia de um CAPS e tentava consolidar, junto com uma psicóloga desse mesmo CAPS, um Centro de Convivência para a região. Luana retornou ao Fórum sobre Centros de Convivência um tempo depois, quando já era psicóloga de outro CAPS, onde está atualmente.

Síntese específica de Luana:

Luana inicia sua trajetória profissional em um CAPS como aprimoranda e, a partir desse instante, já se sente motivada a desenvolver um trabalho fora da instituição. Vai envolvendo-se com propostas de trabalhos comunitários e, junto com pessoas da comunidade e outros profissionais, vai buscando formas de revitalizar espaços significativos do bairro, visando a convivência saudável entre as pessoas. O que a motivava a realizar atividades fora da instituição era a falta de ações coletivas dentro do CAPS. Outro fator de estímulo era a grande demanda de pacientes dentro do mesmo local; isso causava certo cansaço na equipe e mostrava o quanto era necessário levar esses pacientes para outro tipo de atividade.

Luana acredita que nem todos os profissionais têm habilidade para o trabalho comunitário, tanto que muitos acabam se ocupando apenas de atendimentos individuais. Ela, que já tinha identificação com esse tipo de proposta, acabou assumindo essa responsabilidade dentro do CAPS. Via que a equipe lhe oferecia apoio para desenvolver esse tipo de atividade comunitária, acreditando que era importante desinstitucionalizar as ações em saúde mental. Luana acredita que uma relação de ajuda pode acontecer em qualquer contexto e não apenas dentro de um

consultório. Nesse sentido, era uma questão pessoal mostrar à equipe do CAPS que outro tipo de clínica era possível para além das paredes do consultório.

Ainda na função de aprimoranda, Luana desenvolveu um grupo de dança que tinha como monitor um paciente do CAPS. Acreditava que esse tipo de trabalho, além de desinstitucionalizar as ações, permitia resgatar antigas habilidades dos pacientes. Isso permitia a passagem de uma posição de alguém considerado muitas vezes como doente mental, incapaz, improdutivo para alguém que era capaz de ensinar algo de bom para outras pessoas. A falta do espaço ou a precariedade nunca foi um empecilho para que ela desenvolvesse as ações comunitárias. Quando não foi possível desenvolver o grupo de dança no local que contava com condições físicas muito precárias, encontrou outro lugar possível para acontecer os grupos. O fundamental é que ela nunca recuou em seu ideal que era de oferecer ações além do tratamento clínico tradicional.

Além desse grupo de dança, Luana propunha vários passeios a outros espaços culturais e de convivência da cidade. Sentia o quanto era importante sair com os pacientes do CAPS para que eles tivessem contato com outras realidades e grupos. Nessas saídas Luana colocava-se numa relação de horizontalidade em relação aos pacientes, acreditava o quanto era importante não só estimular os pacientes a se envolvem com algumas atividades, mas também participar de fato delas, desenvolvendo assim, ações em conjunto. Quando saía para passear com os pacientes a outros locais, via que isso permitia que os próprios pacientes estimulassem outros a saírem também.

A identificação de Luana com o trabalho comunitário vem desde a faculdade, a partir de suas experiências de estágio. Sente o quanto sua formação foi responsável

pelo trabalho que desenvolve hoje. Crê que foi algo que foi se incorporando a sua identidade pessoal e profissional; que é algo que está “no sangue”. Os estágios no último ano de faculdade, a partir do trabalho com oficinas de artes plásticas dentro do CAPS, acompanhamento terapêutico etc., permitiram que ela se envolvesse com formas diferentes de desenvolver a clínica. Essas inserções a sensibilizaram para o fato de que a clínica pode acontecer em diferentes *settings* e que o mais importante é o tipo de relação que se estabelece com o outro.

Hoje Luana é hoje identificada e reconhecida pelos colegas de trabalho do CAPS por desenvolver um tipo de proposta mais comunitária. No momento em que foi trabalhar nesse outro CAPS, após o aprimoramento, foi eleita pela equipe de trabalho para ficar responsável por articular ações dentro de um espaço onde possivelmente poderia abrigar a proposta de um Centro de Convivência e salas de aula da FUMEC que até então funcionavam dentro do CAPS. Luana acabou assumindo essa tarefa e hoje tem dez horas disponibilizadas pelo CAPS para ser articuladora de ações no Centro de Convivência.

Quando chegou ao espaço onde está atualmente, já aconteciam várias atividades desenvolvidas por pessoas voluntárias ligadas à ONG. Num primeiro momento, Luana, sentiu que era necessário sensibilizar as pessoas que desenvolviam os trabalhos voluntários no sentido de discutir o que seria um Centro de Convivência e que tipo de propostas seriam pertinentes àquele local. Ainda hoje tem questionado a questão de psicólogas voluntárias oferecerem psicoterapia lá dentro, acreditando que esse tipo de atendimento não condiz com os objetivos de um Centro de Convivência. No entanto, sente o quanto é difícil essa discussão e que tudo é um processo. Por enquanto, acredita que não é interessante entrar num

confronto aberto com as psicólogas. Vê que, aos poucos, vai mostrando que outro tipo de prática é possível e que traz efeitos terapêuticos interessantes. Acredita que, com o tempo, essas psicólogas se sintam também sensibilizadas a exercer outro tipo de clínica. Apesar de algumas dificuldades, sente que foi bem aceita pelos voluntários e tem conseguido estabelecer várias parcerias.

Ainda que goste muito de estar envolvida com as questões do Centro de Convivência, tem sentido o quanto é difícil estar em dois serviços ao mesmo tempo, principalmente quando acontecem situações de crise dentro do CAPS, exigindo sua participação mais ativa. Isso acaba impossibilitando sua presença no Centro de Convivência em alguns momentos. Sente que dez horas de sua carga horária é insuficiente para dar conta da complexidade das ações que são desenvolvidas no Centro de Convivência. Dessa forma, prefere atualmente não estar presente em nenhuma oficina específica, mas sim numa posição de apoio.

Ainda tem dúvidas em relação ao seu papel dentro do Centro de Convivência. Tem consciência, no entanto, da importância de ser uma articuladora das propostas. Não é monitora de nenhuma oficina, mas está de alguma forma em todas ao mesmo tempo. Ainda que tenha dúvidas em relação ao seu papel, se sente motivada a estar ali para ajudar a potencializar o espaço. Tem escrito projetos com a finalidade de arrecadar verba. Atualmente, já há um reconhecimento pelo trabalho que está desenvolvendo, o que a deixa muito orgulhosa.

Além de articuladora de algumas ações no sentido de potencializar o espaço, Luana vê que um papel importante que desempenha é sensibilizar as pessoas do local para que haja respeito às diferenças do outro, além de desestigmatizar a questão da doença mental. Percebe que há ainda um grande preconceito da

sociedade em relação à doença mental e isso faz com que muitos pacientes não queiram sair do CAPS, pois, quando saem, não são bem acolhidos em sua diferença. Luana vê o quanto seu papel é importante no sentido de diminuir esse preconceito. Nesse sentido, vê a importância de orientar as voluntárias no dia a dia para poderem lidar melhor com as diversas situações e pessoas.

Acredita que o Centro de Convivência permite operar uma transformação cultural na sociedade em relação à visão que se tem daquele que é considerado como “louco”, já que nesse espaço, os pacientes podem exercer outro papel social além do de doente mental. Lá, estão como alunos, como artistas e não como pacientes. Além disso, estar em contato com outras pessoas que não são pacientes do CAPS permite identificações com os aspectos sadios do outro. Percebe que a mudança das salas de aula da FUMEC do CAPS para o Centro de Convivência propiciou uma convivência maior entre diferentes pessoas, visto que, quando as salas funcionavam dentro do CAPS, eram frequentadas apenas por pacientes. Hoje há uma heterogeneidade de experiências que propicia uma convivência mais rica. Nesse sentido, vê que há uma mudança de comportamento dos pacientes quando estão no Centro de Convivência, principalmente ao lidar com a questão das regras sociais. Há um respeito maior ao espaço do outro, o que não acontece quando estão no CAPS, por exemplo.

Luana sente que há vários ganhos em termos de qualidade de vida e crescimento pessoal quando o paciente passa a frequentar atividades no Centro de Convivência. Percebe o quanto as salas de aula da FUMEC, por exemplo, trazem ganhos para os pacientes que podem, a partir da alfabetização, apropriar-se de informações importantes da vida cotidiana. Além disso, considera que ainda que a

pessoa tenha um sofrimento, com a vinda ao Centro de Convivência, pode redescobrir-se como pessoa e, a partir daí, operar mudança em sua vida. Partindo da inserção em atividades no Centro de Convivência, sente que é possível redescobrir talentos que antes estavam escondidos. A mudança vai se dando a partir dessas descobertas. Sente que o Centro de Convivência permite às pessoas buscarem modos mais belos de existir. É um lugar onde se permite prestar atenção na beleza das coisas. Segundo ela, a partir da arte, a pessoa pode descobrir que se existe algo de belo em sua produção, pode existir algo de belo dentro de si também. Considera que o papel do profissional dentro do Centro de Convivência é estimular o outro a descobrir seus talentos, seus dons, sua potencialidade, sua beleza. Segundo ela, fazer clínica dentro desse espaço é atuar nesse sentido.

Crê que é possível ser psicólogo clínico dentro do Centro de Convivência. Luana tem refletido muito sobre a questão de a clínica acontecer num espaço social que não tem pretensão de tratamento. Essa é uma reflexão que a envolve de uma maneira mais intensa e que ela tem levado até mesmo fora do ambiente de trabalho. Afirma que pode existir clínica nesse espaço, mas não a clínica que se preocupa em curar ou apaziguar sintomas, mas sim um tipo de clínica que se propõe a fazer desvios, ou seja, ainda que exista um sofrimento, é possível ir além dele e operar mudanças a partir do que é saudável e não do que é patológico. Acredita ainda que não é possível exercer uma relação assimétrica e vertical com as pessoas a partir desse outro tipo de clínica. É preciso estabelecer relações mais horizontais com as pessoas e construir coisas em conjunto.

Luana acredita que não se pode reduzir a clínica ao social e nem a clínica pode se encerrar nela mesma. Segundo ela, nenhuma área pode dar conta sozinha

da complexidade da vida das pessoas e que é preciso desenvolver uma prática que leve sempre em conta estes dois aspectos: o clínico e o social. Vê o quanto ainda se faz confusão entre prática clínica e social, culminando sempre numa cisão. No entanto, segundo ela, não é possível separar essas duas áreas. Vê que no Centro de Convivência é possível unir essas duas práticas, ou seja, que é possível existir uma escuta e um olhar clínico ao mesmo tempo em que há uma preocupação com a inclusão e a reabilitação social.

Acredita que falar sobre sua vivência na entrevista permitiu organizar para si suas ideias. Vê o quanto são raros momentos em que se tem a oportunidade de conversar sobre a prática do Centro de Convivência. Sente que tem aprendido muito ao ouvir a experiência de outros profissionais que estão envolvidos com a proposta do Centro de Convivência há mais tempo. Antes considerava que não se podia falar em clínica dentro do Centro de Convivência e que hoje isso, para ela, faz todo sentido.

5.6 - A compreensão dos significados presentes na vivência de Pedro

Apresentando Pedro:

Pedro graduou-se em 2006. Está inserido na rede pública de saúde de Campinas desde esta época. Fez um ano de aprimoramento em saúde mental na saúde coletiva e seu campo de prática foi uma Unidade Básica de Saúde. No final do aprimoramento, passou em um processo seletivo para coordenar uma oficina de culinária em um espaço exclusivamente voltado para o desenvolvimento de oficinas de geração de renda. Seu contato com práticas mais ampliadas em saúde mental vem desde sua formação na Universidade, a partir de estágios que não se restringiam a atividades de consultório.

Conheci Pedro em maio de 2008, no dia que realizei a primeira entrevista para a pesquisa. O Centro de Convivência onde Paula é coordenadora estava sendo preparado para receber um grande evento. Ela sugeriu que conversássemos em outro local, que ficava próximo ao Centro de Convivência, onde acontecem algumas oficinas voltadas à geração de renda. Chegando ao local, conheci Pedro, que estava terminando uma oficina de culinária. Expliquei sobre a pesquisa e como ele mostrou-se interessado pelo tema, convidei-o para entrevista e ele aceitou. Fiquei de entrar em contato para agendar uma data para nossa conversa. Esse contato demorou a acontecer, já que optei por entrevistar antes os profissionais que estavam envolvidos com trabalhos em Centros de Convivência. Fiz o contato com Pedro em novembro e agendamos uma data para conversarmos no início de dezembro.

Síntese específica de Pedro:

Ao falar de sua inserção profissional dentro do projeto de oficinas de geração de renda, Pedro percebe que há ainda um estranhamento por parte de alguns profissionais a respeito da inserção de psicólogos em oficinas de geração de renda, sendo mais natural encontrar terapeutas ocupacionais nesse tipo de projeto. Segundo Pedro, o estranhamento acontece em razão do fato de que muitos psicólogos não receberam uma formação voltada para uma clínica mais ampliada.

Para ele, essa sua inserção é natural, considerando que sua formação foi voltada para o trabalho com oficinas terapêuticas e desenvolvimento de projetos fora da instituição. Desde a formação, Pedro já sentia que era possível desenvolver atividades fora da clínica psicológica tradicional e que também poderiam ser denominadas de clínica. Acredita que os estágios que desenvolveu lhe deram uma visão ampliada da atuação do psicólogo. Em um dos estágios que fez, apoiava uma cooperativa de materiais reciclados, onde discutia, conjuntamente com os trabalhadores, questões sobre o processo de trabalho. O outro estágio foi desenvolvido em CAPS e o pilar das ações eram as oficinas terapêuticas.

Ao falar do estágio dentro do CAPS, Pedro recorda-se do incômodo que sentia pelo fato de que muitos pacientes que frequentavam o CAPS não cumpriam o critério para estarem dentro dessa instituição. No entanto, como não havia recurso no município, como equipe de saúde mental na rede básica de saúde ou Centros de Convivência, todo e qualquer sofrimento acabava sendo acolhido no CAPS. Sentia que muitos sofrimentos que chegavam ao CAPS eram decorrentes de uma situação social difícil, principalmente decorrente do desemprego. Diante dessa situação,

Pedro acreditava na importância de propostas que pudessem visar a geração de renda para essas pessoas. Chegou a escrever um projeto que foi enviado ao Ministério da Saúde que, nessa época, já tinha consolidado um convênio com a Secretaria Nacional de Economia Solidária. Foi possível, a partir daí, conseguir a verba necessária para iniciar as oficinas de geração de renda. Pedro sente-se orgulhoso por ter feito parte dessa história e poder ter contribuído para que tudo isso se efetivasse.

Após a graduação, Pedro decidiu fazer aprimoramento dentro da área da saúde coletiva. Escolheu desenvolver o aprimoramento em Centro de Saúde, por acreditar que nesse espaço poderia ter a oportunidade de desenvolver atividades além da clínica tradicional. De fato, chegou a desenvolver vários grupos fora da Unidade Básica de Saúde, como, por exemplo, grupos de adolescentes, visando a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Para isso, contava com a participação de outros profissionais da equipe de saúde da família.

Mesmo que desenvolvesse atividades externas, Pedro também tinha de realizar atendimento clínico dentro da Unidade de Saúde. A partir desses atendimentos, ele ia se questionando sobre os limites da clínica. Percebia que muitos dos sofrimentos eram decorrentes de um contexto social permeado pela miséria, violência e falta de recursos de convivência e lazer. Sentia-se angustiado pelo fato de ter que dar conta, dentro da clínica tradicional, de uma ampla gama de pessoas com algum tipo sofrimento psíquico. Sentia que não era possível dar conta dessa demanda inserindo as pessoas em psicoterapia, pois isso exigiria um tempo e uma frequência que ia além do que ele realmente poderia oferecer. Procurava, dessa forma, acolher o sofrimento e oferecer suporte, na medida do que era possível,

mesmo que isso não se caracterizasse como uma psicoterapia nos moldes tradicionais, principalmente em termos de tempo e frequência. No entanto, para ele, era possível ser efetivo em suas intervenções com as pessoas, mesmo que não tivesse fazendo psicoterapia. Sentia também o quanto era importante cuidar do sofrimento, estimulando as pessoas a buscarem recursos em lugares que não pertenciam à área de saúde, mas que podiam trazer efeitos terapêuticos.

Ainda que não tenha desenvolvido nenhuma atividade dentro do Centro de Convivência que ficava próximo ao Centro de Saúde onde fazia o aprimoramento, sempre acreditou no Centro de Convivência como uma estratégia clínica. Acredita que o atendimento clínico dentro do Centro de Saúde pode dar conta de algumas questões da pessoa que está em sofrimento, mas que há um limite dessa clínica. Segundo Pedro, esse limite aponta para a necessidade de ampliação dos espaços de cuidado. Acredita o quanto é importante contribuir para ações que possam agir na raiz de problemas sociais que contribuem para o sofrimento psíquico e que é preciso que se fique atento para não psicopatologizar sofrimentos que são decorrentes de um contexto social e político bastante adverso.

Ao finalizar o aprimoramento, conseguiu passar em um processo seletivo para trabalhar como coordenador de uma oficina de culinária dentro de um espaço de oficinas de geração de renda. Lembra-se do quanto se surpreendeu com a autonomia do grupo que já estava constituído. No entanto, por mais autonomia que o grupo tivesse, hoje vê o quanto é diferente seu papel dentro da oficina em comparação ao que ele desenvolvia dentro da cooperativa onde ele fazia estágio. Considera que, na oficina de geração de renda, além da função de facilitador, é

também preciso exercer a função de suporte àquelas pessoas que estão com algum tipo de dificuldade no momento.

Acredita também na importância de romper com a lógica tutelar de fazer pelo outro. Tenta estimular a autonomia do sujeito, deixando que ele desenvolva a atividade o quanto seu limite permitir. Quando surge alguma dificuldade por parte do indivíduo em relação à atividade, vê a importância de acompanhá-lo, fazer a atividade juntamente com ele. Sente o quanto é importante estar presente dentro do grupo, no sentido de ajudar as pessoas a desenvolverem o processo de trabalho, dividir tarefas, alertar quanto à segurança etc. Por maior que seja a autonomia do grupo, acredita que se ele não estiver presente, algumas tarefas podem degingolar.

Ainda que as oficinas de geração de renda sejam frequentadas, em sua maioria, por pessoas com algum transtorno mental, Pedro acredita na importância de inserir outras pessoas da comunidade. Considera que deva ser um projeto aberto a todos que procuram e manifestam interesse pelas atividades. Vê que a entrada de pessoas que não têm transtorno mental grave nas oficinas permite que o limite, para aqueles que precisam disso no momento, seja oferecido pelas próprias pessoas do grupo e não pelo profissional. Segundo Pedro, isso acaba sendo bastante terapêutico, considerando que muitos pacientes precisam de dados de realidade para estabelecer relações com o mundo. Vê que as conversas que se estabelecem no cotidiano, tendo como fundo a atividade, são terapêuticas. Permitem que o sujeito se dê conta de como se comportar dentro da oficina de uma forma mais construtiva e saudável para ele e para o grupo. Percebe ainda que, no momento que o paciente vai tomando consciência de seu papel dentro do grupo e do processo de produção, vai conseguindo se impor mais; vai tomando partido em algumas questões.

Pedro considera que é possível acolher a crise e o sofrimento mental dentro da oficina. Percebe que a atividade tem um efeito interessante, no sentido de a pessoa ir se organizando internamente até sair da crise. O fato de ter uma tarefa para ser cumprida, traz o sujeito para a realidade e faz com que ele se esforce até onde é possível, para dar conta do que é preciso ser feito. Pedro acredita que a atividade por si só é estruturante para a vida da pessoa. Muitas vezes, dá o limite que o sujeito está precisando naquele momento; permite diminuir agitações, ansiedades, etc.

A divisão do lucro decorrente da oficina é baseada no critério de frequência, sendo que uma parte é revertida para a própria oficina, visto que precisam sempre comprar ingredientes para manutenção. Pedro vê que existem pessoas que são mais engajadas e outras que oscilam na frequência. Acredita na importância de a divisão do lucro ser feita com os próprios participantes. Quem trabalha mais horas, acaba ganhando mais, assim como quem se propõe ir às feiras para vender os produtos, tem uma parcela maior do lucro. Segundo ele, isso garante o comprometimento do sujeito com a atividade e permite caracterizar a oficina como uma forma de trabalho.

Pedro acredita que o fato de a oficina de geração de renda exigir uma frequência maior do paciente acaba dando a ele uma referência de cotidiano e isto por si só já é terapêutico, visto que, em muitos transtornos mentais, essa capacidade pode estar prejudicada. Acredita que o efeito terapêutico das oficinas vai também no sentido de ajudar o paciente a estabelecer relações sociais. As oficinas possibilitam ao paciente apreender as regras existentes nas diversas relações, principalmente as relacionadas ao trabalho.

No entanto, sente que nem todos estão preparados para estar nas oficinas de geração de renda, pelo fato de esse tipo de proposta exigir um comprometimento em termos de frequência e horário mais intensos. Pedro tenta, na medida do possível, conversar com a pessoa sobre isso numa entrevista inicial. No entanto, é no dia a dia que vai avaliando se aquele tipo de atividade está trazendo crescimento pessoal para o sujeito. Crê na importância de que essa avaliação seja feita em conjunto com a pessoa e, se caso cheguem à conclusão de que a oficina não está trazendo benefício, a pessoa pode ser direcionada para atividades mais relacionadas à convivência em outros espaços.

Vê que as oficinas de geração de renda permitem ao paciente a possibilidade de um retorno ao trabalho. Alguns acabam sendo contratados para trabalhar no próprio espaço. Segundo Pedro, isso significa a possibilidade de passagem de um lugar de paciente, no sentido passivo da palavra – aquele que apenas recebe o tratamento –, para o lugar de sujeito, aquele que tem autonomia de cuidado sobre sua própria saúde e sobre suas escolhas de vida. Vê o quanto é importante estimular as pessoas a procurarem a inserção no mercado de trabalho. Já presenciou várias situações em que as pessoas conseguiram essa inserção. Percebe que as oficinas são um estímulo para isto. No entanto, sente que, ainda que a pessoa consiga inserir-se no mercado de trabalho, é preciso que a instituição pense em formas de oferecer suporte a essas pessoas, para que elas consigam, de fato, permanecer no trabalho de forma saudável, sem se desestruturar. Além da inserção em trabalhos formais, acredita também que é possível estruturar cooperativas de trabalho partindo do espaço das oficinas.

Percebe que o fato de muitos não conseguirem se inserir no mercado de trabalho não se deve ao diagnóstico de transtorno mental, mas pelo próprio contexto social atual, em que o índice de desemprego é bastante alto. Nesse sentido, Pedro também vê a possibilidade de problematizar junto com os pacientes esse universo social em que todos nós estamos inseridos. Desse modo, Pedro sente que as oficinas trazem efeitos terapêuticos, mas que vão muitas vezes além do que a clínica psicológica se propõe. Acredita que a inserção nas oficinas permite ao sujeito exercer sua cidadania e aumentar sua participação política.

Percebe o quanto os pacientes que chegam às oficinas têm dificuldade de exercer autonomia, participar de decisões sobre a tarefa a ser desenvolvida. Acredita que isso se deve não ao transtorno mental, mas ao fato de que muitos vêm de empresas onde essa capacidade de autonomia e participação não é estimulada. Percebe, então, que, no dia a dia, as pessoas vão se apropriando do processo de trabalho, começam a tomar partido diante de algumas situações. Esse movimento acaba repercutindo em outras esferas da vida do paciente, como na família e em outras relações sociais.

Pedro se sente à vontade em se denominar psicólogo clínico e vê que a clínica não se restringe ao consultório, mas que pode ser aplicada a vários contextos, como, por exemplo, às oficinas de geração de renda. Acredita, ainda, que para que aconteça essa clínica ampliada é preciso superar a cisão entre as áreas clínica e social. Já se angustiou com o fato de as oficinas não gerarem lucros suficientes para o sujeito sobreviver. No entanto, com ajuda de supervisões clínicas dentro do espaço, pôde tomar consciência de que não é possível olhar para as oficinas de

geração de renda sob o ponto de vista do lucro, mas sim como algo que traz uma modificação na vida do sujeito em termos de crescimento pessoal.

Em relação ao momento da entrevista, Pedro acredita o quanto foi importante colocar em palavras sua vivência e, a partir daí, refletir sobre sua ação.

5.7 - Síntese Geral das entrevistas: Buscando uma estrutura geral do vivido

Neste momento destaco alguns pontos comuns na vivência dos entrevistados que podem nos auxiliar na compreensão dos sentidos das práticas desenvolvidas nos Centros de Convivência e em que medida essas práticas podem ser denominadas de clínica.

A formação acadêmica apareceu como norteadora para outra visão sobre o fazer psicológico. Todos os entrevistados tocaram nessa questão e sentem que essa formação foi determinante na escolha por outros espaços de atuação, para além das instituições tradicionais de cuidado. Luana e Pedro passaram por experiências semelhantes de estágio. Ambos fizeram o estágio em CAPS, a partir da área de psicologia social, tendo como foco de trabalho, as oficinas terapêuticas. Mesmo dentro do departamento de psicologia clínica, Luana envolveu-se com a experiência do acompanhamento terapêutico. O envolvimento de Pedro com cooperativas populares em seu estágio foi também determinante para o seu trabalho atual dentro de oficinas de geração de renda. Helena também menciona, antes da entrevista, que estágios na área de psicologia social foram responsáveis pelo desenvolvimento de uma clínica voltada para comunidade. Beatriz fala de suas experiências de estágio em saúde pública e da necessidade de desenvolver ações fora da instituição, o que lhe permitiu ampliar não só o espaço de atuação em saúde mental, mas também seu olhar sobre o que significava desenvolver a clínica dentro da saúde pública. Já Daniela acabou se envolvendo com trabalhos comunitários até mesmo fora da proposta curricular, quando sentiu necessidade de desenvolver, como voluntária,

atividades ligadas à arte e à cultura em comunidades. Paula, além da formação recebida na Universidade, sentiu necessidade de procurar sustentação teórica para sua prática em outras áreas do saber, para além da psicologia.

A formação apontada pelos entrevistados abriu novas perspectivas para o que significava o cuidado em saúde mental, possibilitando ir muito além da psicologia clínica clássica, centrada somente no indivíduo, ou seja, permitiu a compreensão de que fazer clínica significa lidar não só com a interioridade do sujeito, mas com toda a rede social em que esse sujeito está envolvido. Assim, para os participantes dessa pesquisa, fazer clínica significa interferir também em questões como: trabalho, lazer, educação, cultura etc., entendendo que é a partir das relações nesses diversos espaços sociais que o sujeito se constitui, que ressignifica a si e a realidade.

A inserção em espaços coletivos desde a graduação permitiu criar uma identidade comunitária nesses profissionais. Segundo Luana, a inclinação para realização de grupos na comunidade é algo que “está no sangue”. Ou seja, esses profissionais não visualizam outra forma de conceber o trabalho do psicólogo que não seja para além das ações tradicionais de cuidado. Ainda que tenham se inserido em instituições como Centros de Saúde e CAPS, não se contentaram em desenvolver suas práticas apenas dentro desses serviços. É na comunidade, nos grupos de dança, passeios e atividades ligadas à arte que eles encontraram o brilho que não encontravam dentro das instituições tradicionais de cuidado.

O envolvimento com práticas comunitárias não se deve, no entanto, apenas à formação, mas também à constatação de que as práticas tradicionais de cuidado não dão conta da complexidade da vida das pessoas e que é preciso procurar alternativas de espaços e ações que também possam ser promotoras de saúde

mental. Isso apareceu muito presente na vivência de Paula, quando ela se inseriu no CAPS, acreditando ser possível desenvolver a clínica dentro de um *setting* fechado e, aos poucos, foi sentindo que essa clínica tradicional não dava conta de todas as necessidades dos pacientes. Helena, ao inserir-se em uma Unidade Básica de Saúde, também foi percebendo que os instrumentais teóricos de que dispunha eram insuficientes para dar conta do tipo de demanda que a população trazia. Muitos foram os motivos para os entrevistados desenvolverem suas ações na comunidade, dentre eles podemos destacar: a carência de atividades coletivas dentro do CAPS; a falta de espaço para ações grupais em Centro de Saúde; a falta de atividades dentro das instituições que não tivessem como foco o tratamento, a constatação de que era preciso focar menos na doença e atentar para o que o sujeito trazia de saudável e para suas competências; a compreensão de que atividades de cultura, lazer e educação poderiam ser promotoras de saúde mental; a necessidade de criação espaços sociais propiciadores de relações solidárias entre as pessoas, dentre outros.

Todos os participantes concordam que a clínica tradicional faz-se importante em alguns momentos, mas que ela por si só não dá conta de todas as necessidades e da complexidade do sujeito. Por sentirem que muitas das questões que as pessoas trazem para a clínica são da ordem do coletivo, como desemprego, violência urbana etc., veem a importância de colocar as pessoas em relação social e de convívio, relações estas que não sejam permeadas pela patologia, mas pelo saber que cada um tem e que pode ser compartilhado com o outro; relações que sejam permeadas pela troca de experiências de vida, apostando na força que a comunidade tem para encontrar coletivamente modos de enfrentamentos em relação às adversidades do cotidiano. Ainda que, no início da entrevista, ao falarem de suas experiências, nem

todos participantes falem em clínica, ao longo da conversa se mostram seguros em afirmar que as práticas em oficinas que tenham o foco na convivência ou geração de renda são clínicas, sim. No entanto, fazem questão de estabelecer uma diferenciação em relação à clínica tradicional. Luana exemplifica isso ao afirmar que a clínica que existe num Centro de Convivência não é aquela prática preocupada em apaziguar sintomas ou com a cura, mas aquela clínica que se propõe a “fazer desvios”, isto é, uma ação cujo foco não é o sofrimento ou a patologia, mas sim o que é saudável no indivíduo. Além disso, segundo os entrevistados, é uma clínica que se propõe a ser cidadã e política, que se preocupa não só com o indivíduo, mas também com a problematização das condições sociais e políticas nas quais esse indivíduo está imerso. Nessa concepção, não há separação entre ação clínica e ação social; ambas acontecem ao mesmo tempo.

A ampliação da clínica não se dá, no entanto, a partir de uma simples mudança de espaço, do consultório para a comunidade, mas principalmente por uma mudança do olhar ante ao sofrimento psicológico. Helena, ao falar do deslocamento que teve que fazer para estar hoje no Centro de Convivência exemplifica essa questão. Segundo sua experiência, o olhar do psicólogo nesse outro tipo de clínica deve focar a partir de um ângulo que não seja o da doença, mas sim de onde se permite enxergar o que há de positividade na pessoa. Paula complementa, dizendo que isso elimina a noção de que para fazer clínica é necessário que alguém esteja em sofrimento e vá à procura de um profissional capacitado para eliminar ou aliviar seu sofrimento. No Centro de Convivência, o olhar se volta simplesmente para o desejo da pessoa em realizar determinada atividade ou seu anseio em estabelecer relações e encontros, não importando qual sua patologia. O que importa para essa

outra clínica é a troca de saberes e a relação social acontecendo na forma mais genuína possível, sem nenhuma pretensão terapêutica de antemão.

Os participantes fazem questão de diferenciar os espaços de convivência em relação a outras instituições da rede de saúde, ressaltando o que o Centro de Convivência tem de singular. Segundo Paula, os contextos comunitários permitem formas mais autênticas de vida, livres da superficialidade que existe nos espaços tradicionais de cuidado. Luana também pontua que o fato de a convivência existir fora do ambiente protegido do tratamento permite uma relação mais próxima e autêntica com a vida real. A imprevisibilidade de um ambiente desprotegido traz abertura para o novo e para a capacidade de recriar novos sentidos a partir de outras relações. Além disso, para muitos pacientes com comprometimento em termos de saúde mental, a comunidade é a oportunidade da reinserção social, visto que, em razão da própria doença, acabam se privando desse convívio.

Beatriz diferencia a prática do Centro de Convivência e do CAPS, afirmando que no último há uma certa permissividade e tutela que não é possível acontecer no Centro de Convivência. Em relação ao Centro de Saúde, a diferença está no que motiva a procura da pessoa. O que motiva a busca pelo Centro de Saúde é a dor que a pessoa traz consigo, e é a partir dessa dor que a pessoa é percebida. No Centro de Convivência, o que motiva a procura é o desejo por alguma atividade coletiva. Se no Centro de Saúde o olhar é para a doença, no Centro de Convivência o olhar é para o desejo da pessoa em realizar determinada atividade; para o que ela tem de potência e não de carência. Beatriz considera que é esse olhar que faz com que as pessoas se sintam fortalecidas. Helena traz algo bastante parecido com Beatriz, dizendo que o que diferencia o Centro de Convivência de outros serviços de saúde é

o estímulo que se dá para as pessoas reconhecerem seus talentos por meio da diversidade de atividades que são ofertadas.

Seja visando a convivência ou a produção para a geração de renda, as diversas atividades desenvolvidas nas oficinas representam um disparador para a entrada dos sujeitos nesses espaços. O envolvimento com alguma atividade traz a possibilidade da descoberta ou da redescoberta de alguma habilidade, o sujeito aumenta sua autoestima, pois se percebe como alguém capaz de produzir algo digno de valor social. Para usuários de serviços de saúde mental isso é um ganho inestimável, já que o único papel social que muitas vezes representam na sociedade é o de 'doente' ou de 'louco'. A partir de sua produção, ele pode ocupar outros papéis sociais que não tenham relação com sua doença. A atividade permite resgatar a autoestima a partir da descoberta de talento; desenvolver autonomia, à medida que o sujeito vai se posicionando diante de algumas situações do dia a dia, além de permitir a redescoberta de si a partir de um fazer. Em relação a este último aspecto, Luana acredita que a pessoa vai percebendo que, se existe algo de belo em sua produção, pode também existir algo de belo dentro de si mesma. Daniela toca nessa questão, acreditando que a atividade permite ao sujeito emitir críticas e atribuir significados ao seu fazer e, de certa forma, ressignificar suas experiências. Pedro vê ainda o quanto a atividade pode ser estruturante na vida no sujeito, permitindo lhe dar um contorno, um limite de realidade, capacidades estas que podem estar prejudicadas em alguns transtornos mentais.

Segundo a experiência dos participantes, para diversificar o leque de ações dentro dos espaços de convivência, é preciso também agregar parcerias para além da área de saúde. A Parceria com a FUMEC aparece nas experiências de Luana,

Beatriz e Daniela. Elas acreditam que uma das formas de aumentar o poder de contratualidade e de autonomia das pessoas é partir da educação. Os participantes destacam, também, a importância da parceria com as áreas da cultura e assistência social, além de recursos dentro da comunidade e ONGs do território, de forma que se envolva a maior quantidade possível de ofertas que possam satisfazer as necessidades integrais da população.

As atividades, ainda que importantes, representam o meio e não o fim do cuidado nesses espaços. Elas aparecem como um eixo norteador para a convivência acontecer. Um ganho apontado pelos entrevistados é a competência do próprio grupo como promotor de saúde mental, estimulando o outro a se cuidar mais, despertando outras possibilidades de relação, para além da doença mental. Segundo a experiência de Paula, quando os usuários ficam apenas dentro das instituições como CAPS, por exemplo, os discursos acabam ficando centrados apenas na doença. As atividades fora da instituição permitem outra possibilidade de discurso e de relação. A troca de experiências que acontece nos grupos do Centro de Convivência proporciona a identificação com os aspectos sadios do outro e não necessariamente com sua doença. Outro papel que o grupo exerce é o de impor regras e limites. A convivência permite, em alguns momentos, dar os contornos necessários às relações sociais para alguns pacientes, o que, segundo os participantes, acarreta efeitos terapêuticos. Pedro exemplifica isso, quando aponta que as conversas que se estabelecem durante a atividade de geração de renda são terapêuticas, no sentido de ajudar o outro a se comportar dentro da oficina de uma forma mais construtiva para ele e para o grupo. Luana também discorre sobre a mudança de comportamento que existe quando os pacientes saem do CAPS e vão

para o Centro de Convivência. Segundo ela, há um respeito maior com o ambiente no sentido de preservá-lo, o que não acontece no CAPS. Daniela também aponta essa diferença em relação ao autocuidado: os pacientes se arrumam mais, fazem a barba para frequentarem as atividades do Centro de Convivência. Outra função importante que os grupos no Centro de Convivência trazem, segundo os participantes, é o fortalecimento de laços sociais, permitindo diminuir a solidão existente atualmente em nossa sociedade.

O papel do psicólogo também se modifica. Ele é um facilitador para que a convivência aconteça. Os participantes apontaram em vários momentos a importância do suporte e do estímulo para que as pessoas sintam-se fortalecidas a descobrir ou redescobrir competências. O profissional poderá acolher o sofrimento, mas este não será a matéria-prima para sua intervenção. Os entrevistados sentem, também, que é preciso valorizar a experiência da pessoa, mostrar o quanto ela é capaz para que tome coragem de fazer avanços na vida e passe a ter maior autonomia. Luana e Pedro tocaram também na importância de fazer atividades em conjunto com os pacientes, estabelecendo relações horizontais e não assimétricas. Pedro acredita que fazer atividades em conjunto elimina a relação de tutela. Vê que, por maiores que sejam as dificuldades que os pacientes tenham ao desenvolver determinada atividade, não se deve fazer por eles, mas propor um fazer partilhado, respeitando o limite de cada um, permitindo assim sua autonomia.

Os participantes acreditam que, a partir de algumas atitudes – como estímulo à troca de saberes, facilitação de relações sociais saudáveis, estímulo à descoberta de competências, acolhimento, suporte, facilitação à autonomia, escuta, respeito às

singularidades, dentre outras –, é possível operar muitas transformações na vida nas pessoas a partir desse outro espaço de cuidado.

O que torna esses espaços de convivência terapêuticos, tanto para população como para equipe, segundo a experiência dos entrevistados, é o clima de leveza que existe nas relações. Alguns se referem a esse clima de leveza para contrapor ao clima existente em algumas instituições de saúde, onde se lida com a doença o tempo todo. Daniela vê que o fato de não estarem alocados no espaço apenas pacientes com comprometimento mental grave faz com que os profissionais tenham um tempo maior para escutar e acolher alguém que esteja precisando mais num determinado momento. A leveza também se faz presente na medida em que os discursos não ficam centrados apenas na doença ou no sofrimento, mas na possibilidade de vida e de saúde. Em contrapartida, segundo Beatriz, essa leveza não implica em menor complexidade do trabalho, já que é preciso habilidade a todo instante para lidar com as diferentes ofertas que coexistem no mesmo espaço, como também ser um mediador das relações.

Uma ação importante que apareceu no relato dos profissionais é o acolhimento. Daniela, Beatriz e Luana tocaram na importância do acolhimento à população, sendo esse um dos grandes diferenciais dos grupos no Centro de Convivência de outros que acontecem dentro da mesma comunidade. Daniela percebe que, nem sempre, pessoas que têm um transtorno mental são bem acolhidas em grupos na comunidade. Como no Centro de Convivência há pessoas preparadas para acolher essa diferença, os pacientes sentem-se mais seguros para frequentar as atividades. De acordo, ainda, com Daniela, a partir desse acolhimento, os usuários dos serviços de saúde mental vão se sentindo, aos poucos, mais

fortalecidos para procurar outros espaços sociais do bairro. Por considerar o acolhimento uma ferramenta essencial, Beatriz vê a importância de discutir com a equipe o quanto as pessoas que chegam precisam sentir-se à vontade no lugar. Luana vê que, ao falar desse acolhimento com outros profissionais da equipe e voluntários, possibilita a desestigmatização da questão da doença mental, diminuindo preconceitos.

O acolhimento também está ligado ao respeito à singularidade, ou seja, de acordo com os participantes, há que haver um respeito ao tempo, ao jeito e ao modo de expressão de cada um, sempre procurando acolher as diferenças e não excluí-las. Beatriz percebe que alguns pacientes que apresentam algum tipo de transtorno mental não se sentem bem acolhidos em sua diferença nos grupos de artesanato, pelo fato de que muitas vezes, é exigida uma qualidade estética de produção muito aquém do que ele pode fazer. Daniela também traz essa preocupação, principalmente em relação aos voluntários que se propõem a ensinar atividades de artesanato e que acabam ocupando a posição de professor, que diz que há um certo e um errado. Daniela acredita que esse tipo de postura inibe o potencial criador dos sujeitos e vai contra os princípios do Centro de Convivência, que é respeitar as diferentes formas de expressão e estimular as trocas entre as pessoas. Sente, no entanto, que a dificuldade em problematizar o acolhimento e o respeito às diferenças é muito mais em relação ao voluntário. Com as pessoas da equipe, essa discussão é muito mais tranquila, já que isso faz parte de seu cotidiano.

Para que a convivência se torne mais rica e também mais leve, os entrevistados destacam a importância de estimular tanto a participação da comunidade, como a participação dos usuários dos serviços de saúde mental,

permitindo agregar as diferenças e possibilitar a verdadeira inclusão social. No entanto, por mais esforços que aconteçam, os entrevistados sentem que não é tão fácil o deslocamento do paciente do espaço protegido para o Centro de Convivência. Ficar dentro do CAPS, por exemplo, representa uma proteção que não existe em outros espaços. Luana traz essa questão à tona, quando diz que percebe que há ainda um grande preconceito por parte da população em relação a doença mental, o que faz com que muitos pacientes não queiram sair do CAPS, pois lá se sentem mais bem acolhidos em suas dificuldades. Daniela também traz essa experiência quando fala do momento em que o Centro de Convivência saiu do hospital psiquiátrico; muitos pacientes acabaram não acompanhando essa mudança. Daniela sente que, até hoje, para que os pacientes se sintam à vontade para ir ao Centro de Convivência, é preciso muitas vezes que um profissional o acompanhe por certo tempo, até que ele se sinta verdadeiramente seguro para essa nova convivência.

Ainda que acreditem que a passagem para esse novo lugar ocorra de forma gradual, respeitando o tempo e limite de cada um, os participantes defendem que essa saída deve acontecer. Paula acredita que pode ser uma clínica de risco, pois as ações ocorrem fora de um *setting* estruturado, no entanto é um risco que temos que proporcionar ao outro, pois, caso contrário, “ninguém sai do lugar”. De acordo com a experiência de alguns participantes, ainda que alguns pacientes não tenham acompanhado a mudança dos profissionais para esses novos espaços, acabaram assumindo outras possibilidades para suas vidas para além dos espaços de tratamento, ou seja, a mudança do espaço físico, por si só, já permitiu movimentação de vida. Os entrevistados defendem que a saída deve se dar, inclusive, para fora dos Centros de Convivência. A reinserção social pode se dar a partir dos Centros de

Convivência, mas não deve se encerrar aí. Os participantes acreditam que os Centros de Convivência devem representar um lugar de passagem para que, a partir dali, as pessoas possam cada vez mais se inserir em outros espaços sociais. Nas oficinas de geração de renda isso se mostra bastante presente, quando, a partir dali, a pessoa consegue inserir-se no mercado de trabalho ou passa a realizar alguma atividade autônoma.

Os entrevistados veem a prática nos Centros de Convivência como uma forma de exercer a clínica, porque traz efeitos terapêuticos. No entanto, entendem que é uma clínica diferente, pois opera em outra lógica que não é a de curar doença. Todavia, os efeitos são tão amplos que chamar isso de clínica seria pouco demais. Dessa forma, segundo alguns participantes, os efeitos derivados das práticas comunitárias na vida das pessoas transcendem a própria clínica. Paula sente que a transformação que pode acontecer na vida das pessoas é muito ampla para se restringir ao campo da clínica. Pedro também aponta que as oficinas de geração de renda trazem efeitos que vão muito além daqueles a que a clínica se propõe, já que, a partir da inserção nas atividades, o sujeito aprende a exercer sua cidadania e se resgata no papel de ser social e político.

Alguns participantes fazem uma crítica às formas tradicionais e enrijecidas de cuidado e veem a importância de sensibilizar profissionais de saúde para outro tipo de cuidado. Helena traz isso em sua experiência, quando diz que começou a incomodar alguns profissionais que acreditavam ser possível medicalizar sintomas decorrentes da miséria social, sem o menor questionamento dessas condições. Paula também acredita que há um enrijecimento dos profissionais de saúde, que muitas vezes oferecem algumas ações que não são aquelas que a população

espera. O problema, segundo ela, é que os profissionais se fecham a outras possibilidades de promover saúde; acabam trabalhando a partir da perspectiva da doença e não estimulam as pessoas a buscarem recursos dentro da própria comunidade para melhora do seu estado de saúde. Luana acredita que isso acontece, muitas vezes, porque os profissionais foram formados para atuar dentro do paradigma da doença e do tratamento e acabam não desenvolvendo habilidades para outro tipo de trabalho. Por isso, os entrevistados defendem não só a saída dos pacientes rumo a outras possibilidades de relação, mas também que os profissionais de saúde se abram a novas perspectivas de atenção à saúde dos sujeitos. Veem que os profissionais já inseridos em Centros de Convivência têm como missão sensibilizar os outros profissionais da rede de saúde, mostrando que é possível cuidar da saúde de outra maneira.

Outra questão que apareceu como significativa para pensar essa outra prática de cuidado a partir dos Centros de Convivência, foi a busca de um referencial teórico que possa sustentar esse fazer. Daniela traz essa questão com muita força em seu relato e sente a necessidade de buscar além da psicologia clínica, um referencial teórico que possa sustentar a prática nos Centros de Convivência. Um outro desafio apontado pelos participantes é a necessidade de construção de uma proposta política para os Centros de Convivência. Helena e Daniela trazem essa questão mais fortemente. Acreditam que, se houver uma diretriz política para essas propostas, elas não dependerão apenas de esforços pessoais isolados dos profissionais ou de propostas de governo. Luana e Paula trazem a vivência do quanto é difícil investir nessa outra forma de cuidado sem apoio institucional e político, sem contar com uma estrutura mínima, tanto de recursos materiais como humanos. Ou seja, acreditam

que o investimento na clínica ampliada depende não só da formação e motivação pessoal dos profissionais, mas principalmente de apoio político e de gestão.

Apesar de algumas dificuldades, todos os participantes sentem-se orgulhosos e satisfeitos em fazer parte da construção desse outro tipo de cuidado em saúde mental. O fato de conseguirem articular propostas que tragam benefícios para seus respectivos espaços de convivência faz com que se sintam cada vez mais motivados a escrever projetos, estabelecer parcerias para tornar o espaço mais acolhedor e com possibilidades maiores de ofertas. Acompanhar a transformação e o crescimento pessoal da população que frequenta esses espaços é outro fator que os satisfaz e traz a certeza de que “estão fazendo história”, como disse Beatriz. O ganho também se estende para a equipe de trabalho. Beatriz traz essa questão à tona, ao referir-se a alguns funcionários contratados pela prefeitura que estão afastados de sua função temporariamente por motivos de doença física ou mental e que são alocados nos Centros de Convivência, tendo em vista a reabilitação dos mesmos. Segundo ela, com o tempo, vão se apropriando dos objetivos do local e contribuem de modo significativo para a população. Vão também descobrindo habilidades e talentos que antes não imaginavam ter.

No final das entrevistas, foi perguntado aos participantes como foi relatar suas experiências. A grande maioria sente que foi uma oportunidade de refletir sobre suas ações, rever tudo o que já fizeram e os aspectos que ainda precisam ser aprimorados, de maneira que se contribua para o fortalecimento das propostas de Centro de Convivência. Além disso, o momento da entrevista representou para alguns a oportunidade de organizar seus pensamentos e fortalecer a ideia de que o que estão fazendo pode ser, sim, denominado de clínica.

“O homem, ser de relações, e não só de contatos, não apenas está no mundo, mas com o mundo” (Paulo Freire).

Capítulo 6:

O diálogo com outros autores: Em busca de significados mais abrangentes para a clínica da convivência

Para discutir os temas vivenciais que surgiram a partir da síntese geral das entrevistas, gostaria de retomar o ponto do qual parti para desenvolver esta pesquisa: da constatação, com base em minha prática profissional e amparada pela literatura da área, de que o psicólogo inserido na saúde pública necessitava ampliar suas ações clínicas para além dos espaços tradicionais de cuidado. Como foi apresentado no capítulo dois desta tese, vários estudos e pesquisas apontam para um descompasso entre formação e prática profissional do psicólogo ante as demandas atuais do SUS. Tais estudos discutem que, embora os psicólogos tenham conseguido uma inserção significativa das instituições públicas de saúde, ainda têm avançado pouco nas maneiras de atuar nesses espaços. Isso se evidencia quando os mesmos estudos demonstram que uma das práticas mais desenvolvidas nas instituições públicas de saúde ainda é a psicoterapia individual. Ainda que essa modalidade de atendimento se faça necessária em alguns momentos, ela não tem se mostrado um dispositivo suficiente para abranger a variada demanda de questões pelas quais as pessoas procuram os serviços de saúde, mostrando-nos a necessidade de ampliação das formas de atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, outros estudos, que foram apresentados no capítulo três, apontam as ações na comunidade como uma possível ampliação da prática do psicólogo no contexto da saúde pública. Partindo então desses estudos e da intuição baseada em minha experiência profissional de que proporcionar vivências comunitárias e trocas sociais entre as pessoas poderia representar um dispositivo clínico, esta pesquisa buscou compreender como vivências comunitárias de psicólogos clínicos poderiam contribuir para a ampliação do conceito de clínica

psicológica em saúde pública. Delimitei como campo deste estudo, as vivências nos Centros de Convivência e oficinas de geração de renda, escolha esta que não se deu por acaso, considerando toda minha trajetória profissional a partir desses espaços.

As entrevistas trouxeram diversos aspectos importantes para refletirmos sobre a ampliação da clínica com base na experiência obtida nos Centros de Convivência como também questões que se mostram pertinentes para facilitar ou dificultar as ações nesses espaços. No quadro abaixo, reuni as principais proposições que pude apreender com base na análise das entrevistas como respostas à pergunta de pesquisa: Em que sentido as práticas comunitárias em saúde mental (no caso desta pesquisa, os Centros de Convivência e espaços de oficinas de geração de renda) contribuem para a ampliação do conceito de clínica psicológica em saúde pública? Acrescentei, além de algumas possíveis respostas ao problema de pesquisa, algumas proposições que dizem respeito à motivação para a clínica ampliada como também aspectos fundamentais para a sustentação das práticas nos Centros de Convivência. Com base nessas proposições, pretendo fazer uma discussão junto a outros autores, buscando não uma comprovação teórica que assegure a consistência ou a validade dessas proposições, mas principalmente um aprofundamento da compreensão dessas vivências que nos leve a repensar a clínica psicológica no SUS.

- A formação em psicologia clínica voltada para aspectos que transcendem a interioridade do sujeito e ações em espaços coletivos é fundamental para o desenvolvimento da clínica ampliada.

- A inclinação para a clínica ampliada vem, além da formação, também da constatação, ao tomar contato com o campo de trabalho da saúde pública, de que as práticas tradicionais de cuidado em psicologia são insuficientes para dar conta do tipo de demanda trazida pela população e que uma das saídas podem ser as ações nos diversos espaços comunitários.
- Os Centros de Convivência são espaços comunitários onde é possível desenvolver uma clínica ampliada que difere da clínica tradicional. Uma das diferenças é o fato de que nesses espaços o foco não está na patologia ou sofrimento, mas na busca ou resgate de habilidades artísticas ou sociais.
- As ações são pautadas em diversas atividades como artesanato, música, dança etc. Embora tais atividades permitam uma verdadeira transformação da vida dos sujeitos no sentido de resgate de um valor social muitas vezes perdido, elas representam não o fim do cuidado, mas sim o meio ou o dispositivo pelo qual se dará a convivência e a construção de relações sociais pautadas na solidariedade e respeito às diferenças.
- As práticas transcendem a própria clínica, pois permitem intervir num todo muito maior da vida do sujeito que envolve a saúde, mas não se restringe a ela. Desse modo, várias intersecções são necessárias a partir da clínica: seja com o trabalho, a cultura e vários outros espaços sociais que são produtores de sentido para a vida dos sujeitos.

- O papel dos trabalhadores de saúde altera-se nesses espaços. As relações são mais horizontais, permitindo despir-se das hierarquias dos papéis profissionais.
- O acolhimento e respeito à singularidade, tanto por parte dos profissionais como por parte do próprio grupo nas oficinas, são atitudes fundamentais para o cuidado. É a partir dessas atitudes que os sujeitos vão se sentindo fortalecidos para outras inserções na comunidade.
- Os Centros de Convivência, como dispositivos da reforma psiquiátrica, têm como objetivo a transformação cultural da sociedade em relação à loucura, à busca de diminuição de preconceitos, à reinserção ou inserção social dos usuários dos serviços de saúde mental.
- Um dos objetivos dos Centros de Convivência é transformar a rede de cuidados, mostrando que é possível exercer o cuidado em saúde a partir de um ângulo de não seja o da doença ou da patologia.
- Para que essa prática se sustente é preciso haver mais do que inclinação para práticas inovadoras em saúde. É preciso apoio institucional e político.
- Pode-se dizer que é uma prática em busca de uma teoria, já que alguns participantes não encontram embasamento teórico suficiente para sustentar suas ações.

6.1 - Discutindo a formação para a clínica ampliada: a importância da integração da prática com a teoria

Todos os participantes recorreram à formação profissional para explicar o envolvimento com a clínica ampliada. Todos relataram que a inserção em espaços comunitários, que visavam atividades coletivas, seja em estágios na graduação ou em aprimoramentos, foram fundamentais para uma outra visão sobre as possibilidades de atuação do psicólogo clínico. Esse pareceu ser um aspecto fundamental se queremos buscar aprimoramentos para a ação do psicólogo na saúde pública. Apareceram relatos de estágio em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na área de psicologia social cujo foco do trabalho eram as oficinas terapêuticas; experiência de acompanhamento terapêutico; envolvimento com cooperativas populares; estágios na área de psicologia social; estágio em Centros de Saúde. Apenas Daniela e Paula não fizeram referência à graduação, no entanto, ficou evidente em seus relatos que buscaram, nos espaços comunitários, embasamento para uma outra visão da prática psicológica. Essa formação permitiu criar uma identidade comunitária nos profissionais, de modo que hoje são reconhecidos pelos seus pares como aqueles que têm, dentro de suas equipes, o papel de desenvolver ações coletivas no território. Segundo Luana, “é algo que está no sangue”, querendo dizer que não concebe uma outra forma de cuidado em saúde mental que não seja a partir da clínica ampliada. Isso também apareceu presente na vivência dos outros entrevistados. Ainda que tenham sido contratados para trabalhar em instituições como CAPS ou Centros de Saúde, devido a essa experiência anterior com trabalhos comunitários, não se contentaram em desenvolver suas ações

somente dentro dessas instituições. Foi nos espaços fora da instituição que encontraram o brilho e a potência que não presenciaram dentro dos espaços tradicionalmente reservados ao tratamento.

Considerando a experiência dos profissionais entrevistados, acredito na importância da inserção de disciplinas ligadas à saúde coletiva nos currículos dos cursos de psicologia assim como a inserção em estágios que se proponham a desenvolver habilidades para o trabalho comunitário dentro da saúde pública, colaborando para uma formação profissional mais socialmente comprometida, tornando o psicólogo mais capacitado para atuar de acordo com os princípios do SUS. Algumas experiências são apontadas nesse sentido em trabalhos como de Neves, Rauter, Passos, Barros & Josephson (1996); Ricci e Silva (2004); Trevizani *et al.* (2007); Dutra (2008); Ramos e Carvalho (2008); F.S. Paiva e Ronzani (2009); Souza e Cury (2009). Tais experiências buscam inserir e capacitar alunos de psicologia para prática de saúde coletiva dentro de uma perspectiva política e crítica. Ricci e Silva (2004), ao relatarem a experiência do Projeto ComUnidade realizado em duas favelas de Belo Horizonte, ressaltam que para os graduandos é uma oportunidade para exercerem experiências de cidadania e práticas democráticas. É enfatizada a elaboração de conhecimentos possibilitadores de transformação social, uma visão sistêmica dos problemas da população de baixa renda, a difusão de valores de cidadania e o treinamento de profissionais que possam contribuir significativamente para a mudança da sociedade. Em pesquisa realizada por Rutsatz e Câmara (2006), visando descrever a trajetória, a experiência profissional e as percepções dos psicólogos que atuam em saúde pública da região do Taquari-RS, verificou-se que o interesse dos psicólogos pela saúde pública surgiu a partir de

práticas e vivências acadêmicas em setores ligados à saúde pública, dado que confirma que as práticas acadêmicas são propulsoras do interesse pelo trabalho em serviços ligados ao SUS. O envolvimento da Universidade em diversos níveis de atenção e o desenvolvimento de diferentes frentes de estágio propiciam não só mudanças na formação dos alunos, mas também a construção de uma intervenção mais ampla na comunidade (Gama & Koda, 2008). Com base em estudo realizado por Luzio e L'Abbate (2009), as autoras refletem que a inserção de estagiários e aprimorandos nos serviços públicos de saúde mental contribui para uma maior aproximação entre as diferentes esferas da sociedade, tanto no âmbito da Universidade como fora dela; fortalece o saber transmitido na Universidade e a construção de novos saberes, bem como a formação de alunos críticos e preparados para intervir nas diferentes realidades.

No entanto, penso que não se trata somente de inserir os alunos nos estágios ligados à saúde coletiva, mas integrar reflexões teóricas que tragam sentido para as práticas desenvolvidas. Para Sousa e Cury (2009), não basta propiciar uma inserção precoce dos alunos de psicologia no campo da saúde pública. É essencial que os docentes sejam qualificados, com formação para prover aos estudantes fundamentação contextualizada tanto em relação ao significado do SUS para a sociedade quanto em relação ao impacto da trajetória da psicologia na saúde pública nas várias esferas: rede de unidades de saúde pública, nos cargos de gestão e condução do sistema de saúde, nos fóruns decisórios sobre políticas públicas e nas singulares experiências formativas do estudante de psicologia. Segundo os autores, a formação em serviço é elaborada conforme quatro modalidades que alicerçam a prática do psicólogo: 1) atenção psicológica que se traduz em atendimentos

individuais, grupais, grupos operativos, visitas domiciliares; 2) atenção coletiva que diz respeito ao trabalho com os profissionais das equipes de saúde da família e saúde mental; 3) atenção territorial por meio de projetos que envolvam vários profissionais de diversos setores e comunidade e 4) o referencial teórico para o embasamento de todas as ações de atenção: supervisão, apoio técnico no campo de estágio, reconhecimento da rede de atenção em saúde pública e discussão temática (políticas de saúde, clínica ampliada, reabilitação psicossocial, trabalho em equipe, dentre outros). Isso mostra a importância de integrar as práticas em estágios no campo da saúde pública e reflexões teóricas que embasem essas ações. Além disso, é possível perceber pelos apontamentos de Sousa e Cury (2009) a integração entre vários aspectos que deverão ser contemplados durante a formação. Não se trata de contemplar um aspecto da atuação psicológica em detrimento de outro, ou seja, ser psicólogo dentro da realidade do SUS implica estar atento às diversas demandas da população, tanto por ações individuais como coletivas. É possível ao psicólogo fazer psicoterapia, mas também desenvolver outras práticas ligadas à prevenção, promoção ou reabilitação psicossocial. Para isso os autores acima citados, mostram a importância de um trabalho integrado a uma equipe interdisciplinar bem como de um embasamento teórico que dê sustentação às práticas que serão desenvolvidas.

6.1.1 - Integrando diferentes saberes para uma formação ampliada

Um aspecto que se mostrou evidente nas entrevistas é a importância de pensar a formação do psicólogo para a saúde pública, ampliando a atenção para além da interioridade do sujeito, visto que a saúde (e mais especificamente a saúde

mental) não pode ser concebida de forma isolada ou estanque. Deve-se levar em conta sua estreita vinculação com o contexto social, tanto no que concerne ao plano simbólico como à materialidade da vida de cada um (L.B. Carvalho, Bosi & Freire, 2008). Foi interessante, nesse sentido, ouvir de alguns entrevistados, como Luana e Pedro, que o estágio que realizaram nos CAPS, por exemplo, fazia parte da disciplina Psicologia Social e não de Psicologia Clínica. Isso revela já um outro olhar para a atenção à saúde mental e para uma não separação entre clínica e social, ou seja, mostra que, para o cuidado em saúde mental, é necessário buscar: o desenvolvimento de relações sociais, a inserção na comunidade; o contato com o mundo do trabalho ou da arte. Podemos entender que cuidar, nesse sentido, implica pensar que o sujeito se constitui e constrói significados a partir da sua inserção em diferentes espaços sociais. O olhar passa a ser para o sujeito-social, entendido numa concepção relacional, inserido culturalmente, participante de uma sociedade e de suas redes sociais (Vieira & Nóbrega, 2004). Dessa forma, não é possível pensar o homem fora de um contexto social, de um mundo geográfico, social e historicamente construído. Nessa perspectiva é possível pensar no homem como um ser de relação, sem que tal posição signifique um modo de objetivar o homem e o mundo (Dutra, 2008). Nesse sentido, Abdalla, Batista e Batista (2008) apontam a necessidade de modelos curriculares em psicologia que trabalhem a subjetividade do outro, não mais como uma experiência individual, mas como uma experiência constituída com base em condições histórico-culturais, no âmbito de relações interpessoais. Fica claro, diante disso, a impossibilidade de separação entre as diversas disciplinas.

Aprendemos ao longo de nossa formação na graduação que a psicologia social é um campo ou área de estudo, assim como a clínica, a escolar, a comunitária

etc., o que torna o aprendizado bastante fragmentado. Isso gera a criação de especialistas que só sabem atuar na sua especificidade e conseqüentemente sentem-se despreparados para lidar com outras questões e expressões de sofrimentos psíquicos, próprios da contemporaneidade. Como resultado desse processo, o que vemos muitas vezes é a compartimentalização e esquadrinhamento da vida e do ser humano (Bernardes, 2007; Dutra, 2008; Hüning & Guareschi, 2005). Diante disso, Ferreira (2008a) reflete que, perante as novas áreas de atuação dos psicólogos, devemos buscar competências plurais, ao mesmo tempo clínicas e sociais, necessárias para o enfrentamento da complexidade social. Tal mudança exige do psicólogo sair do engessamento teórico e metodológico, além da adoção de uma concepção de homem que contemple a inserção desse sujeito no contexto histórico e social num determinado momento de sua existência.

Dutra (2008) também ressalta que precisamos refletir mais criticamente sobre o sofrimento psíquico nos dias atuais e como o homem constrói suas relações de sentido; como as condições econômicas, históricas, sociais e culturais influenciam e participam do processo de construção de subjetividades e dos sintomas entendidos como expressão de sofrimento. Nesse sentido, a integralidade hoje torna-se um princípio norteador para que se possa focalizar a atenção à pessoa como um todo e não somente em sua descrição biológica, compreendendo o processo saúde-doença como constituído com base em registros social, econômico, político e também psicológico (Spink & Matta, 2007).

Para Bastos e Achar (1994), o conjunto de habilidades necessárias para o desenvolvimento da prática em saúde pública revela a necessidade de integrar,

dentro do próprio campo da psicologia, o vasto conjunto de enfoques e abordagens, permitindo fornecer aos alunos referenciais ou parâmetros que lhes permitam colocar tais enfoques em perspectiva, fundamentar sua posição pessoal e equacionar a integração dos conhecimentos psicológicos com conhecimentos gerados pelas ciências afins. O psicólogo deverá ser capaz de atuar transdisciplinarmente, fazendo uso de seus instrumentais teórico-metodológicos de maneira flexível, efetuando a leitura de que o arcabouço de sua formação deve ser utilizado para possibilitar a construção do ser como ele se apresenta e não a partir de determinações teóricas que enquadrem a subjetividade para explicá-la segundo o conhecimento preestabelecido (L.B. Carvalho *et al.*, 2008; A.S. Garcia, 2006). A formação para uma clínica ampliada deverá, dessa forma, passar pelas diversas áreas do saber que contribuam para a noção de integralidade do ser humano. Não haverá separações estanques entre as diversas áreas do saber dentro da psicologia ou mesmo desta em relação com outras disciplinas. Nesse sentido, uma proposta transdisciplinar pode se constituir em um caminho privilegiado para fortalecer diálogos entre diferentes domínios de saber (Menegon & Coelho, 2007). Coimbra e Leitão (2003) também defendem a proposta transdisciplinar, em que todos os saberes estejam presentes e que possam misturar-se e contaminar uns aos outros. Isto nos dá, segundo os autores, a oportunidade de nos movimentar, de ignorar cercas e criar outros territórios. Diante do exposto pelos autores, podemos afirmar que certamente, um novo modelo de assistência à saúde, fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS, requer profissionais com competência técnica e ética, capazes de compreender a importância da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade. Para tanto, mostra-se necessário um ensino em saúde que propicie a formação de profissionais

comprometidos com a integralidade e que possam ser atores ativos no processo de melhoria da resolutividade do sistema de saúde (M.A.A. Garcia *et al.*, 2006).

6.1.2 - Desafios da formação para a clínica ampliada

Ainda que os entrevistados apontem a formação acadêmica que tiveram como grande motivadora para suas inserções comunitárias, percebem que ainda representam a minoria dentro dos serviços de saúde. Segundo eles, a formação ainda proporciona práticas psicológicas bastante enrijecidas, minando as possibilidades de transformação no campo da saúde pública. Essa percepção corrobora com os estudos apresentados no capítulo dois desta tese. A experiência relatada pelos participantes da pesquisa vem mostrar que, embora tenha ocorrido alguma mudança na formação, ainda que algumas Universidades venham oferecendo oportunidades de vivências de estágio dentro da saúde coletiva, esse ainda não é um modelo de formação compartilhado pela maioria dos cursos de graduação em psicologia. Podemos verificar, portanto, que o processo de formação oferecido pelas Universidades precisa legitimar estratégias de ensino para possibilitar processos emancipatórios, possibilitando o surgimento de sujeitos criadores e propositivos, que tomem para si a responsabilidade de gerar acontecimentos. Para autores como Dimenstein (2003), Traverso-Yépez e Morais (2004) e Lopes e Malfitano (2005) uma das intenções da Universidade deve ser a viabilização de uma formação que direcione estudantes de graduação para intervir com um outro olhar no campo social, com ações voltadas para o território, reconhecendo a funcionalidade e relevância da atuação na promoção de redes de

suportes locais. Segundo os autores, para uma atuação mais adequada dentro dos serviços públicos de saúde, a formação deve privilegiar a construção de modelos mais ampliados, tanto em seus aspectos teóricos e práticos como em relação à sua função social. Um modelo que capacite o psicólogo a prestar uma variedade de serviços, que promova a postura crítica em relação aos conhecimentos gerados em outros contextos e que possibilite a reflexão e sistematização de conhecimentos que vão sendo gerados a partir de novas práticas de cuidado. Uma formação que permita aos alunos compreenderem a estreita ligação entre as dimensões biológicas, psicológicas e socioambientais do processo saúde-doença, a fim de desenvolver de forma mais competente projetos de prevenção e promoção à saúde.

Scarparo e Guareschi (2007) apontam que nos princípios e compromissos estipulados pelo Ministério de Educação e Cultura, nas diretrizes curriculares para o ensino superior, as expectativas para a formação de psicólogos referem-se a sua habilidade em lidar com a diversidade dos contextos. As diretrizes apontam para a importância de práticas sociais e para a formação de profissionais generalistas, com perspectivas interdisciplinares e que respondam criativamente a demandas da população. O modelo profissional sugerido está associado à habilidade de compreensão integral e contextualizada dos fenômenos psicológicos.

No que diz respeito à reforma psiquiátrica, Bezerra (2007) afirma que é preciso hoje propiciar aos novos profissionais uma formação teórica e técnica sólida, mas também que suscite capacidade crítica e criativa de modo a atender aos desafios de transformação constante que a reforma psiquiátrica nos propõe. Segundo o autor:

As novas formas de organização de equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito, todos esses são temas cruciais para a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pelo ideário reformista (Bezerra, 2007, p.246).

Portanto é a Universidade, como a agente formadora dos profissionais que fazem (fizeram e farão) a reforma psiquiátrica, que precisa promover uma ruptura radical com alguns saberes consolidados da psiquiatria e da psicologia, sendo que a graduação é um momento privilegiado para lançar as bases para que o psicólogo desempenhe seu papel em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica e do SUS (I.L. Paiva & Yamamoto, 2007; Sant'Anna & Brito, 2006). Desse modo, a inserção de disciplinas e conteúdos interdisciplinares da saúde coletiva no currículo deve ser o ponto de partida, de modo a fazer avançar a efetivação dos princípios norteadores do SUS (M. Oliveira & Peres, 2009). No intuito de promover mudanças na formação dos alunos, alguns cursos têm oferecido disciplinas como: Psicologia da Saúde e Políticas Públicas, que abordam temas como políticas sociais, epidemiologia, reforma psiquiátrica e atenção psicossocial, problematizando a prática do psicólogo no contexto do SUS (Gama & Koda, 2008).

Penso que não é por acaso que a maioria dos participantes iniciou o relato de suas vivências, começando pela formação. Acredito que ela constitui a base para todas as ações futuras dos psicólogos. Percebe-se, dessa forma, o compromisso social da Universidade com a formação de psicólogos que futuramente irão atuar nas diferentes instituições públicas de saúde, tendo de responder criativamente a uma variedade de demandas das mais diferentes ordens: desemprego, violência, miséria social etc. Diante de todas as considerações feitas pelos autores em relação a esse aspecto, considero que a formação em psicologia para o SUS deveria privilegiar o desenvolvimento de profissionais generalistas, flexíveis, capazes de integrar diferentes saberes para sua ação, atuando interdisciplinarmente, entendendo a saúde como um fenômeno complexo e que envolve várias esferas da vida humana; profissionais capazes de reflexão crítica constante diante de sua prática; que possam utilizar as técnicas e teorias psicológicas como suporte para suas ações, mas que as considerem passíveis de serem transformadas a partir das próprias ações e da necessidade do contexto; e finalmente que tenham um olhar voltado para a importância de ações coletivas no território, entendendo que os sujeitos se constituem a partir dos diferentes espaços sociais.

6.2 - Ampliando a noção de clínica psicológica a partir do contato com o campo da saúde pública

Alguns entrevistados ressaltaram que, além da formação, o que os fez acreditar nos espaços de convivência como alternativa de cuidado em saúde mental foi a constatação, ao tomar contato com a realidade das instituições como Centros

de Saúde e CAPS, de que o cuidado não deveria se restringir a esses espaços. Os entrevistados acabaram chegando à conclusão de que deveriam desenvolver suas ações fora dos espaços da instituição devido: à carência de atividades coletivas dentro do CAPS; à falta de espaço físico para ações grupais em Centro de Saúde; à falta de atividades dentro das instituições que não tivessem como foco o tratamento, à constatação de que era preciso focar menos na doença e atentar para o que o sujeito trazia de saudável; à compreensão de que atividades de cultura, lazer e educação poderiam ser promotoras de saúde mental; à necessidade de criação de espaços sociais propiciadores de relações solidárias entre as pessoas, dentre outros.

A percepção de que é necessária a ampliação das práticas psicológicas dentro do contexto da saúde pública também é apontada por vários autores como vimos no capítulo dois. O contato com essa área coloca o profissional diante de uma nova realidade, na qual a clientela apresenta muitas vezes um baixo poder aquisitivo e demandas muito ligadas às suas condições econômicas e sociais. Isso requer transformação e abertura na prática do psicólogo; novas posturas para enfrentar uma realidade para qual ele muitas vezes não está preparado (Andrade & Morato, 2004; Gama & Koda, 2008; Goya & Raserá, 2007). A maioria dos estudos em relação às práticas de psicólogos em instituições públicas aponta para a necessidade de ampliação das ações para além da psicoterapia tradicional, visto que ela não apresenta subsídios suficientes para o contexto da saúde pública. A clínica tradicional como espaço de elaboração subjetiva e emergência de *insight* limita-se, muitas vezes, a tratar especificidades que muitas vezes não contemplam a saúde no seu sentido mais amplo. Ainda que seja resguardando um olhar social sobre o processo de construção da subjetividade, seu alcance restringe-se à melhora

individual, sendo difícil o envolvimento do sujeito com o mundo de maneira mais viva e direta (Lemos & Cavalcanti, 2009). Gama e Koda (2008) ressaltam que não se descarta a importância do trabalho clínico individual; no entanto, ele deve constar como um recurso dentre outros no campo da saúde pública. Todos os participantes da pesquisa concordaram que a clínica tradicional se faz importante em alguns momentos, mas que ela por si só não dá conta de todas as necessidades e da complexidade do sujeito no seu contexto social. Pedro fala sobre essa questão em seu relato sobre quando ele ainda estava no aprimoramento:

“(...) Tinha consciência de que a clínica individual poderia dar conta de algumas necessidades do sujeito, mas outros lugares como o Centro de Convivência poderiam dar conta de outras demandas que a clínica individual não dava. Falou que, no Centro de Saúde, a maioria das pessoas que chegava para atendimento tinha um sofrimento psíquico, no entanto tinha questões que não eram somente da ordem individual ou subjetiva. Disse que o Centro de Saúde no qual ele fez o aprimoramento está localizado em uma área de risco social, há poucos recursos de convivência e lazer, além da miséria, violência, exposição ao tráfico de drogas etc. Segundo Pedro, toda essa condição faz com que as pessoas adoçam. Disse então que se questionava muito sobre a questão do acolhimento a todas as pessoas que chegavam com queixa de sofrimento, pois percebia que eram muitos casos e se fosse fazer uma psicoterapia tradicional não daria conta dessa demanda (...)” (Trecho retirado do relato de entrevista com Pedro).

Helena também problematiza o fato de que nem sempre é a psicoterapia que os usuários dos serviços procuram:

“(...) Segundo ela, não é possível desenvolver uma clínica de longa duração dentro do Centro de Saúde. Segundo Helena, no Centro de Saúde, é possível atuar em momentos pontuais. (...) No Centro de Saúde, segundo ela, a demanda muitas vezes nem é do sujeito, mas de um médico que o encaminhou para psicoterapia (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Helena].

No entanto, diferentemente dos participantes desta pesquisa que foram em busca de um fazer diferente em saúde mental, alguns estudos revelam que diante da realidade dos serviços ligados ao SUS, os psicólogos se veem muitas vezes surpresos e confusos com uma demanda que exige novas posturas profissionais. Devido ao despreparo para atuação em saúde pública (Dimenstein, 1998; 2000; 2001; I.L. Paiva & Yamamoto, 2007; Rutsatz & Câmara, 2006) a atuação acaba por tornar-se limitada e empobrecida. A manutenção de um único modelo de atuação clínica marcada por uma perspectiva psicologizante, com reduzido poder de intervenção e transformação social, tem produzido nos psicólogos resistência a posturas mais interventivas na comunidade; isso acaba por gerar práticas descontextualizadas com os princípios do SUS (Goya & Rasesa, 2007). De acordo com resultados de estudo realizado por Goya e Rasesa (2007), verifica-se a falta de atividades preventivas dentro das Unidades, o desconhecimento da importância da participação e do controle social nas ações de saúde conforme preconizado pelo SUS. Segundo esses autores, essa postura acaba por reforçar a ideia de que ainda há na psicologia uma prática centrada em si mesma e que assume como sujeito de seu trabalho o indivíduo em sofrimento.

A percepção da necessidade de ampliação das práticas psicológicas pode gerar movimentos rumo à invenção, como aconteceu nesta pesquisa, ou paralisia ante a demanda. Esse último aspecto é apontado por M. Lima (2005) tendo como base uma pesquisa realizada com psicólogos de Unidades Básicas de Saúde de Salvador-BA, em que uma das psicólogas entrevistadas, apesar de sua constatação de não adesão da população à psicoterapia de orientação psicanalítica, continuava a defender esse tipo de ação. Segundo a autora, isso revela a ausência de diálogo

com outras áreas do saber para o desenvolvimento de um trabalho mais integrado ou mesmo de organizar uma atuação mais compatível com a realidade dos serviços e da clientela. Luchiari, Castro e Garcia (2008) baseados em estudo conduzido por eles sobre a contribuição da clínica ampliada na construção do campo psicossocial, apontam que diante de algumas barreiras institucionais os psicólogos se sentem incapacitados para realizar grandes transformações.

Por outro lado, a resistência às mudanças nas práticas decorre não apenas da formação e preparação insuficientes para agir em um campo tão complexo como a saúde pública, mas também pelo fato de que socialmente o psicólogo é reconhecido pelo seu papel de psicoterapeuta. Em sua pesquisa, M. Lima (2005) revela esse aspecto por meio do depoimento de uma psicóloga a qual afirmou que, ao se inserir em uma Unidade Básica de Saúde, causou estranhamento quando ela recusou uma agenda que lhe foi oferecida para marcação de consultas, alegando que ela não precisaria, pois não estava ali para desenvolver um trabalho de atendimentos individuais. Essa experiência corrobora com o que foi relatado por Helena quando ela teve que diminuir sua agenda para atendimentos individuais para que pudesse se dedicar de forma mais intensa às ações nos Centros de Convivência:

“(...) refletiu que essa questão de trabalhar com agendas fechadas é um problema, pois faz as pessoas pensarem que o profissional tem que ficar atendendo o tempo todo, e isso, segundo ela, não é necessariamente fazer clínica em saúde mental (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Helena].

Esse aspecto mostrou-se presente em minha vivência quando eu ainda estava trabalhando dentro da Unidade Básica de Saúde. A maioria dos encaminhamentos

vindos de outros profissionais para atenção em psicologia tinha como expectativa a psicoterapia individual. A própria população já procurava o serviço de psicologia com essa demanda. Qualquer alternativa proposta, até mesmo psicoterapia em grupo, gerava muita resistência. Nesse sentido, verifica-se a importância de aprender a fazer a reversão da demanda e mudar a própria concepção do imaginário social em torno do psicólogo, mostrando que muitas ações são possíveis dentro do vasto campo da saúde coletiva (Gama & Koda, 2008; Goya & Rasesa, 2007; M. Lima, 2005). Pode-se dizer que todos os participantes desta pesquisa demonstraram a abertura para inovações clínicas e utilizaram-se de diversas estratégias para, aos poucos, ir construindo, com a população, outros espaços terapêuticos.

Diante do exposto pelos autores e levando em consideração a experiência relatada pelos participantes desta pesquisa, podemos afirmar que a atuação do psicólogo no contexto da saúde pública requer uma revisão do modo de estar a serviço do outro, o que pressupõe por em xeque os pressupostos tradicionais que embasam as práticas. Isso implica uma abertura ética e uma nova atitude com o usuário que procura ajuda. É preciso que o profissional se assuma como ator crítico no desenvolvimento e criação de práticas mais condizentes com o acolhimento e a produção do cuidado (L.B. Carvalho *et al.*, 2008). Para Ferreira (2008b) é necessário atuar na rede de relações dos indivíduos e não apenas a partir de sua interioridade como propõe a ênfase clínica tradicional; uma atuação que esteja voltada para a reinserção social e para o resgate da cidadania. Assim sendo, revela-se a necessidade de um trabalho em equipe que estabeleça estratégias que contribuam para ações de promoção de saúde tanto individual como coletiva. Segundo o autor, o que há de potencializador para uma nova clínica é a falta de recursos disponíveis no

consultório para dar conta da complexidade do sujeito, o que promove a abertura de espaços de invenção e criação. Saraceno (1999) também afirma que a inexistência dos recursos institucionais não determina somente recursos suplementares, mas práticas terapêuticas e assistenciais inovadoras. Isso permite, segundo Amorim e Dimenstein (2009), pensar a prática clínica em suas potencialidades criativas, como algo que se faz para além de *settings* predefinidos, técnicas pré-fabricadas e parâmetros de normalidade. Consoli, Hirdes e Costa (2009) ressaltam ainda que se torna necessário incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico dentro da rede pública, mediante oferta de ações locais e a potencialização de recursos comunitários, articulando para isso ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação psicossocial, implementando uma rede de serviços territoriais em saúde mental que sejam verdadeiramente substitutivos ao aparato manicomial. Segundo os autores, a ênfase nas ações de saúde mental no território constitui a própria essência da desinstitucionalização. Pitta (2001) também discorre que as práticas territoriais têm sido mais coerentes com os propósitos reabilitadores, pois permitem articular diferentes serviços comunitários: CAPS, cooperativas de trabalho, moradias assistidas, ateliês terapêuticos, dentre outros recursos. Amorim e Dimenstein (2009) refletem que o desafio é o de “viabilizar que a circulação dos usuários dos serviços de saúde mental na vida cotidiana”, na cidade múltipla, diversa e imprevisível, comporte a possibilidade de encontros aumentativos de potência, produzindo liberdade e vida” (p.203).

Percebe-se, então, a necessidade de reinventar a clínica como construção de possibilidades, de outros modos de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento com outros paradigmas centrados no cuidado, na tomada

de responsabilidade e na cidadania enquanto princípio ético. O processo de transformação do sujeito alienado, incapaz, irracional, para um protagonista desejante, construtor de projetos, de cidadania, de subjetividade, requer uma atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses, fazendo da intervenção não uma estratégia de cura, mas de invenção da saúde, de reprodução social dos sujeitos (Torre & Amarante, 2001). Para Neves *et al.* (1996) não se trata de propor uma nova técnica terapêutica que venha resolver os problemas das demais técnicas, e sim problematizar e propor estratégias singulares que digam respeito aos problemas também singulares que a clínica nos apresenta. Segundo esses autores, poderíamos chamar essa modalidade de clínica militante, “preocupada com a criação de novas maneiras de viver, uma clínica liberta de categorias universais modeladoras e não submissa às tiranias da intimidade” (p.183). O modelo de clínica abordado nas entrevistas parece vir ao encontro das considerações dos autores anteriormente citados e envolve o:

Gosto pelo risco, pela invenção que nos convoca em nossas regiões de promessa e dúvida, que nos torna insatisfeitos e inquietos com as respostas tranquilizadoras e universalizantes que explicam e compreendem em vez de procurar discernir as vias possíveis para a irrupção do desejo no campo social (Neves & *et al.*, 1996, p.184).

Ainda segundo os autores anteriormente citados, falar de uma nova clínica é ter de defrontar-se com esse gosto pelo novo, que não é tomado como modismo,

mas sim como convocação pelo criar, pelo ter de deslocar-se dos fazeres já conhecidos. Para Nardi e Ramminger (2007), isso representa a possibilidade de reconhecer que todo trabalho inclui riscos e que a militância, enquanto forma de implicação e de expressão do que se acredita, é um importante apoio para o trabalho em saúde.

Podemos afirmar que todos os entrevistados se aventuraram numa outra forma de produzir saúde a partir dos espaços coletivos, nesse “gosto pelo risco”. Por sentirem que muitas das questões que as pessoas trazem para a clínica são da ordem do coletivo, como, por exemplo, desemprego, violência urbana etc., veem a importância de colocar as pessoas em relação social e de convívio, relações estas que não sejam permeadas pela patologia, mas pelo saber que cada um tem e que pode ser compartilhado com o outro; relações que sejam permeadas pela troca de experiências de vida, apostando na força que a comunidade tem para encontrar coletivamente modos de enfrentamentos às adversidades do cotidiano. Veem a partir daí o nascimento de uma outra clínica. Ainda que no início da entrevista, ao falarem de suas experiências, nem todos participantes falem em clínica, ao longo da conversa mostram-se seguros em afirmar que as práticas em oficinas que tenham o foco na convivência ou geração de renda podem ser, sim, denominadas de clínica. Mas que clínica é essa? O que permite a nós afirmarmos que esses espaços de convivência e geração de renda possibilitam o desenvolvimento da clínica? Apresento a seguir alguns aspectos apontados pelos entrevistados que permitem responder essas questões.

6.3 - A clínica nos Centros de Convivência

A clínica defendida pelos participantes desta pesquisa é um tipo de prática que não se sustenta pelo sintoma ou pela cura. As ações são pautadas a partir do que é saudável no indivíduo. O resgate ou a descoberta do saudável no indivíduo dá-se pelas atividades nas diversas oficinas e principalmente pelas relações que se estabelecem na convivência em grupo. Penso que Saraceno (1998) explica a concepção de clínica que muitos dos entrevistados citaram existir nas práticas dos Centros de Convivência:

Alguns falam de uma clínica do sujeito. Eu falo de um artesanato da clínica do sujeito, eu creio que é uma clínica de escuta, de acompanhamento também do real material do paciente. Uma clínica que abre possibilidades para permitir ao paciente experimentar a intermitência de seu sofrimento, uma clínica que produza intercâmbio entre os pacientes enquanto estão sofrendo, com outras pessoas. Uma clínica que permita ao paciente produzir valor social. Que seja a pintura, que seja a cooperativa de trabalho, que seja algo, mas que produza valor. É uma clínica cujo objetivo final é a produção de sentido (p.30).

Ainda segundo Saraceno (1998), a clínica tradicional coloca o paciente em uma posição de perda de poder. Do outro lado, pode existir uma clínica onde o paciente está em posição ereta e não está fora da produção, segue sendo produtor

de sentido. Desse modo, para o autor, a tarefa dos serviços de saúde mental deveria ser ajudar a uma pessoa que, em um dado momento de sua vida, perdeu a capacidade de gerar sentido, seja porque não é mais capaz de gerar trabalho, relação afetiva ou relações sociais. O papel da clínica seria oferecer essa ajuda para o restabelecimento da contratualidade de cidadão, de produzir sentido. Acredito que essa clínica está presente nos Centros de Convivência e nas oficinas de geração de renda, pois nesses espaços é possível, pelas diversas trocas sociais e pela produção, resgatar o sentido perdido e mesmo encontrar novos sentidos de vida.

Para Amarante (2003; 2009), uma das tarefas da clínica é permitir a criação de possibilidades, produção de espaços de sociabilidade e produção de subjetividade. Segundo o autor, o sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania e incapaz de obra e de voz, deverá se tornar sujeito e não mais objeto de saber. A desinstitucionalização se tornará, nesse sentido, um processo ético-estético de reconhecimento de novas situações que produzam novos sujeitos, permitindo redefinir o objetivo da intervenção, as práticas terapêuticas e o objetivo da assistência em saúde mental (A.G.B. Oliveira & Alessi, 2005). Dimenstein (2006) pontua ainda que o desafio para reinserção social dos portadores de transtornos mentais, além de produzir alternativas concretas, em termos de equipamentos, alternativas, serviços etc., seja principalmente o de “produzir modos de viver, pensar e sentir, capazes de afirmar a potência de efetuação da vida, a partir da invenção permanente de práticas aptas a deflagrar movimentos de singularização” (p.79). A clínica, nesse sentido, será então aquela que se faz no território. Ela não está voltada para remissão de sintomas, mas para processos de vida e de criação que comportem uma outra saúde, não uma saúde inteiriça, perfeita,

acabada, funcionando perfeitamente bem, mas uma saúde frágil, marcada por um inacabamento essencial que, por isso mesmo, pode se abrir para o mundo; uma saúde que consiga ser vital mesmo na doença (E.M.F.A. Lima, 2006; E.M.F.A. Lima & Pelbart, 2007). Entendo que os Centros de Convivência exercem essa função, ou seja, o cuidado nesses espaços dá-se a partir da noção de que é possível aumentar as possibilidades de vida saudável ainda que a doença esteja presente. Não se trata de ignorar que exista sofrimento, mas o foco de atenção é outro: o que há de saudável, de possibilidade de vida no outro. Luana toca nessa questão e fala da clínica nos Centros de Convivência como aquela capaz de fazer desvios:

“(...) significa algo que tem a ver com fazer desvios, de operar desvios na vida. Não é a clínica que coloca o outro numa posição de passividade, onde um cura e outro é curado. Este outro sentido da clínica permite ir além do apaziguamento de sintomas. Age no sentido de promover mudanças (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Luana].

Podemos afirmar, desse modo, que as práticas desenvolvidas nos Centros de Convivência podem ser denominadas de clínica e que permitem ampliar a noção do que significa ser psicólogo clínico no contexto do SUS. Possibilita pensar que fazer clínica pode significar uma conversa (entre terapeuta e cliente ou terapeuta e grupo de clientes) que leve os indivíduos a pensarem sobre questões importantes de sua vida de modo a ressignificá-las, mas pode significar também encontros na comunidade que não sejam marcados pela busca de tratamento, mas pelo simples desejo de estar em uma oficina e estabelecer vínculos sociais, entendendo que tais encontros também produzem significados e novos sentidos.

Muitas pesquisas ressaltam a potência dos Centros de Convivência e Cooperativas para o cuidado em saúde mental. Caçapava e Colvero (2008) afirmam que, por meio de ações intersetoriais que visam o fortalecimento da participação social, equidade e do empoderamento de indivíduos e comunidade, os Centros de Convivência articulam pressupostos da saúde mental e da promoção da saúde, produzindo autonomia e cidadania e tornando-se um lugar que constrói sentido de vida às pessoas. De acordo com resultados de pesquisa desenvolvida por Misson e Silva e Bastos (2005), os usuários relatam mudanças em seu dia a dia a partir da inserção nos Centros de Convivência, como: melhora do contato social, diminuição no grau de dependência com relação à família e com os outros, maior disponibilidade para atividades laborais, maior capacidade no desempenho das tarefas de autocuidado e domésticas e na gestão do dinheiro, preocupação com a qualidade do produto e seu valor de venda, redução da medicação e das internações hospitalares, avaliação positiva do aprendizado de técnicas e confecção dos produtos, iniciativas próprias para a produção desde em casa como autônomo e descoberta de novas habilidades e talentos pessoais.

M.B.S. Ribeiro e Oliveira (2005) – ao refletirem sobre uma experiência de Centro de Convivência no município de Botucatu-SP, chamada “Associação Arte e Convívio”, ressaltam que no Centro de Convivência há possibilidade de exercer uma prática de cuidado horizontalizada e estimular os usuários a compartilharem e serem parceiros dos projetos e decisões, bem como a se conscientizarem de seus direitos de cidadãos. Santos (1994) afirma, a partir dos resultados de sua pesquisa em um Centro de Convivência localizado no Parque Guarapiranga em São Paulo, que as transformações nesses espaços de convivência são sutis, mas consistentes. As

peças têm a possibilidade de serem elas mesmas, expressando o que sentem e pensam. A valorização desse espaço, evidenciada por seus usuários, encontra-se na possibilidade do encontro, nas trocas e no respeito pela diversidade.

São vários os elementos apontados também pelos entrevistados que fazem com que os Centros de Convivência sejam potentes para o cuidado em saúde mental de modo que possamos afirmar sua legitimidade clínica: a própria produção nas diversas oficinas; os encontros e a convivência em grupo; a postura diferenciada dos profissionais nesses espaços com destaque especial à não hierarquização de papéis; a importância do acolhimento e respeito à singularidade; o olhar e estímulo para o desenvolvimento de competências, dentre outros. Todos esses elementos estão entrecruzados; no entanto, gostaria de tentar discutir alguns deles separadamente por considerá-los essenciais para a clínica que esta tese se propõe a defender.

6.4 - O efeito das atividades e da produção nas oficinas

As atividades representam o eixo norteador dos Centros de Convivência. As pessoas que procuram esses espaços vão em busca do artesanato, da música, da dança etc., muitas vezes sem nenhuma pretensão terapêutica. Talvez essa pretensão esteja mais presente nos encaminhamentos feitos por profissionais de outras Unidades de Saúde, entendendo que a inserção em alguma atividade poderá fazer parte do projeto terapêutico do sujeito. No entanto, os efeitos dessas atividades que não têm a pretensão de antemão de serem terapêuticas são inúmeros, conforme apontados pelos participantes da pesquisa: resgate ou descoberta de habilidades e

competências; aumento da autonomia e da contratualidade; aumento de autoestima; ressignificação de experiência de vida a partir do contato com a produção; a possibilidade de passagem de um lugar de sujeito reconhecido socialmente como incapaz, improdutivo, para alguém capaz de produzir algo de valor social, dentre outros. Os participantes desta pesquisa refletem que, para os usuários dos serviços de saúde mental, trata-se de uma verdadeira mudança de papel social. Aquele antes reconhecido como ‘doente’, ‘louco’, ‘incapaz’, passa a ser reconhecido como sujeito, como alguém que é capaz de produzir algo de valor ou que é capaz de transmitir sua habilidade a outras pessoas. Beatriz e Daniela destacam esse aspecto em seus relatos:

“(...) disse que é fantástico, que há empoderamento e que, a partir dessa atividade, há a possibilidade de um retorno à vida profissional (...) O outro ganho é possibilitar ao paciente ocupar um outro lugar para além de usuário da saúde mental, aquele identificado como doente (...) a atividade na oficina coloca o sujeito como alguém produtivo, que faz algo que é bom, que as pessoas apreciam e que ele ganha dinheiro com isso (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Beatriz].

“(...) Lembrou de um paciente que tinha diagnóstico de esquizofrenia e que tinha como interesse ministrar um curso de massagem. Relatou que a equipe o ajudou a montar o curso e houve pessoas interessadas em participar. Essa foi uma experiência interessante para aquele sujeito que pode passar de uma condição de paciente para professor (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Daniela].

Galletti (2004) reflete que a potência da oficina enquanto dispositivo é permitir “estados de vitalidade” nos seus participantes, retirando-os do lugar de ‘desqualificado inerente’ e do papel de ‘doente-paciente’. Alguns autores, como Santos (1994), Misson e Silva e Bastos (2005), e Klinke (2007) também apontam esse papel de autovalorização e reconhecimento social que a produção de objetos

artesanais ou artísticos tem na vida dos sujeitos, habitualmente rotulados como improdutivos. Essa conquista de um outro papel, que se dá inicialmente a partir da inserção nas oficinas, vai se estendendo aos poucos para as diversas relações sociais do sujeito. Santos (1994) traz como resultado de sua pesquisa que a participação de pessoas que têm algum tipo de dificuldade ou limitação nas oficinas faz com que revejam suas possibilidades e reavaliem suas habilidades. Aos poucos, os usuários vão se mostrando mais abertos a experimentar situações novas que até então se mostravam como barreiras intransponíveis. Helena também aponta isso em seu relato ao se referir a uma mulher que se inseriu em uma atividade de artesanato e que tinha pouca autonomia e baixa autoestima. Pouco a pouco, foi conseguindo retomar sua vida: aprendeu a dirigir e retomou o trabalho. Beatriz também aborda essa questão, mais relacionada com a produção nas oficinas de geração de renda:

“(...) Relatou que muitos pacientes que participam das oficinas vêm cronificados de todo um percurso psiquiátrico e de várias internações. Disse que a oficina de geração de renda permite abrir um leque na vida da pessoa (...). Lembrou de um paciente que, a partir da inserção na oficina, conseguiu retornar ao trabalho. Disse que ele estava afastado há muitos anos do trabalho, vinha de várias internações psiquiátricas. Conseguiu inserir-se no CAPS e nas oficinas do Centro de Convivência e naquele momento estava retomando sua vida (...)” [Trechos retirados do relato de entrevista com Beatriz].

As atividades passam a ser vistas como instrumento de enriquecimento dos sujeitos, de valorização da expressão, da descoberta e ampliação de possibilidades individuais, de diferentes possibilidades de ser e de acesso aos bens culturais. A utilização de atividades implica pensar uma clínica construtiva e inventiva de novas

possibilidades e novas formas de vida. Uma clínica sempre atenta àquilo que propicia a criação e potencializa os processos de transformação do cotidiano (E.A. Lima, 2004). Galletti (2007) também refere que o trabalho dos Centros de Convivência é potencializar vetores de existencialização, que é a criação de possibilidades de vida, da criação de um possível onde parecia não existir.

6.4.1 - O efeito das oficinas de geração de renda

No caso das oficinas de geração de renda, a atividade, além de permitir a valorização social, pode exercer, em alguns momentos, um papel estruturante para a vida do sujeito. Pedro refere que muitas vezes o trabalho dentro das oficinas dá o limite que o sujeito está precisando naquele momento; permite diminuir agitações, ansiedades, etc. Serpa, Leal, Louzada e Silva (2007) trazem uma experiência semelhante a partir de um trabalho com oficinas de artes plásticas. Segundo os autores:

(...) um dos pacientes, já tendo vivido nas ruas, falava da oficina como algo tão importante que demarcou dois momentos totalmente diferentes em sua vida: antes ele vivia o caos (mental, financeiro etc.); depois da oficina pôde expressar-se melhor e dar alguma direção à sua habilidade para o desenho e pintura. Com a venda de seus quadros passou a alugar um quarto de hotel (p.218).

Um outro ganho das oficinas de geração de renda é o fato de permitirem o contato com a realidade do mundo do trabalho e a conseqüente reflexão sobre o contexto social e político maior no qual o sujeito está inserido. Misson e Silva e Bastos (2005) trazem uma experiência em que essa questão se evidencia. Segundo as autoras, alguns dos temas abordados dentro das oficinas que têm por objetivo a geração de renda são: preparação do local de trabalho, sistematização das etapas da atividade, estímulo para cooperação do trabalho em grupo, controle de qualidade final e possibilidade de escoamento e venda da produção. Segundo as autoras, essa vivência permite aos sujeitos estar em contato com a realidade do processo de trabalho e conseqüentemente refletir sobre as dificuldades encontradas nesse processo, como, por exemplo, a venda dos produtos. Pedro também traz essa questão em seu depoimento:

“(...) Segundo ele, o maior problema é que vivemos numa realidade social difícil. Muitas vezes, não significa que o paciente não esteja apto para o trabalho, mas a questão do emprego está mesmo muito difícil para todos (...) acredita que a atividade acaba tendo uma proposta clínica e política, pois faz o sujeito compreender o universo no qual ele está inserido (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Pedro].

O trabalho aparece como uma atividade fundamental dentro do processo da reabilitação psicossocial, visto que é um instrumento através do qual o sujeito experimenta possuir recursos para gerenciar sua vida, concretizar desejos e sedimentar seu espaço social; é a via mais eficaz pela qual o homem se integra à sociedade (Nicácio, 1989; Rocha, 1996). Otoni, Zacché e Soares (2008) ao

discorrerem sobre uma experiência com uma Associação de Trabalho e Produção Solidária chamada Suricato, refletem que essa experiência promove empoderamento nas pessoas, e conseqüentemente sua emancipação social.

De acordo com a Normatização das ações nos Centros de Convivência e Cooperativas Municipais (Prefeitura Municipal de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde, 1992), cabe aos Centros de Convivência fomentar essas experiências de geração de renda objetivando a retomada de participação no mundo do trabalho e numa dada produção: de bens, de serviços, de conhecimentos regidos pelo princípio da convivência e da cooperação. Deve assim ser estimulada a manifestação das potencialidades e sua utilização na relação com o mundo do trabalho, considerando que as limitações são apenas parte de um indivíduo e não a própria identidade dele. Em relação a esse último aspecto apontado, alguns autores, como Leão e Barros (2008), A.R. Ribeiro (1998) e Cavalcanti e Sarmiento (2006) destacam a importância do enfrentamento ao estigma e à produção de autonomia da pessoa portadora de transtorno mental, pela via do trabalho, visto que ainda há muito preconceito em relação à capacidade produtiva dessas pessoas, até mesmo entre os profissionais que realizam a assistência a esses indivíduos. Segundo dados de uma pesquisa realizada por Maciel, C.M.C.Maciel, Barros, Nova Sá e Camino (2008) 72% dos profissionais entrevistados admitem que os usuários têm condições para o trabalho, mas com restrições. Quando a capacidade para o trabalho é mencionada, ela aparece apenas como atividade ocupacional, artesanal e sem qualificação. Outra pesquisa desenvolvida por Morelo (2002) com a população de Belo Horizonte também traz como resultado que, apesar de 75,1% dos entrevistados considerarem que a pessoa com transtorno mental é capaz de trabalhar, apenas 37% contratariam

os serviços de alguém sob tratamento psiquiátrico. Isso mostra, segundo a autora, que ainda há preconceito social grande em relação à capacidade do portador de sofrimento mental. Isso é confirmado também em outra pesquisa desenvolvida por Santos (1994) em relação ao relato de usuários que se percebem em condições de trabalhar, mas dizem que o mercado de trabalho não tem se mostrado sensível e nem disponível a oferecer essas possibilidades. De acordo com A.R. Ribeiro (1998) muitas vezes a solução encontrada para essas pessoas é a aposentadoria por invalidez. No entanto, se por um lado isso garante algum retorno monetário, por outro reafirma o lugar de incapacidade do sujeito, aquele que não tem mais nada a oferecer ao mundo, renegando qualquer possibilidade de crescimento e transformação. Por isso, as oficinas de geração de renda têm um papel fundamental no processo de reabilitação psicossocial dos usuários portadores de transtorno mental. Através da inserção nessas oficinas é possível desestigmatizar a questão da loucura, permitindo a inclusão no mundo do trabalho. Além disso, possibilita a construção de cooperativas fundadas nos princípios da economia solidária como: auto-gestão, cidadania, solidariedade e responsabilidade social. Uma possível aposta, portanto, pode ser na construção de redes cooperativas solidárias, comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos (Benevides & Passos, 2005).

6.4.2 - A educação como (re)apropriação da vida

Uma outra atividade que foi destacada por alguns dos entrevistados foi a educação como um aspecto essencial para o resgate de autonomia dos sujeitos. Em

três Centros de Convivência há parceria com a Fundação Municipal para Educação Comunitária (FUMEC). Daniela traz em seu relato a importância da parceria com a FUMEC já que esta carrega como objetivo lidar de forma diferente com a diversidade humana, o que vem somar esforços para o cuidado com pacientes com maior vulnerabilidade do ponto de vista do sofrimento mental. Luana também traz em sua experiência o quanto é rico para as pessoas serem alfabetizadas no sentido de adquirirem maior autonomia:

“(...) Ao tocar nesse trabalho da FUMEC, falou do quanto é rico para os pacientes. Disse que certa vez um paciente relatou o quanto era importante para ele sair na rua e entender o que estava escrito numa placa de trânsito (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Luana].

Klinke (2007) ressalta que a inserção de jovens e adultos no mundo letrado representa mais do que um exercício de cidadania. Segundo a autora, a educação tem um valor constitutivo, possibilitando a retomada e a reordenação da estruturação psíquica das pessoas. Os sujeitos retomam a importância de viver, aprender, de se cuidar e passam a se sentir participantes da vida social por terem melhores condições de entender o mundo letrado, de manifestar seu ponto de vista, por serem ouvidos e lidos pela comunidade.

6.4.3 - A Atividade como ressignificação de si e das experiências de vida

Uma outra função da atividade é possibilitar a redescoberta de si e a ressignificação das experiências de vida a partir da produção. A oficina pode ser um

espaço onde é possível o confronto do sujeito com sua produção e a reconstrução de novos sentidos de vida a partir desse confronto (Pulchinelli, Megale & Alonso, 1992). Daniela afirma que um dos papéis dos profissionais nos Centros de Convivência é, além de estimular a criação e a liberdade de expressão, colocar o sujeito em contato com o que ele criou para que ele mesmo se desloque de um lugar de criador e passe a ocupar um lugar de apreciador, de crítico. Segundo Daniela, esse movimento permite sair de um automatismo da atividade para produzir sentido. Segundo Luana, se a pessoa percebe que é capaz de produzir algo de belo, vai descobrindo que pode existir algo de belo dentro de si também. As atividades através das quais essa descoberta pode se dar são as mais variadas possíveis: artesanato, dança, música etc. A partir desses diversos fazeres, o indivíduo vai tomando contato com suas sensações, sentimentos e emoções, encontrando nas manifestações artísticas uma possibilidade de transformação e superação, criando significados para si e para os outros (Zanella *et al.*, 2005). Percebe-se, dessa forma, que as diferentes expressões artísticas nos Centros de Convivência aparecem como um meio de conhecimento e de transformação pela possibilidade de ruptura que ela pode desencadear na vida dos sujeitos (Novaes, Zacché & Soares, 2008). Esse aspecto é destacado por Sawaia (1995) a partir de resultados de uma pesquisa-intervenção realizada pela autora, mostrando que grupos de atividades que visam tanto a convivência como a geração de renda também podem ser espaços potenciais para que as pessoas entrem em contato com suas vivências e tomem posição diante de suas vidas. Nesse sentido, E.M.F.A.Lima (2006) reflete que:

(...) o envolvimento com a arte pode representar momentos clínicos de intensidade ímpar, que não podem ser repetidos, mas que tem a potência de provocar mutações subjetivas, ampliar a capacidade de alguém ser afetado e potencializar a vida (p.325).

6.5 - Para além do efeito terapêutico

Ainda que as oficinas permitam operar transformações na vida dos sujeitos e possam ser até mesmo terapêuticas em muitos momentos, é importante ressaltar que a produção artística nos diversos espaços de convivência não está subordinada ao terapêutico, dispositivos a favor de elaborações subjetivas, ainda que as produções permitam que isso aconteça. E.M.F.A. Lima e Perbart (2007) refletem que a produção plástica de indivíduos portadores de transtorno mental vai além de representações distorcidas e veladas de conteúdos. “Ao pintar, o sujeito não somente expressa a si mesmo, mas cria algo novo, produz um símbolo e essa produção tem efeitos de transformação tanto na realidade psíquica como na realidade compartilhada” (p.725). Por isso, segundo os autores, ao construir um objeto, pintar uma tela, cantar uma música, o sujeito faz mais do que expor a si mesmo e o próprio sofrimento; ele realiza um ato de cultura. E.A. Lima (2004), também ao se referir à criação do Museu do Inconsciente idealizado por Nise da Silveira, aponta que as inúmeras exposições de obras realizadas no Brasil e no exterior permitiram que tais obras entrassem no circuito cultural, transformando pacientes psiquiátricos em artistas que contribuíram para o manancial cultural da

humanidade e para transformação cultural do pensamento sobre a loucura. Também novas concepções sobre a arte são introduzidas nessa região fronteira a partir das “experiências inventivas da arte contemporânea, com suas propostas de deslizar dos processos de arte às sensações da vida, somando às ideias de expressão e comunicação, uma concepção construtiva da criação” (E.A. Lima, 2004, p.76).

Portanto, ainda que as atividades nos Centros de Convivência produzam efeitos terapêuticos na vida dos sujeitos, não se pode dizer que esse seja o objetivo desses espaços. As pessoas que procuram as atividades não têm essa pretensão muitas vezes. Paula fala sobre isso em sua experiência de trabalho com a técnica do Movimento Vital Expressivo. Segundo Paula, as mulheres procuram o grupo por motivos estéticos ou simplesmente para sair um pouco de casa. Da experiência do grupo, ela acredita que poderá emergir algo de transformador, mas que não é dado de antemão. Nesse sentido, Galletti (2004) salienta que o dispositivo oficina no campo da saúde mental deve ser utilizado como um intercessor terapêutico e não como um instrumento de terapia. Dessa forma, Galletti entende que a atividade desenvolvida nas oficinas, ao se distanciar de seu caráter terapêutico, insiste no seu caráter clínico. Isso se entendermos a clínica como um “campo de dispersão – na sua potência em desviar-se do seu percurso, inclinar-se e experimentar o seu próprio limite – e que, desse modo, não se prende a modelos universais e não fica submissa aos paradigmas de saúde mental” (p.116). Para esta autora, as oficinas em Centros de Convivência são dispositivos que, ao não se fixarem no terreno da saúde mental, invadem e transitam por outros territórios como o trabalho, a arte, a rua e a cidade, permitindo colocar a clínica em contato com sua exterioridade. Segundo a autora, esses projetos transcendem a saúde e tornam-se projetos de vida. Isso permite

e elevar a experiência clínica a seu mais alto grau, rompendo a barreira que separa a clínica e o social, o tratamento e a vida.

Podemos dizer que trabalhamos nos Centros de Convivência nesse limite, nessa linha tênue entre clínica e arte, clínica e cultura, clínica e trabalho etc., sem a pretensão de habitar um lugar definido, mas sim de partir de vários lugares que produzam vários efeitos na vida dos sujeitos. As oficinas nos Centros de Convivência localizam-se dessa forma num campo móvel, aberto à intersecção com vários campos e saberes, criando assim, uma nova cultura de intervenções, que pouco se intimidam com o discurso técnico vigente e tentam escapar do modelo terapêutico normatizador (Galletti, 2004; 2007).

6.6 - A intersecção da clínica com outras áreas e outros saberes

Pelo fato de as oficinas e da clínica nos Centros de Convivência comportarem a exterioridade com outros campos e outros saberes, percebe-se a importância de se estabelecer parcerias com outros serviços ligados à: assistência social, educação, cultura, lazer, ONGs (Organizações Não-Governamentais), além de recursos dentro da própria comunidade, de forma a envolver a maior quantidade possível de ofertas e desenvolver ações mais integrais à população. A parceria com a educação mostrou-se presente nas experiências de Luana, Daniela e Beatriz, demonstrando a pertinência dos objetivos das salas de aula da FUMEC no sentido de inclusão social das pessoas e aumento de autonomia a partir da alfabetização. A parceria com outros setores apareceu de forma menos visível, mas ficou evidente essa necessidade de ampliação das ações de cuidado. Desse modo, pode-se dizer que os

entrevistados apostam na intersectorialidade com intuito de desenvolver ações que possam trazer benefícios de uma forma mais integral à população em termos de qualidade de vida. Essa aposta é fundamental se formos levar em consideração que a saúde como um processo complexo e multideterminado não constitui responsabilidade restrita do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores do governo, os quais são responsáveis por articular políticas e ações para a melhoria das condições de vida da população, articulando para isso saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados (Amorim & Costa 2007; M.F.A.S Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira & Barroso, 2007; Mendes & Fernandez, 2004; L.M.S. Oliveira & Santos, 2007; Rios, Franchi, Silva, Sanchez & Bertolozzi, 2007; Wimmer & Figueiredo, 2006).

Ainda que alguns entraves persistam no diálogo e na consolidação da intersectorialidade, como apontam F.S. Paiva e Ronzani (2009), a conexão com uma rede de serviços na área da saúde e mesmo com parceiros externos torna-se essencial no âmbito das práticas de saúde mental. Uma rede só se torna efetivamente substitutiva se os serviços puderem se articular a uma rede diversificada com caráter intra e intersectorial, capaz de responder à complexificação do sujeito, tal como proposto pelo movimento de desinstitucionalização (Ferreira, 2008b; Zambenedetti & Silva, 2008). Por isso, segundo Luzio e L'Abbate (2009), para constituir uma rede de resistência e disparadora de mudanças, deve haver nos municípios estímulo para maior participação de usuários e familiares na construção de políticas públicas, além da integralidade dos dispositivos de saúde, de assistência social e de cultura, com o objetivo de construir uma rede de cuidado e reinserção social emancipadora.

Assim, acredito que trabalhar na intersectorialidade, nesse sentido, pode representar avanços. O fato de um projeto terapêutico não ficar apenas sob a responsabilidade da saúde ou da saúde mental faz com que sejamos forçados a transitar por outros setores que também são promotores de saúde; permite-nos dialogar com outras áreas de conhecimento e ampliar nosso próprio núcleo de competências profissionais. Além disso, nos dá a oportunidade de oferecer ações mais integrais que satisfaçam as necessidades de um ser humano que também é integral. Spink (2003) discorre que, se o processo saúde/doença é multifacetado, dificilmente as ações individuais darão conta dessa complexidade. A proposta de clínica ampliada deverá ter como foco o sujeito integral. O psicólogo tem uma oferta e um saber, mas o que lhe permite o ponto de encontro é compreender a necessidade do sujeito em toda sua extensão e valer-se de todos os recursos que a rede de serviços e a comunidade podem oferecer (Braga Campos & Guarido, 2007).

6.7 - Em busca da autonomia, do empoderamento e da cidadania

Um dos objetivos da inserção nas oficinas seja visando a convivência ou a geração de renda, é o fato de que nesses espaços é possível o desenvolvimento da autonomia, do poder de contratualidade, do empoderamento tanto individual como coletivo dos sujeitos, bem como a busca para exercício da cidadania. De acordo com Carnevalli (2004) a atividade permite ao sujeito exercer sua possibilidade de escolha e expressão. Ele vai aprendendo a exercitar seu poder de argumentação, confrontando sua realidade e aprendendo a lidar com a mesma. Pedro também traz essa questão em seu relato:

“(...) disse que tenta trabalhar promovendo a autonomia. Muitas vezes ele problematiza junto com o grupo o que podem fazer, quem vai se comprometer com o que, etc. (...) muitas vezes, as pessoas vêm de trabalhos onde tinham um patrão que lhes dava ordens. Por isso Pedro entende que a dificuldade do paciente em exercer sua autonomia dentro da oficina se deve muitas vezes, não ao fato de ele ter um transtorno mental, mas pelo fato de ele não ter o hábito de tomar decisões. Disse que, às vezes ao questionar os participantes sobre o que fazer, eles dizem: Não sei, você é quem sabe. Pedro disse que aos poucos eles vão se apropriando, vão conseguindo se colocar mais e percebem que a opinião deles é relevante (...)” [Trechos retirados do relato de entrevista com Pedro].

A busca por autonomia e aumento do poder contratual nos Centros de Convivência corrobora com as propostas advindas da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização. Pessoas portadoras de transtorno mental (e acrescento aqui todos os outros marginalizados sociais) até então privados de sua condição de sujeito do contrato social durante muito tempo passam a ter a possibilidade de reinserção social e, portanto, de recuperar sua condição de cidadão (J.S.A. Machado, 2008; Salles & Barros, 2006). Nesse sentido, Saraceno (1998; 2001a) afirma que a reabilitação psicossocial é um processo de reconstrução de um exercício pleno de cidadania e da plena contratualidade nos diversos cenários da vida do sujeito, sendo que as diversas atividades desenvolvidas nas oficinas são o meio para que essa proposta se efetive. O autor enfatiza que não objetivamos formar esquizofrênicos pintores, mas sim esquizofrênicos cidadãos. Eles poderão, como qualquer cidadão, serem artistas ou não, mas não enquanto esquizofrênicos, mas enquanto cidadãos. O que não quer dizer, segundo o autor, que uma etapa para a reconstrução da contratualidade passe por teatro, por artes plásticas, mas esse deve ser o meio e não o fim da intervenção. Segundo Torre e Amarante (2001), o trajeto

que compreende a saída da condição de assujeitado para a transformação em um usuário do sistema de saúde que luta para produzir cidadania para si e para sua coletividade passa necessariamente pelo aspecto central da autonomia. Desse modo, o ato terapêutico deve se centrar em outra finalidade: “produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito” (p.81).

De acordo com Fleury-Teixeira *et al.* (2008) a ideia de autonomia conduz à concepção de liberdade, de capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e às possibilidades e capacidades para construir sua trajetória. O desenvolvimento dessa habilidade só pode ocorrer, segundo os autores, através da inserção na comunidade. Levando isso em consideração, devemos estar interessados na facilitação de processo grupais que possibilitem tanto o empoderamento como a autonomia dos indivíduos enquanto coletividades, incentivando ações que ofereçam suporte social e que estimulem processos de autoajuda na comunidade, apostando no trabalho democrático pela via dos sujeitos e coletivos protagonistas e corresponsáveis por sua própria história e de sua realidade (Benevides & Passos, 2005; S.R. Carvalho, 2004; S.R. Carvalho & Gastaldo, 2008; Ricci & Silva, 2004; Rios *et al.*, 2007). Ainda segundo Wimmer e Figueiredo (2006):

Faz-se necessário que, além da capacidade científica, do domínio técnico e da ação política, tenhamos ainda o compromisso com o desenvolvimento da autonomia da comunidade, fundamentado em certas atitudes como amor,

escuta, afetividade, respeito, tolerância, humildade, alegria, gosto pela vida, abertura ao novo, disponibilidade à mudança, esperança, abertura à justiça. É necessário, então, auxiliar na descolonização vivida pelas pessoas da comunidade em seu corpo, trabalhando com arte, cultura, subjetividade, ou seja, seus sentimentos, emoções, e verdadeiros desejos no intuito de fortalecer os processos de tomada de consciência e conquista da autonomia (p.153).

6.8 - A convivência em grupo como cerne da clínica

A convivência em grupo apareceu como um aspecto fundamental para pensar a clínica nos espaços de convivência e geração de renda. As atividades em si, ainda que tragam inúmeros benefícios como vimos anteriormente, elas representam o meio e não o fim de todo o trabalho. As oficinas aparecem nesse sentido como dispositivos para a convivência e esta, sim, é um elemento fundamental da clínica nos Centros de Convivência. Lopes e Malfitano (2005, 2006) refletem que considerar a atividade como elemento-meio e não elemento-fim é de extrema relevância. Aprender a técnica, desenvolver talentos é de grande valia, porém é o estar em grupo, conviver, ser acolhido que representam o cerne do trabalho do Centro de Convivência. Esse aspecto é também destacado no texto sobre Normatização dos Centros de Convivência e Cooperativas (CECCOs) de São Paulo:

O terapêutico enquanto *setting* no CECCO, entretanto deverá se diluir para além da oficina (...) Assim, longe de ser uma “laborterapia”, o que deverá se processar é a terapêutica da vivência do “se relacionar”, mesmo que esta se faça intermediada com uma ação que poderá ser dançar, pintar, cantar ou mesmo caminhar e apreciar o por do sol (PMS-SMS, 1992, p.39).

A convivência comunitária, sem dúvida, é ponto alto dessa nova clínica. Nunes, Torrente, Otonni, Moraes e Santana (2008) falam de uma “clínica do encontro, pautada no diálogo, na escuta interessada, na produção de intersubjetividades, na troca, na partilha” (p.195). O grupo, nessa clínica, aparece, segundo os participantes desta pesquisa, como promotor de saúde mental, estimulando o outro a se cuidar mais, despertando outras possibilidades de relação para além da doença mental. A troca de experiências que acontece permite a identificação com os aspectos sadios do outro de não necessariamente com sua doença. Daniela exemplifica isso em seu relato:

“(...) Segundo ela, às vezes as pessoas não se vinculam tanto à atividade em si, mas ao grupo de pessoas que participam das oficinas. Muitas vezes a troca de receitas de bolo ou a troca de experiências de vida, permite a diminuição das tristezas do dia a dia. Lembrou das conversas que aconteciam durante as atividades de artesanato e algumas falas como: Larga mão disso (referindo-se às queixas em torno do sofrimento), Ora para Deus ou A gente tem que se cuidar. Segundo Daniela, essas conversas por si só já eram terapêuticas (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Daniela].

Resultados semelhantes foram encontrados em uma experiência relatada por Serpa *et al.* (2005). Segundo os autores (ao se referirem a uma oficina de artes plásticas), havia um paciente que não se interessava pela manipulação com tintas ou outras técnicas propostas, no entanto, estava sempre presente, pois considerava que tinha amigos ali. Também em minha experiência isso se fez presente num momento em que eu acompanhava, no Centro de Convivência, uma oficina de crochê. Comecei a levar uma paciente que eu atendia individualmente no Centro de Saúde para a oficina. Ela não se interessava pelo crochê e nunca chegou a desenvolver qualquer atividade, mas foi várias vezes ao grupo. Eu percebia o quanto ela se transformava nesse outro espaço. Para mim era significativo ver seu sorriso e ouvi-la falar de experiências de vida para além de sua doença. Ainda que ela não fizesse o crochê, ela parecia se sentir bem ao estar em um grupo de pessoas que não estavam reunidas em torno de um diálogo sobre o sofrimento e que pouco se importavam se ela tinha algum diagnóstico de transtorno mental.

Um outro efeito da convivência é permitir, em alguns momentos, contornos necessários às relações sociais para alguns pacientes, o que, segundo os participantes, acarreta efeitos terapêuticos. Daniela, Beatriz e Luana apontam esse aspecto em seus relatos:

“(...) os pacientes identificam o Centro de Convivência como uma outra possibilidade de espaço social. Há uma mudança de comportamento de como eles se relacionam socialmente no Centro de Convivência e como se relacionam dentro do CAPS. Segundo Daniela, o entorno faz uma grande diferença. Os pacientes são afetados pela vida social (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Daniela].

“(...) O que percebe de interessante é que o Centro de Convivência traz a pessoa para relações com normas e regras da vida social e que isto já é terapêutico (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Beatriz].

“(...) disse que no Centro de Convivência os pacientes sentem que estão num outro espaço social; nunca fumam dentro do local, há um respeito maior em relação às regras sociais e ao próprio espaço (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Luana].

Pedro também percebe o efeito da convivência social dentro das oficinas de geração de renda. Segundo ele, as conversas que se estabelecem durante a atividade são terapêuticas no sentido de ajudar o outro a se comportar dentro da oficina de uma forma mais construtiva para ele e para o grupo. Daniela aponta ainda a aumento do autocuidado que existe quando os pacientes saem do CAPS para freqüentarem o Centro de Convivência. Segundo ela, os pacientes se arrumam mais, fazem a barba o que não aconteceria se ficassem apenas dentro do CAPS.

More (2005) traz considerações sobre o papel ou a função das redes sociais significativas, que vai ao encontro do que foi abordado pelos participantes da pesquisa. Segundo a autora, o papel das redes pode ser de: 1) Companhia social que significa a realização de atividades em conjunto ou estar juntos em determinadas situações vitais; 2) Apoio emocional que seria reações de compreensão, empatia, estímulo e apoio; 3) Guia cognitivo – relações que favorecem informação, esclarecem expectativas, proporcionam modelos de papéis; 4) Regulação social, ou seja, relações que neutralizam desvios comportamentais, lembram responsabilidades e favorecem a resolução de conflitos; 5) Ajuda material ou de serviços, e 6) Acesso a novos contatos, abrindo possibilidade de outras relações além das já estabelecidas.

Podemos afirmar que o grupo constitui então um lugar privilegiado para a troca de experiências (Lemos & Cavalcanti, 2009), para o fortalecimento de redes sociais de apoio (A.P.Barreto, 2005; Gama & Koda, 2008; Wimmer & Figueiredo, 2006) como modo de produção de subjetividades (Escóssia & Kastrup, 2005) e constitui uma das estratégias centrais para a promoção de saúde (S.R. Carvalho & Gastaldo, 2008). J.Barreto (2008) fala da importância de diversificação de redes comunitárias de suporte “que troquem as metas conformistas de inserção social pelo compromisso de reinventar o espaço plural da política como lugar onde se desfrute da amizade, da espontaneidade, da liberdade e da criação” (p.313). Dessa forma, os recursos disponíveis na comunidade devem ser instrumentalizados com o objetivo de propiciar respostas outras ao sofrimento psíquico dos sujeitos, possibilitando a emergência de novos contratos sociais transformadores de realidades subjetivas (Silveira & Vieira, 2005). Teixeira (2005; 2008) reflete que o aumento ou diminuição da potência de cada um depende da qualidade de encontros que se realiza. Por isso, segundo o autor, devemos estar aptos, enquanto serviços de saúde, para instrumentalizar mental e afetivamente os indivíduos de uma determinada população de forma a ampliar sua capacidade de se pôr em relação, de formação de comunidade, de aumento de sua potência e singularização existencial. Por outro lado, para Teixeira (2008) esses encontros na comunidade não devem ter como pretensão uma homogeneização, fazendo desaparecer as divergências. Segundo ele, a arte da conversa e do encontro é fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades. Nicácio (1998) também reflete que não devemos entender comunidade como um todo homogêneo, mas sim como lugares sociais vivos, tecido por instituições, códigos e referências culturais, poderes contratuais,

redes de relações, processos de produção de sentido e valores. O comunitário, segundo a autora, visa colocar em cena a perspectiva do coletivo, dos cidadãos; remete à necessidade de construir formas de conhecer, interagir e lidar com o sofrimento dos sujeitos, agenciando e potencializando tecidos sociais solidários capazes de não transformar a diversidade em desigualdade social.

Acredito que essa questão levantada pelos autores subsidia a noção dessa clínica do encontro através da qual os Centros de Convivência operam, ou seja, podemos dizer que quanto mais o sujeito se vê reconhecido e respeitado em sua alteridade, em sua singularidade, como legítimo outro, ele vai potencializando cada vez mais sua própria existência. O fundamento dessa clínica considera a condição constituinte relacional da existência humana, revelada no encontro com o outro. Acredita-se que situações de encontro intersubjetivo propiciam, no cotidiano da vida, mudanças de aprendizagem do ser humano e formas de convivência no mundo com os outros (Andrade & Morato, 2004). Considerando a clínica a partir desse ângulo, acredito que ela não se limita às pessoas com transtornos mentais ou à questão da reforma psiquiátrica. É uma prática que se estende a todos nós que carecemos de espaços de encontro que sejam pautados pelo respeito às diferenças, pela alteridade, pela tolerância. Trata-se, desse modo, de reconstruir o conjunto de modalidades do ser-em-grupo, e as relações humanas em todos os níveis (Guatarri, 1990). Acredito, então, que as práticas nos Centros de Convivência buscam um ideal de sociedade e relações pautadas na alteridade; é antes de tudo um engajamento político na busca de relações mais humanas. Amatuzzi (2001b) afirma que o psicólogo tem uma contribuição importante nos grupos comunitários ao facilitar a comunicação entre as pessoas, não só como profissional, mas como cidadão

comum. Para o autor, trabalhar processos humanos de forma integrada, em todos os seus âmbitos inseparáveis significa:

Tomar a iniciativa e começar a viver segundo outro paradigma. É passar a funcionar a partir do centro pessoal, abrindo-se ao outro. É associar-se na prática do que fazemos e buscar o bem de todos. Se isso não fizer parte do trabalho do psicólogo, ele estará somente contribuindo para que o mundo continue a ser como é. Transcendemos a psicologia? Creio que a psicologia que não estiver atravessada por estes valores, em todos os seus níveis de inserção profissional, já não tem nada de importante a oferecer ao nosso mundo (Amatuzzi, 2001b, p.131).

6.9 - A transformação cultural sobre a loucura a partir da convivência

Um aspecto relevante levantado pelos participantes, que se dá através dos diversos encontros, é o efeito de transformação que a convivência nas oficinas exerce na realidade, no sentido de promover mudanças e produzir novos valores sociais em relação à loucura. Esse aspecto foi bastante enfatizado pelos entrevistados: a importância de mostrar para a comunidade que transtorno mental não é sinônimo de incapacidade, que a doença é apenas um aspecto do sujeito, mas não é o sujeito inteiro; que o sujeito inteiro é aquele que, ainda que portador de

alguma dificuldade ou sofrimento, é capaz de intervir na realidade social seja a partir do trabalho ou qualquer outra atividade. Helena destaca esse aspecto em seu relato:

“(...) os funcionários do Centro de Saúde também começaram a valorizar mais a população, a tratá-los com menos receio. Viam que os usuários poderiam produzir algo de positivo (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Helena].

Luana aborda em seu relato que o preconceito ainda impera no imaginário social e faz com que os sujeitos portadores de transtorno mental não aceitem sair das instituições como os CAPS onde se sentem mais bem acolhidos em sua dificuldade e diferença. Esse dado também foi encontrado em estudo desenvolvido por Lemos e Cavalcanti (2009). Daniela também aponta essa questão quando diz que, para que os usuários do CAPS possam ir até o Centro de Convivência, é necessário muitas vezes que algum profissional os acompanhem. Por outro lado, segundo Paula, por mais que exista dificuldade em levar os usuários para um espaço fora da instituição, é preciso apostar nessa ideia. É uma clínica de risco, como ela mesma diz, mas um risco que temos de oferecer ao outro, pois, caso contrário, “ninguém sai do lugar”. Segundo Paula, quando os usuários vão para um ambiente fora da instituição, há a possibilidade de uma experimentação com a vida comunitária. A circulação pelos diversos espaços sociais possibilita a reinserção na comunidade e isso para muitos pacientes é bastante terapêutico, considerando que muitas vezes eles estão excluídos do convívio social naquele momento.

De acordo com E.M.F.A. Lima e Pelbart (2007) as práticas de desinstitucionalização atravessam os muros dos hospitais psiquiátricos e invadem a cidade, passando a intervir nas redes sociais e na cultura, buscando desfazer o que

os autores denominam de “manicômios mentais”. Não se trata, no entanto, de apenas criar alternativas, de desconstruir apenas a instituição manicomial, mas também “as ideias, as noções e os preconceitos que a acompanham e modelam, e que são parte do imaginário mesmo daqueles que conscientemente desejam destruí-la” (D.D. Barros, 1994, p.191). Desse modo, as inúmeras ações territoriais visam “construir novas possibilidades no campo das trocas sociais e da produção de valor, buscando criar novas comunidades e outras sociabilidades” (E.M.F.A. Lima & Pelbart, 2007, p.729). Desse modo, o papel dos profissionais nos Centros de Convivência é possibilitar a transformação cultural e desfazer esses “manicômios mentais” instaurados na sociedade. Novaes *et al.* (2008) ao discorrerem sobre os quinze anos de implantação do Projeto de Saúde Mental na cidade de Belo Horizonte, afirmam que os Centros de Convivência são dispositivos estratégicos para a mudança da cultura de exclusão do portador de sofrimento mental. Segundo os autores:

Os Centros de Convivência, ao longo de sua trajetória, colocaram na cena cotidiana o louco e sua produção, apontaram caminhos para o sujeito, possibilitaram novos olhares sobre a loucura, desataram nós, fizeram laços, enfim, complexificaram-se na certeza da urgente e cotidiana construção da sociedade sem manicômios (Novaes *et al.*, 2008, p.165).

Alguns autores, como A.T.M.C. Silva, Barros e Oliveira (2002) e Bezerra (2007), expõem que um dos desafios da reforma psiquiátrica no Brasil é produzir uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura, promovendo uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à figura do doente mental, o que Amarante (2003) denomina de dimensão sociocultural do processo da reforma psiquiátrica. O aspecto estratégico dessa dimensão, segundo o autor, é transformar a concepção da loucura no imaginário social. Isso implica a substituição por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar, um olhar que seja fundado no respeito e na tolerância. Nesse sentido, Andrade e Morato (2004) consideram que:

Um trabalho voltado para a trans-formação das relações sociais exige um desmonte permanente das cristalizações que impedem a instituição de outros modos de estar no mundo; de outras formas de afetamento, em que a diferença não aparece como algo a ser negado ou excluído, mas exatamente como aquilo que possibilitará a criação, as mudanças nos sistemas – pensamento, relações, crenças, entre outros – cristalizados (p.348).

Nesse sentido, a inserção nas diversas oficinas dos Centros de Convivência contribui com a reabilitação psicossocial pela interação social do louco com a cidade e com seus habitantes e pela circulação de suas obras como mercadorias consumíveis. A proposta da maioria dos trabalhos desenvolvidos nesse contexto é a

contribuição para desmistificação e a transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência (Amarante, 2009; Antunes & Queiroz, 2007; Carnevalli, 2004; Cavalcanti & Sarmiento, 2006; J.S.A. Machado, 2008; Morelo, 2002; R.C.F. Ribeiro, 2004; C.S. Ribeiro & Braga Campos, 2001; Valentini & Vicente, 2001). Aposta-se então na força dos grupos comunitários como forma de inclusão das diferenças, como respeito à singularidade e diminuição de preconceitos, acreditando que novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito portador de transtorno mental são produzidos em relação com o social (Torre & Amarante, 2001). Para Schmidt (2003), o acolhimento ao indivíduo portador de sofrimento mental, que muitas vezes experimenta o desenraizamento, a solidão e o desamparo, só pode ser concebido no contexto de coletivos engajados na transformação das relações com a loucura, apoiados em instituições públicas que sustentem essas experiências de transformação. Acredito que os Centros de Convivência e espaços de oficinas de geração de renda têm esse papel apontado pela autora. Aposta-se dessa forma na convivência, na tolerância e no respeito às diferenças, como modos de acolhimento, inclusão social e desmistificação em relação à loucura. Beatriz traz em sua experiência essa possibilidade de convívio entre os diferentes:

“(...) Relatou que, no dia a dia, vê coisas lindas (...) são pacientes muito loucos, que deliram, alucinam, mas que sentam na sala de espera e conversam com as crianças que estão também ali aguardando para uma oficina de informática e surge aquela conversa boa, que flui. É convívio mesmo (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Beatriz].

Luzio e L’Abbate (2009), em estudo realizado nos municípios de Cândido Mota e Assis no interior do estado de São Paulo, trazem como um dos resultados do

estudo que, à medida que se aumenta as ações desenvolvidas nos espaços públicos da cidade, a população passa a interagir mais com os usuários da rede de saúde mental com maior aceitação e tolerância. Alves e Semiotti (2006) também ressaltam esse aspecto ao relatar um trabalho desenvolvido com um grupo de capoeira com o intuito de aproximar usuários de um hospital psiquiátrico e moradores de uma vila que ficava no entorno do hospital. Ao promover encontros em torno de alguma atividade, como foi o caso da capoeira, permitiu, segundo os autores, aproximações, interações, socializações, possibilitando a configuração de novas relações entre as crianças da vila e os usuários do hospital. A convivência permitiu produzir “outros modos de ver, sentir, perceber uns aos outros e a si próprios, produzindo autonomia para a construção de novas relações e ideias, outros modos de agir e pensar sobre o outro e sobre si próprio” (Alves & Semiotti, 2006, p. 71). Santos (1994) considera que a partir do encontro ocorre o enfrentamento dos estereótipos, que não se dá apenas por aqueles ditos ‘normais’, mas também é uma oportunidade para que os próprios ‘diferentes’ reavaliem seus estereótipos e refaçam sua autoimagem.

Estamos falando até aqui de uma transformação cultural a respeito da loucura, no entanto, gostaria de defender que a abertura para o reconhecimento do outro enquanto ser singular e radicalmente diferente não acontece apenas em relação aos usuários dos serviços de saúde mental, mas se estende a todos que lá estão. Por isso acredito que os Centros de Convivência se pautam por uma ética do reconhecimento e do respeito às diferenças, sejam elas quais forem. Galletti (2007) considera que a tarefa dos Centros de Convivência é potencializar no território abertura às diferenças, intensificando a possibilidade de coexistir uma pluralidade de modos de existência contra a hegemonia de um modo padrão de homem. Segundo a

autora, é necessário “implementar, no território, forças de criação: criação de redes, criação de vida em comum, de vida pública, entendendo a vida pública como a arte de produzir encontros na diferença” (Galletti, 2007, p.57).

6.10 - O Papel dos profissionais nos Centros de Convivência

De acordo com a normatização das ações nos Centros de Convivência e Cooperativas do Município de São Paulo (PMS-SMS, 1992), a terapêutica nos Centros de Convivência se distancia do usualmente padronizado, tanto pela formação acadêmica quanto pela prática profissional privada e sua fiel reprodução nos espaços de saúde pública. As senhas que introduzem os profissionais nesse outro lugar desprotegido de divã, sala de espera, portas fechadas etc. é a escuta e o acolhimento que possa proporcionar ao outro o afeto e a confiança para estabelecerem novos vínculos, valendo-se para isso de cenários como as oficinas e outros espaços onde a convivência possa vir acontecer. Santos (1994) afirma que a equipe técnica nos Centros de Convivência tem a atribuição “de ser leitor-interventor-facilitador da convivência cuidando para que a tarefa não se esvazie de significado e caia num fazer alienado” (p.94). Ainda segundo a autora, o psicólogo não tem nesse espaço o mesmo enquadre terapêutico de um consultório com salas fechadas, ambientes resguardados do contato externo, papéis definidos de antemão, etc. Dessa forma, é preciso que avaliem muitos dos pressupostos de sua atuação e criem uma nova prática, tendo os conhecimentos de sua área de formação apenas como suporte. Essa questão também foi levantada pelos entrevistados desta pesquisa, ou seja, que a atitude ou a postura clínica existe a todo o momento, mas como suporte,

como um modo de olhar e não enquanto prática clínica convencional. Helena, por exemplo, fala que um simples abraço pode ser uma forma de acolher e de cuidar. Paula fala sobre a importância do se afetar pelo outro, ou seja, sempre quando vai ao encontro do outro, imagina que algo de positivo possa fluir, não importando onde esse encontro aconteça.

Dutra (2008) ressalta que algumas práticas clínicas fenomenológicas existenciais têm sido desenvolvidas por alguns grupos, tal como o grupo de trabalho “Práticas psicológicas em instituição: atenção, desconstrução, reinvenção” da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), através de atividades de pesquisa e extensão, demonstrando que a escuta clínica não precisa estar restrita ao consultório e nem à prática da psicoterapia. Nesse sentido, segundo a autora a postura clínica, a qual pode ser definida muito mais como uma atitude do que como uma técnica, não depende de um lugar e nem de um tipo de clientela para que aconteça. A escuta clínica “resulta de uma atitude que expressa uma determinada concepção de homem e de mundo, nesse caso, de um ser-no-mundo, afetado pelas situações, numa existência à qual ele atribui sentidos” (Dutra, 2008, p.230).

Além dessa dinâmica constante – de escutar e de ser afetado pelo o que se escuta – o que torna esses espaços de convivência terapêuticos tanto para população como para equipe, segundo a experiência dos entrevistados, é o clima de leveza que existe nas relações. Muitos se referem a esse clima de leveza para contrapor ao clima existente em algumas instituições de saúde onde se lida com a doença ou a crise o tempo todo. Daniela vê que o fato de não estarem alocados no mesmo espaço apenas pessoas com sofrimento mental grave faz com que os

profissionais tenham um tempo maior para escutar e acolher alguém que esteja precisando mais num determinado momento. Isso mostra que o cuidado requer envolvimento e responsabilização pelo outro, sendo que se vincular a alguém requer disponibilidade para o outro e para a relação. (L.B. Carvalho *et al.*, 2008; Consoli *et al.*, 2009).

Os entrevistados apontaram também que uma das diferenças em relação ao papel do psicólogo nos Centros de Convivência são as relações pautadas na horizontalidade. Luana e Pedro tocaram na importância de se fazer atividades em conjunto com os pacientes, estabelecendo relações horizontais e não assimétricas. Pedro acredita que fazer atividades em conjunto elimina a relação de tutela. Ele vê que, por mais dificuldade que os pacientes tenham ao desenvolver determinada atividade, não se deve fazer por eles, mas propor um fazer junto, respeitando o limite de cada um, permitindo assim sua autonomia. Nessa outra forma de relação quanto mais o psicólogo se desveste de seu papel profissional e se coloca como pessoa na relação, mais ele conseguirá ser um facilitador ou mediador para que a convivência aconteça e para que o grupo assuma a direção de seu crescimento. O olhar, nesse sentido, não é para a individualidade ou para a interpretação de uma atividade, mas sim para o grupo e para os efeitos que a convivência produz em suas vidas. Muitas vezes não é o psicólogo que faz uma intervenção, mas alguém do próprio grupo, como ressalta Daniela em seu relato, estimulando o outro a se cuidar mais, a ter mais fé. A comunidade vai apontando suas estratégias de enfrentamento. Nesse sentido, o psicólogo confia na capacidade da comunidade de gerar acontecimentos que lhes tragam crescimento pessoal ou coletivo. Trata-se, portanto, de um deslocamento do saber, de uma outra postura ética em que não existe um saber

dados *a priori*, ou uma verdade a ser transmitida, mas uma construção conjunta de sentidos. O psicólogo passa, então, do lugar de especialista para o lugar de mediador, que acolhe a produção emergente nos diversos encontros (Andrade & Morato, 2004). Isso significa, segundo D.D. Barros (1994) a transformação da cultura dos técnicos, muitas vezes aprisionados por uma lógica e por um saber-poder de seu lugar na hierarquia institucional. O trabalho vai se dando, dessa forma, em conjunto, numa relação dialógica, em que o psicólogo utiliza o saber informal da comunidade e esta o saber formal do psicólogo, resultando em um saber comum que vislumbra alternativas e outras respostas para o quadro social que se faça presente, focalizando a possibilidade de promoção de novos modos de subjetivação que proponham o exercício da cidadania. Desse modo, o psicólogo é facilitador de ações coletivas que tenham como foco a capacidade da comunidade de criar um saber e um modo de viver próprios (DeSouza, 1998; Mendonça, 2007). Percebe-se dessa forma, a importância de propor ações transformadoras que levem os indivíduos a desenvolver sua autonomia, para que se tornem capazes de opinar sobre as decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (Brandão, 2003; M.F.A.S. Machado *et al.*, 2007). Resgatar formas comunitárias de vida abre para o psicólogo perspectivas e campos ricos de atuação, especialmente se ele estiver disposto não apenas a descrever e compreender os processos de interação humana, mas a participar efetivamente das condições de vida da sociedade (Tomanick, 2001). Nesse sentido, Araújo (1999) discorre que a inserção comunitária do psicólogo deve acontecer a partir de uma abertura para vivenciar, para interagir, para se relacionar, para ouvir, para dialogar, para se comunicar para estabelecer vínculos saudáveis e para fazer-se presença. Isso pressupõe que cuidar da saúde é

“muito mais do que intervir sobre o outro, é, na verdade, ser capaz de acolher, dialogar, produzir novas subjetividades, exercitar a capacidade crítica, transformar criativamente os modos de ver, sentir, pensar, já estabelecidos” (Ballarin *et al.*, 2009, p. 222).

6.10.1 - A importância do acolhimento e respeito às singularidades

Além da preocupação em abolir as hierarquias, apresentar-se como ‘mais um diferente’ na relação e desvestir-se do papel profissional tradicional, foi bastante enfatizado também pelos entrevistados a importância do acolhimento, da escuta e do respeito à singularidade. Podemos afirmar que o acolhimento é a porta de entrada e é o grande diferencial dos Centros de Convivência em relação a outros serviços de saúde, muitas vezes burocratizados, funcionando através de senhas, marcação de consultas etc. O Centro de Convivência está aberto a quem quer que chegue a qualquer momento. O acolhimento representa o primeiro contato com a instituição e suas ofertas; é o momento em que se observa o que motivou a procura da pessoa, atentando para o seu desejo, para suas habilidades, para sua potência. É o momento em que se apresenta o serviço e suas ofertas, procurando conciliar desejos, expectativas e possibilidades de cuidado. Santos (1994) refere que a proposta do acolhimento é a de ser um espaço aberto de escuta sem nenhum *a priori* dos encaminhamentos de papéis, que caracterizam os atendimentos burocratizados e institucionalizadores típicos dos serviços de saúde. Esse acolher deverá ser permeado de empatia e oferecer a possibilidade do estabelecimento do vínculo. Não

há preocupação com diagnósticos, mas sim com as possibilidades de a pessoa se beneficiar dos grupos que lhe serão ofertados.

A discussão sobre o acolhimento é essencial, visto que é necessário qualificar a escuta e construir na equipe uma assistência humanizada e centrada no usuário, de modo a garantir uma resposta positiva aos problemas, ainda que essa resposta seja tão somente acolher – sem significar a permanência dos usuários naquele serviço – e realizar um encaminhamento seguro aos demais serviços ou estratégias da rede de atenção (Silveira & Vieira, 2005). Deve haver assim uma postura de escuta ativa, de empatia, aceitação e entendimento dinâmico para o adequado acolhimento de quem procura o serviço (A.P.F.S.Souza, Carvalho, Nardini, Calveti & Gil, 2005). Para Silveira e Vieira (2005), o acolhimento significa um olhar dirigido a quem chega ao serviço, em uma palavra dita de forma mais acolhedora e que pode estar presente em todos os ambientes do serviço, num gesto que demonstre que o espaço do serviço constitui-se verdadeiramente numa referência constante para o sujeito. Por isso, os participantes da pesquisa sentem o quanto é fundamental discutir constantemente essa questão com a equipe e com os voluntários, de modo a desenvolver posturas e criar um ambiente onde as pessoas se sintam à vontade e que demonstrem desejo em permanecer nas oficinas.

Segundo a experiência dos entrevistados, a partir da entrada da pessoa, o olhar será sempre para o que ela tem de potência e não para um diagnóstico. Pode-se dizer então que esse acolhimento se estende para além da entrevista inicial, pois ele permeia todo cotidiano da instituição. Acolher, nesse sentido, não significa apenas receber, mas acolher a diferença, a singularidade, estar aberto à emergência

do inusitado, do desejo, da criatividade e potencialidades pessoais (Mecca & Castro, 2008).

Podemos afirmar que esse acolhimento implica também em respeito à singularidade, ou seja, de acordo com os participantes, é preciso existir respeito ao tempo, ao jeito e ao modo de expressão de cada um, sempre procurando acolher as diferenças e não excluí-las. Beatriz e Daniela percebem que certos pacientes que apresentam algum tipo de transtorno mental não se sentem bem acolhidos em sua diferença nos grupos de artesanato realizados por pessoas voluntárias da comunidade, pelo fato de que muitas vezes é exigida uma qualidade estética de produção muito aquém do que eles podem fazer. Além disso, a percepção dos entrevistados é que nem sempre as pessoas, principalmente aquelas com algum transtorno mental, são bem acolhidas em outros espaços da comunidade devido às suas limitações. Por isso, uma das missões dos Centros de Convivência seria, através do acolhimento e do respeito às singularidades, preparar as pessoas para que aos poucos possam se sentir mais fortalecidas a frequentar outros espaços do bairro. De acordo com Novaes *et al.* (2008) a sensibilidade e escuta são palavras que estão sempre presentes no cotidiano dos Centros de Convivência. É um lugar onde se convive abertamente com a loucura, o inusitado, onde as histórias e, muitas vezes, os absurdos das mesmas são abordados no coletivo, compartilhando dúvidas e soluções, medos e decisões. Poderíamos acrescentar ainda que, através desses espaços, as pessoas vão exercitando a aceitação das limitações alheias e das próprias dificuldades, sem fazer delas um fator de exclusão, mas sim de crescimento, de enriquecimento. Podemos dizer que, por meio desse trabalho constante, a atitude de acolher vai permeando todo o ambiente dos Centros de Convivência e

possibilitando a convivência das diferenças. Para Aguiar (2002), muitas vezes a saúde, a cura e a prevenção dependem de muitos fatores que geralmente não estão em nossas mãos, porém o acolhimento e o cuidado são genuínos e sempre possíveis. Mesmo que não possam curar a patologia, poderão, antes de tudo, “curar a desumanidade, uma doença que está matando a todos” (p.53). Ainda segundo o autor:

Acolher é, pois, encontrar uma outra forma de lidar com as diferenças. O contato com o diferente é a possibilidade de aprender algo novo, é a possibilidade real de expandir meu mundo. O que, mais que respeitar o diferente, leva a valorizá-lo. Não se trata de tolerar e suportá-lo, pois isso muitas vezes se transforma em arrogância e preconceito. Nem mesmo se trata de só respeitar as diferenças, uma vez que isso pode se transformar em indiferença. O essencial é reconhecer seu verdadeiro valor (p.51).

Por isso, os participantes acreditam que, adotando atitudes como estímulo à troca de saberes, facilitação de relações sociais saudáveis, estímulo à descoberta de competências, acolhimento, suporte, facilitação à autonomia, escuta, respeito às singularidades, dentre outras, é possível operar muitas transformações na vida nas pessoas a partir desse outro espaço de cuidado. O profissional poderá acolher o sofrimento, mas este não será a matéria-prima para sua intervenção. Sentem que é preciso valorizar a experiência da pessoa, mostrar o quanto ela é capaz para que ela

tome coragem de fazer avanços na vida e tenha maior autonomia. Parece-me que o cuidado nos Centros de Convivência assemelha-se com o que Rolnik (1995) fala sobre o amparar o outro na queda:

Não para evitar que caia, nem para que finja que a queda não existe ou tente anestesiar seus efeitos, mas sim para que possa entregar-se ao caos e dele extrair uma nova existência. Amparar o outro na queda é confiar nessa potência, é desejar que ela se manifeste. Essa confiança fortalece, no outro e em si mesmo, a coragem da entrega (p.8).

Inojosa (2002) compara o acolher e o cuidar ao “segurar a mão do outro trapezista em pleno ar. É preciso ter ousadia e confiança nele. É preciso ter um sonho em comum” (p.65). O autor enfatiza o quanto é perigoso viver, salvo se tivermos confiança no parceiro que vai segurar firme em nossas mãos.

6.11 - O Centro de Convivência como lugar de passagem

É importante ressaltar que, ainda que os Centros de Convivência tragam benefícios e inúmeros ganhos em termos de crescimento pessoal, esses serviços devem representar para seus usuários um lugar de passagem (A.R. Ribeiro, 1998). Segundo os entrevistados, ainda que os Centros de Convivência tragam benefícios e inúmeros ganhos em termos de crescimento pessoal, esses serviços devem representar para seus usuários um lugar de passagem, para que a partir dali, as

peessoas possam cada vez mais se inserir em outros espaços sociais. Destaco alguns relatos que dizem respeito a esse aspecto:

“(...) referiu que uma das missões do Centro de Convivência é ser um espaço onde as pessoas possam pertencer, mas a partir dele, pertencer a outros lugares sociais. Lembrou que a partir dos grupos dentro do Centro de Convivência, as pessoas combinavam passeios para outros espaços sociais da cidade (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Daniela].

“(...) relatou que o fato de a pessoa não ficar presa ao Centro de Convivência é importante, pois considera que ali é um lugar de passagem. Disse que grudar demais é preocupante (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Helena].

“(...) gosta de pensar no Centro de Convivência como uma “mola propulsora”, um lugar onde as pessoas possam passar, ficar por um tempo e de repente ir para o mundo. Diz que a intenção não é criar dependência das pessoas pelo espaço (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Beatriz].

“(...) falou da importância de se oferecer estímulo e suporte a essas pessoas que estão indo para o mercado de trabalho. Falou o quanto há de estímulo para que as pessoas não fiquem somente nas oficinas, que consigam prestar seleções e ir para o mercado de trabalho (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Pedro].

Para Galletti (2004) se desejamos que as oficinas sejam diferentes dos projetos tradicionais de cuidado em saúde, elas devem caminhar cada vez mais para se distanciar da instituição de saúde mental e transformar-se em projetos concretos de engajamento social. A autora reflete sobre a importância de a instituição oferecer saídas dela mesma, pois só assim estaremos contribuindo para a real desinstitucionalização dos nossos usuários. A autora toma o termo desinstitucionalização no seu sentido ético e político, como abertura para a vida, para a liberdade de misturas e para a não adesão absoluta a qualquer sistema de referência. Mecca e Castro (2008) também consideram que a instituição deve permanecer como morada, para que os usuários possam habitá-la e tê-la como

referência para a construção de projetos quando necessário. Mas deve possibilitar um ponto de partida para a ancoragem em outros territórios, permitindo a continuidade da existência e o sentimento de pertença.

O fundamental é que os Centros de Convivência não sejam considerados mais uma dentre as muitas instituições de saúde ou saúde mental do território. É importante que se caracterizem menos como um espaço para a comunidade e mais como um espaço comunitário. Que possam ser lugares de referência para encontros, festas, conversas etc., mas que não se constituam em mais uma instituição de tratamento. Por isso, defendo que os Centros de Convivência representam o máximo da desinstitucionalização. A ideia é não criar dependência, mas fortalecer as pessoas para outros encontros, outras conversas, outras relações nos mais diferentes espaços sociais da comunidade e da sociedade. Por isso a importância do desenvolvimento de atividades também fora dos muros dos Centros de Convivência. Para Galletti (2007), o Centro de Convivência só funcionará como dispositivo se houver porosidade, abertura ao seu fora pela inclusão do coletivo.

6.12 - O papel dos Centros de Convivência para a rede de saúde: O que temos a ensinar?

Alguns participantes fazem uma crítica às formas tradicionais e enrijecidas de cuidado e veem a importância de sensibilizar profissionais de saúde para um outro tipo de cuidado. Paula, em seu relato, aborda a resistência a novas estratégias de cuidado:

“(...) Para ela, nós, como profissionais de saúde, deveríamos criar alternativas (...) referiu que o problema está na rigidez que existe dentro de alguns serviços de saúde e nos profissionais que não estimulam as pessoas a procurarem alternativas de vida e de tratamento do sofrimento de um outro jeito (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Paula].

Assim, os entrevistados acreditam que deva haver uma mudança nos paradigmas de cuidado em saúde. Desse modo, defendem que os profissionais se abram a novas perspectivas de atenção à saúde dos sujeitos. Veem que os profissionais já inseridos em Centros de Convivência têm como missão sensibilizar os outros profissionais da rede de saúde, mostrando que é possível cuidar da saúde de uma outra maneira. Helena e Beatriz trazem isso de maneira bastante clara em seus relatos:

“(...) Percebe que está ali para transformar o modelo de assistência à saúde mental, no sentido de diminuir a medicalização e de desinstitucionalizar as ações em saúde (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Beatriz].

“(...) falou da importância de mostrar a outros profissionais que estão na rede pública de saúde o que é um Centro de Convivência, já que há um desconhecimento desse dispositivo por muitos. Segundo Helena, o Centro de Convivência vai na contramão do que a Unidade Básica faz, no sentido de atender, atender e atender. Segundo Helena, temos um papel fundamental ao questionar essas formas de cuidado da saúde, questionar a alta medicalização (...) Nesse sentido, refletiu sobre a necessidade de mudança no paradigma de atendimento das Unidades Básicas (...)” [Trecho retirado do relato de entrevista com Helena].

Galletti (2007) afirma que a função dos Centros de Convivência é modificar um certo modo de produção em saúde, principalmente aquele que se pauta pela extensividade, na quantidade em números de atenção. Segundo a autora, os Centros de Convivência têm um modo invisível (não quantificável) de produzir saúde, extraindo forças das experiências minoritárias, das experiências afetivas e intensivas.

“Os Centros de Convivência produzem outras formas de subjetividade que podem subverter, ainda que parcialmente, os padrões majoritários de assistência à saúde” (Galletti, 2007, p.57). Santos (1994) traz uma reflexão semelhante ao exposto por Galletti (2007) quando afirma que a originalidade do trabalho desenvolvido nos Centros de Convivência ante a política de saúde mental é a singularidade e a simplicidade da proposta. Segundo a autora, não se transforma a saúde mental através de grandes equipamentos. O trabalho tem de ser pequeno, “regatando o simples, o natural – a conversa, o afeto, a brincadeira, o falar o que sente, o estar disponível para o outro. Tudo aquilo de que o ser humano anda mais necessitado e que o tem levado a situações de grande dor e sofrimento” (p.178).

Galletti (2007), ao relatar uma experiência sobre a apresentação de um vídeo sobre o Centro de Convivência dentro de uma reunião em que participavam gestores de Unidades Básicas de Saúde e de CAPS, fala do efeito que tal apresentação teve para as pessoas e para os coordenadores dos serviços de saúde que lá estavam, no sentido de gerar mudanças nos mesmos, a partir da compreensão da potência do trabalho que era realizado nessa instituição. Segundo a autora, a experiência do Centro de Convivência permitiu gerar inquietações e “criar abertura para outras referências em saúde, criar abertura para as políticas de gestão poética da saúde que nada mais é do que uma saúde intensificada em novos modos de cuidar da vida” (p.121). Segundo Galletti, uma das participantes da reunião sugeriu que cada um pudesse descobrir o Centro de Convivência existente em cada Unidade e isso foi feito. Dessa forma, para a autora, descobrir o Centro de Convivência existente em cada Unidade significa estar atento para as produções invisíveis, para uma produção

minoritária em saúde, para uma “saúde poética”, para um certo modo de gerir a saúde e, portanto, de gerir a vida.

Levando em consideração as experiências de cuidado e de produção de saúde dos Centros de Convivência, verifica-se a importância de se atentar para algumas atitudes tão genuínas e tão autenticamente humanas que se tornam invisíveis aos olhos dos profissionais. É preciso ainda atentar para o fato de que a comunidade dispõe de um saber e que ele precisa ser compartilhado e valorizado como estratégia de cuidado em saúde. Nesse novo modelo de trabalho, é preciso ainda considerar o sujeito como pessoa portadora de vontades próprias, capaz de realizar suas opções de vida, de agir e reagir diante do que é oferecido a ela como resposta às suas queixas e aos seus incômodos, considerando-a ativa no processo de constituição da subjetividade e da sociedade (A.S. Garcia, 2006).

6.13 - Alguns desafios decorrentes da prática

Ainda que seja inquestionável a potência e os efeitos que os Centros de Convivência têm para a rede de saúde, sua visibilidade ainda é muito pequena e por isso torna-se um desafio a construção de uma proposta política para os Centros de Convivência. Helena e Daniela trazem essa questão em seus relatos. Acreditam que, se houver uma diretriz política para essas propostas, elas não dependerão apenas de esforços pessoais isolados dos profissionais ou de propostas de governo. Luana e Paula também trazem a vivência do quanto é difícil investir nessa outra forma de cuidado sem apoio institucional e político, sem contar com uma estrutura mínima tanto de recursos materiais como humanos. Ou seja, os participantes acreditam que

o investimento na clínica ampliada depende não só da formação e motivação pessoal dos profissionais, mas principalmente de apoio político e de gestão. Isso é confirmado por Boarini e Quijo (2007) ao relatarem uma experiência de implantação de um Centro de Convivência no município de Maringá-PR. Segundo essas autoras, é impossível levar adiante esse tipo de projeto, sem a parceria dos gestores, dos profissionais da saúde em geral e dos usuários desse serviço. A responsabilidade pela manutenção e continuidade dessa proposta de trabalho acaba ficando sob responsabilidade dos profissionais envolvidos com a proposta (Santos, 1994). De acordo com Galletti (2007), muitas vezes o Centro de Convivência é visto por outros trabalhadores da rede de saúde como um paraíso, no entanto, segundo a autora, é um paraíso sempre ameaçado de extinção. Muitas vezes a falta de profissionais de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde para atendimento especializado e a política de enxugamento do serviço público levam o Centro de Convivência a ser considerado desnecessário. Além disso, como ressalta a autora, algumas Unidades de Saúde simplesmente ignoraram o Centro de Convivência como um serviço de saúde e, com isso, acabam valorizando estratégias de atendimento especializado em detrimento de projetos de inclusão e de formação de redes de conexão no território.

Podemos dizer também que alguns desafios para a implementação dos Centros de Convivência estão relacionados aos desafios para consolidação da reforma psiquiátrica no país, como: a insistência do modelo tradicional de atenção psiquiátrica; ausência de capacitação que reforce a implantação generalizada do novo modelo de atenção e a atuação dos profissionais da saúde mental centrada nas novas práticas de atenção à saúde mental (Arejano & Padilha, 2005). Além disso, a implementação de serviços substitutivos de atenção em saúde mental, como os

CAPS ou Centros de Convivência, não garantem por si só a inclusão social ou a desinstitucionalização. A inclusão social não ocorre pela simples mudança de espaço físico, mas sim na articulação dos detalhes do cotidiano para que a inclusão aconteça. Muitas práticas e ideias podem funcionar de forma tão restritiva e convencional a ponto de reproduzir o modelo asilar, segregador, repressor e excludente (Amarante & Torre, 2001; Amorim & Dimenstein, 2009; Leão Barros, 2008; Nicácio, 1989; Nunes *et al.*, 2008; A.G.B. Oliveira & Alessi, 2005; I.L. Paiva & Yamamoto, 2007; Salles & Barros, 2006; Torre & Amarante, 2001). Consoli *et al.* (2000) também discutem que não basta modificar os espaços de cuidado, mas principalmente modificar a lógica institucional e segregadora que muitas vezes permeia os serviços de saúde, os profissionais e a sociedade para que eles possam estar abertos à construção de um novo saber/fazer em saúde mental. Para Amarante (2003), um Centro de Reabilitação Psicossocial, por exemplo, não deve ser apenas um serviço novo, mas um serviço inovador, um espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura. Para Alarcon (2005), não haverá maior contrassenso para a reforma psiquiátrica se esse movimento não combater também a extinção do que ele denomina de “clausuras do espírito”, o que E.M.F.A. Lima e Pelbart (2007) e Pelbart (1990) denominam de “manicômios mentais”. Não se pode perder de vista, dessa forma, que serviços que se pretendem substitutivos ao modelo manicomial devem estar de fato em consonância com a desinstitucionalização e com a liberdade. Para Alverga e Dimenstein (2006):

A reforma deve buscar a emancipação não meramente política, mas antes de tudo, uma emancipação pessoal, social e cultural

e que permita o não-enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social; que passe a encampar todas as esferas e espaços sociais, que permita um olhar mais complexo que o generalizante olhar do igualitarismo, e busque a convivência tolerante com a diferença (p.303).

Finalmente, um outro desafio levantado por alguns participantes, é a falta de um referencial teórico para subsidiar suas práticas. Ainda que tenham passado por uma formação que contemple aspectos da clínica ampliada, isso não parece ser suficiente para explicar as práticas desenvolvidas nos Centros de Convivência. Ou seja, questionam que clínica é esta que estão fazendo. Saraceno (2001b) ao refletir sobre a clínica na reabilitação psicossocial, afirma que a palavra clínica é extremamente pobre como referência teórica à uma prática que é muito mais complexa e articulada. Acredito que essa reflexão cabe também às ações nos Centros de Convivência e para o questionamento dos participantes sobre a falta de um referencial teórico para suas práticas. No entanto, acredito que a teoria que vai embasando as ações nesses espaços se faz a partir da própria prática e da consequente reflexão e sistematização teórica com base na mesma. Acredito que foi o que esta tese se propôs a fazer. Percebe-se que a clínica nos Centros de Convivência está nas entrelinhas dos relatos dos participantes, como pano de fundo, como um olhar, como um jeito de ser. Ela difere da clínica tradicional, pois se pauta por outros paradigmas no sentido de: visão de ser humano, de conceito de saúde e doença, de posturas profissionais e dos meios pelos quais pode se dar o crescimento na vida das pessoas. Acredito que em alguns momentos essa clínica se amplia tanto

que acaba até mesmo extrapolando a própria clínica. No entanto, não tive a pretensão de buscar outra palavra para a prática nos Centros de Convivência que substituísse a palavra “clínica”. Ainda que esta tese tenha apontado para uma transcendência da própria clínica, o que eu quis buscar foi essa legitimidade clínica, mostrando que ser psicólogo no contexto da saúde pública implica um leque grande de opções e que não significa apenas realizar psicoterapia ou trabalhar apenas a partir de atendimentos centrados em uma queixa ou sofrimento. O que eu pretendi imprimir aqui é o valor e a potência das práticas comunitárias para o cuidado em saúde mental, ou seja, que trabalhar a partir de coletivos, produzindo autonomia, empoderamento, cidadania, engajamento político é também tarefa da clínica. Talvez fosse mesmo pertinente encontrar outra palavra que pudesse dar conta da grandeza e da potencialidade das experiências desenvolvidas nos Centros de Convivência. Mas a verdade é que muitas vezes as palavras não dão conta da complexidade do que fazemos. Por isso, talvez por falta de um termo mais apropriado, assumo ainda o conceito de clínica ampliada para as ações que são desenvolvidas nos Centros de Convivência, considerando que ampliar é ir além do tratamento, da cura dos sintomas, do campo da saúde ou da saúde mental. Ampliar a clínica significa considerar o cuidado à saúde como produção de vida. E para tanto é preciso mesmo ir além; é preciso fazer intersecções com outras áreas do saber; tangenciar-se o tempo todo com o campo da cultura, do trabalho, da educação, do lazer etc. E, nesse contínuo tangenciamento da clínica, vamos em busca da integralidade, conceito este tão fundamental aos princípios dos SUS.

“Civilização é, antes de mais nada, vontade de convivência” (Ortega & Gasset).

Tecendo algumas considerações finais

O processo de pesquisar e ao mesmo tempo vivenciar as práticas nos Centros de Convivência permitiu uma compreensão singular sobre o fenômeno que talvez eu não teria caso estivesse somente envolvida como pesquisadora. Em muitos momentos, decepções a partir da minha prática profissional refletiram-se na pesquisa, fazendo-me questionar meu papel nesse processo. As frustrações estiveram ligadas quase sempre à falta de apoio institucional para o desenvolvimento do Centro de Convivência com o qual eu estava envolvida. No entanto, estar nas oficinas, ouvir relatos de transformação e crescimento pessoal fortalecia a ideia de que investir nessa outra forma de cuidado poderia, sim, valer a pena. As entrevistas também foram fundamentais para isso, pois permitiram transformações em minha prática, me encorajando a ampliar meu espaço de atuação, acreditando que essa ampliação permitiria ainda me situar dentro do campo da clínica.

Acredito que os profissionais entrevistados também se beneficiaram da pesquisa, pois, como a maioria ressaltou, foi uma oportunidade de refletir sobre suas ações, retomar e valorizar tudo o que já fizeram e também de pensarem sobre os desafios que ainda precisam ser enfrentados. Refletir sobre a prática também permitiu ressignificá-la. Isso se mostrou na pesquisa no momento em que os entrevistados acabaram se dando conta de que o que faziam era clínica, ainda que fizessem questão de estabelecer uma diferença em relação ao que tradicionalmente se concebe como fazer clínico do psicólogo.

Desde o início desta pesquisa, eu tinha a intuição de que estar nesses espaços era, sim, um fazer clínico, no entanto eu não tinha a dimensão da potência dessa clínica ou o que a diferenciava de outras formas de fazer clínica. Nesse sentido, acredito que a pesquisa permitiu o amadurecimento sobre essa questão. No

início, pareceu-me que o grande diferencial da clínica nos Centros de Convivência era o fato de colocar a doença entre parênteses e trabalhar a partir das possibilidades de vida e de saúde do sujeito. Esse pode até ser um diferencial, no entanto não é exclusividade do Centro de Convivência. Abordagens dentro da psicologia também se propõem a isso. Esse outro modo de olhar para o sofrimento é muito mais uma ética, uma postura diante do outro que vai à procura de ajuda. Por esse motivo, uma prática psicológica embasada nesses pressupostos de positividade do ser humano poderia ser desenvolvida em qualquer espaço, até mesmo a partir da psicoterapia individual.

Atualmente percebo que o grande diferencial da clínica dos Centros de Convivência são as relações sociais e os encontros que ali acontecem, encontros que são pautados inicialmente pelo desejo de realizar uma atividade: pintura, crochê, dança etc., mas que permitem muito mais do que a reunião em torno de uma tarefa. O conviver é o ponto alto dessa clínica. Um conviver que permite uma verdadeira mudança cultural e, por que não dizer, radical, a respeito da loucura e dos muitos “diferentes” excluídos da sociedade. Por isso acredito que os Centros de Convivência representam muito mais do que um serviço substitutivo em saúde mental, mas principalmente um espaço onde é possível exercitar a tolerância, o respeito às diferenças, a escuta, num mundo onde tais atitudes estão cada vez mais sendo perdidas ou absorvidas pela cultura do descartável, do imediatismo, do individualismo. Por isso é um serviço potente para o cuidado de todos que queiram participar desses novos encontros, dessas novas relações pautadas no respeito e na solidariedade. Penso que, nos Centros de Convivência, lutamos por um ideal de sociedade, por um ideal de relações pautadas na alteridade. Devido a tudo isso,

considero que nosso papel extrapola a clínica; é antes de tudo um engajamento político na busca de relações mais humanas. Seria uma clínica ampliada? Talvez a busca de um conceito que substitua a palavra clínica ainda seja um desafio, e talvez nem seja tão relevante preocupar-se com as palavras e nomenclaturas neste momento. O importante e o que esta tese quis defender é que ser psicólogo em saúde pública significa ir muito além de oferecer psicoterapia e que é possível fazer clínica estando em espaços comunitários que nem sequer têm essa pretensão. Defendo, ainda, que a clínica envolve escuta, mas envolve também envolvimento e engajamento político na busca da emancipação humana, de desenvolvimento de autonomia e cidadania e que envolve, sim, de nós, psicólogos clínicos, uma certa militância a fim de facilitar aos grupos, com os quais estamos envolvidos, modos mais dignos e belos de viver.

Acredito que esta pesquisa permitiu legitimar as práticas desenvolvidas nos Centros de Convivência, mostrando a potencialidade das mesmas para o cuidado e para atenção em saúde mental. Possibilitou ainda apontar para um referencial teórico que possa sustentar o tipo de clínica que se faz nesses espaços. No entanto, levanto a necessidade de realização de outros estudos, procurando ouvir outros atores envolvidos nesse processo, como usuários, trabalhadores, comunidade e outros serviços de saúde que componham a rede de assistência, tanto no sentido de acompanhar as reflexões suscitadas por essa prática, como no sentido de buscar outros referenciais teóricos que ampliem sua fundamentação. É preciso mostrar a riqueza do que se faz no dia a dia desses serviços de modo a tornar esse modo de produzir saúde cada vez mais visível aos olhos da rede de cuidado em saúde, o que somente será possível se houver sistematizações teóricas a partir da prática.

“Existe um momento que sentimos que terminou. Mesmo que esse término seja de um ciclo, etapa ou momento, embora não do processo como um todo. É preciso também decidir terminar, pois há sempre algo que poderia ainda ser dito” (Mauro Martins AmatuZZi).

Referências

- Abdalla, I.G., Batista, S.H. & Batista, N.A. (2008). Desafios do ensino de psicologia clínica em cursos de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 806-819. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Aguiar, J.R.T. (2002). Considerações éticas. In Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (Org.). *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver* (pp. 44-55). São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde/Palas Athena
- Alarcon, S. (2005). Da reforma psiquiátrica à luta pela 'vida não fascista'. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos-RJ*, 12(2), 249-263. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Alverga, A.R. & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299-316. Recuperado em 15/07/09: <http://www.scielo.br>
- Alves, M.C & Seminotti, N.A. (2006). O pequeno grupo "oficina de capoeira" no contexto da reforma psiquiátrica. *Saúde & Sociedade*, 15(1), 58-72. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Amarante, P. (1992). Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. *Revista de Terapia Ocupacional, USP*, 3(1/2), 8-16.
- Amarante, P. (1995a). *Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. (2ªed). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

- Amarante, P. (1995b). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In P. Amarante (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp.45-65). Rio de Janeiro: NAU.
- Amarante, P (2009). Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1). Recuperado em 17/08/09: www.abrasme.org.br/cbsm/revista/
- Amarante, P. & Torre, E.H.G. (2001). A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58), 26-34. Recuperado em 22/08/09: static.recantodasletras.com.br/arquivos/542863.pdf
- Amatuzzi, M.M. (1989). *O resgate da fala autêntica*. Campinas-SP: Papyrus.
- Amatuzzi, M.M. (1996). Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 13 (1), 5-10.
- Amatuzzi, M.M. (1998). Experiência religiosa: busca de uma definição. *Estudos de Psicologia*, 15 (1), 49-65.

- Amatuzzi, M.M. (2001a). Pesquisa fenomenológica em psicologia. In M.A.T Bruns & A.F. Holanda (Orgs.). *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas* (pp.15-22). São Paulo: Ômega.
- Amatuzzi, M.M. (2001b). *Por uma psicologia humana*. Campinas-SP: Alínea.
- Amatuzzi, M.M (2006). A subjetividade e sua pesquisa. *Memorandum*, 10, 93-97.
Recuperado em 24/10/07:
<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/amatuzzi03.pdf>
- Amatuzzi, M.M., Echeverria, D.F, Brisola, E.B. & Giovelli, L.N. (1996). *Psicologia na Comunidade*. Campinas: Alínea.
- Amorim, A.K.M.A. & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 195-204. Recuperado em 06/08/09: <http://www.scielo.br>
- Andery, A.A. (2001). Psicologia na comunidade. In S.T.M. Lane & W. Codo, (Orgs.). *Psicologia social: o homem em movimento* (13ªed, pp.203-220). São Paulo: Brasiliense.
- Andrade, A.N. & Morato, H.T.P. (2004). Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de Psicologia (Natal)* 9(2), 345-353.
Recuperado em 17/08/09: <http://www.scielo.br>

- Antunes, S.M.M.O. & Queiroz, M.S. (2007). A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 207-215. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Araújo, R.C (1999). O processo de inserção em psicologia comunitária: Ultrapassando o nível dos papéis. In I.R. Brandão & Z.A.C. Bomfin (Orgs.). *Os jardins da psicologia comunitária* (pp.79-96). Fortaleza-CE: Pró-Reitoria de Extensão da UFC/ ABRAPSO.
- Arejano, C.B. & Padilha, M.I.C.S. (2005). Cuidar sim, excluir não. *Revista Mal-estar e subjetividade*, Fortaleza, 5(1), 72-91. Recuperado em 31/05/09: <http://www.scielo.br>
- Ballarin, M.L.G.S., Carvalho, F.B. & Ferigato, S.H. (2009). Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *O mundo da Saúde*, São Paulo, 33(2), 218-224. Recuperado em 06/08/09: www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/218a224.pdf
- Barbosa, M.I.S. (1999). Psicologia comunitária no Ceará: sua especificidade e o lugar da sua práxis. In I.R. Brandão & Z.A.C Bomfin (Orgs.). *Os jardins da psicologia comunitária* (pp.65-78). Fortaleza-CE: Pró-Reitoria de Extensão da UFC/ ABRAPSO.
- Barineau, P. & Bozarth, J.D. (1989). A person-centered research model. *Person-centeres Review*, 4(4), 465-474.

- Barreto, A.P (1994). Um movimento integrado de salud mental comunitaria em Fortaleza, Brasil. *Boletim Oficina Sanit Panamerica* 117(5), 453-465. Recuperado em 20/06/06: <http://www.scielo.br>
- Barreto, A.P. (2005). *Terapia Comunitária passo a passo*. Fortaleza-CE: Gráfica LCR.
- Barreto, J. (2008). Cidadania, subjetividade e reforma psiquiátrica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18(2), 295-316. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Barros, D.D. (1994). Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In P. Amarante (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp.171-193). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Barros, R.D. (1994). Grupo e produção. In A. Lancetti (Org.). *Saúde e Loucura 4: grupos e coletivos* (pp.145-154). São Paulo: Hucitec.
- Bastos, A.V.B. & Achar, R. (1994). Dinâmica profissional e formação do psicólogo: uma perspectiva de integração. In R. Achar (Org.). *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação* (pp.245-271). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bello, A. A. (2006). Fenomenologia e ciências humanas: implicações éticas. *Memorandum*, 11,28-34. Recuperado em 24/10/07: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a11/alesbello04.pdf>

- Benevides, R. (2005). A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25. Recuperado em 02/07/2007: <http://www.scielo.br>
- Benevides, R. & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 561-571. Recuperado em 06/08/09: <http://www.scielo.br>
- Berlink, M.T., Magtaz, A.C. & Teixeira, M. (2008). A reforma psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 11(1), 21-27. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Bernardes, J.S. (2007). A psicologia no SUS 2006: alguns desafios na formação. In M.J.P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp.105-127). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bezerra, B. (2001a). A clínica e a reabilitação Psicossocial. In A.M.F. Pitta (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (2ª ed., pp.137-142). São Paulo: Hucitec.
- Bezerra, B. (2001b). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In S.A. Tundis & N.R. Costa (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 133-169). Petrópolis: Vozes.
- Bezerra, B., Jr. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 242-250. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>

- Bittencourt, R.A.A. & Mateus, M.L.F. (2006). Possibilidades de atuação do psicólogo no programa saúde da família: a experiências de Bonito-MS. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(2), 328-343. Recuperado em 06/07/09: <http://www.scielo.br>
- Boarini, M.L. & Quijo, I. (2007). A reforma psiquiátrica e as andorinhas. *Revista do Departamento de Psicologia, UFF*, 19(2), 369-380. Recuperado em 29/05/09: <http://www.scielo.br>
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1982). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. São Paulo: Porto.
- Borges, C.F. & Baptista, T.W.F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 456-268. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Braga Campos, F.C. (1992). A saúde mental e o processo saúde-doença: a subjetividade na afirmação/negação da cura. In F.C Braga Campos (Org.). *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp.41-64). São Paulo: Hucitec.
- Braga Campos, F.C. (2000). *O modelo da reforma psiquiátrica e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil.
- Braga Campos, F.C & Guarido, E.L (2007). O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In M.J.P. Spink (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp.81- 103). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Brandão, I.R. (2003). Amor e amizade nos jardins da psicologia comunitária: uma contribuição da filosofia política ao trabalho psicológico. In I.R. Brandão & Z.A.C Bomfin (Orgs.). *Os jardins da Psicologia Comunitária* (pp.111-120). Fortaleza-CE: Pró-Reitoria de Extensão da UFC/ABRAPSO.

Brasil. Ministério da Saúde (1994). *Programa Saúde da Família*. Recuperado em outubro de 2003: <http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de gestão da Atenção Básica (2003). *Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o Diálogos necessários*. Circular Conjunta n.01/03 de 13/11/03. Brasília, 7p. Recuperado em 14/09/06: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). Coordenação Geral de Saúde Mental (2005). *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, novembro. Brasília, 51p. Recuperado em 03/09/09: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). Coordenação Geral de Saúde Mental (2007). *Saúde Mental no SUS: Informativo da Saúde Mental*, Ano VI, n. 26, agosto a dezembro. Brasília, 20p. Recuperado em 24/06/09: www.saudemental.med.br/Bo26.pdf

- Brito, R.C. & Figueiredo, A.L. (1997). Desenvolvimento comunitário: uma experiência de parceria. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(10), 181-191. Recuperado em 20/09/2005: <http://www.scielo.br>
- Caçapava, J.R. & Colvero, L.A. (2008, junho). CECCO: Promoção da saúde mental na perspectiva da integralidade e inclusão social. *Anais do X Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica, I Simpósio Latino Americano de Saúde Mental*, Ribeirão Preto, SP. Recuperado em 31/05/2009: www2.eerp.usp.br
- Carnevalli, M.E. (2004). O cuidar e o reabilitar através da oficina de trabalho. In C.M. Costa & A.C. Figueiredo (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeitos, produção e cidadania* (pp.173-180). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Carvalho, L.B., Bosi, M.L.M. & Freire, J.C. (2008). Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 700-706. Recuperado em 06/07/09: <http://www.scielo.br>
- Carvalho, S.R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto da promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 1088-1095. Recuperado em 27/05/08: <http://www.scielo.br>
- Carvalho, S.R. & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(supl. 2), 2029-2040. Recuperado em 06/07/09: <http://www.scielo.br>

- Casas, F. (2005). Desafios atuais da psicologia na intervenção social. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 42-49. Recuperado em 22/08/07: <http://www.scielo.br>
- Cavalcanti, S. & Sarmiento, G.T (2006). Uma experiência em reabilitação psicossocial: limites e possibilidades. *Cadernos Especiais*, n.35, edição: 03 a 31 de julho. Recuperado em 24/06/09: <http://www.assistentesocial.com.br>
- Chizzoti, A. (1991). *Pesquisa em ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez.
- Coimbra, C. & Leitão, M.B. (2003). Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 6-17. Recuperado em 22/08/07: <http://www.scielo.br>
- Consoli, G.L., Hirdes, A. & Costa, J.S.D. (2009). Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 117-128. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Costa, L.F & Brandão, S.N. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 33-41. Recuperado em 19/06/07: <http://www.scielo.br>
- Cunha, G.T. (2005). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec.
- DeSouza, E. (1998). Comportamento humano numa vila global: uma perspectiva pós-moderna (construtiva) sobre a psicologia comunitária do terceiro mundo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(1), 147-160.

- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia (Natal)* 3(1), 53-81. Recuperado em 23/04/07: <http://www.scielo.br>
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)* 5(1), 95-121. Recuperado em 05/10/2005: <http://www.scielo.br>
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 6(2), 57-63 Recuperado em 05/10/2005: <http://www.scielo.br>
- Dimenstein, M. (2003). Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo em Brasil para la actuación em la salud publica. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 13(5), 341-345. Recuperado em 02/07/2007: <http://www.scielo.br>
- Dimenstein, M. (2006). O desafio da política de saúde mental: A (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental: Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC*, 4(6), 69-83. Recuperado em 06/07/09: <http://www.scielo.br>
- Dimenstein, M. & Macedo, J.P. (2007). Desafios para o fortalecimento da psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In M.J.P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp.207-232). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Domitti, A.C. P. (2006). *Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matriciado na atenção básica de saúde*. Tese de Doutorado, Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, São Paulo, Brasil.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia Natal-RN* 9(2), 381-387. Recuperado em 19/06/06: <http://www.scielo.br>
- Dutra, E. (2008). Afinal, o que significa o social nas práticas clínicas fenomenológico-existenciais? *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ*, 8(2), 224-237. Recuperado em 17/08/09: <http://www.scielo.br>
- Escóssia, L. & Kastrup, V. (2005). O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 10(2), 295-304. Recuperado em 06/08/09: <http://www.scielo.br>
- Faria, N.J. (2004). A fragmentação do indivíduo na psicoterapia. In N.J. Faria. & S.C. Brandão (Orgs.), *Psicologia Social: indivíduo e cultura* (pp.155- 172). Campinas-SP: Alínea.
- Fávero, E. & Eidelwein, K. (2004). Psicologia e cooperativismo solidário: possíveis (des)encontros. *Psicologia & Sociedade*, 16(3), 35-40. Recuperado em 20/09/2005: <http://www.scielo.br>

- Ferreira, J.L., Neto (2008b). Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, 20(1), 62-69. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Ferreira, J.L., Neto (2008a). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118. Recuperado em 22/06/09: <http://www.scielo.br>
- Fleury-Teixeira, P.F., Vas, F.A.C., Campos, F.C.C, Álvares, J., Aguiar, R.A.T. & Oliveira, V.A. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2115-2122. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Fonseca, T.M.G. & Kirst, P.G. (2004). O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. *Psicologia & Sociedade*, 16(3), 29-34. Recuperado em 22/08/07: <http://www.scielo.br>
- Foucault, M. (1984). *Doença Mental e Psicologia*. (2ª ed.) Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (1987). *O nascimento da clínica*. (3ª ed.) Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freire, P. (1998). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.

- Freitas, M.F.Q. (1998). Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(1), 1-13
Recuperado em 19/09/2005: <http://www.scielo.br>
- Galletti, M.C. (2004). *Oficina em saúde mental: Instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia-GO: Ed. da UCG.
- Galletti, M.C. (2007). *Itinerários de um serviço de saúde mental na cidade de São Paulo: trajetórias de uma saúde poética*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de Paulo, São Paulo, Brasil.
- Gama, C.A.P. & Koda, M.Y. (2008). Psicologia e programa de saúde da família: relato de uma experiência de estágio. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2), 418-429. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Garcia, A.S. (2006, agosto). A inserção do psicólogo no SUS: Reflexões sobre a prática. *Anais do XIX Encontro de Psicologia de Assis. VI Encontro Científico do programa de pós-graduação em psicologia. Percursos e perspectivas da Psicologia*. Recuperado em 22/06/2009: <http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/anais/indice.php>
- Garcia, M.A.A., Pinto, A.T.B.C.S, Odoni, A.P.C, Longhi, B.S., Machado, L.I., Linek, M.D.S. & Costa, N.A. (2006). Interdisciplinaridade e integralidade no ensino em saúde. *Revista de Ciências Médicas, Campinas*, 15(6), 473-485. Recuperado em 09/09/09: <http://www.scielo.br>

- Góis, C.W.L. (2005). *Psicologia comunitária: atividade e consciência*. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire.
- González Rey, F.L. (1997). Psicologia e saúde: desafios atuais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2), 275-288. Recuperado em 18/06/06: <http://www.scielo.br>
- González Rey, F.L. (2001). Os desafios teóricos da Psicologia Social e suas implicações para as ações e o compromisso social. In A.M.O. Caniato. & E.A. Tomanik (Orgs.). *Compromisso social da psicologia* (pp.27-59). Porto Alegre: ABRAPSOSUL.
- González Rey, F.L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F.L. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Goya, A.C.A. & Rasera, E.F. (2007). A atuação do psicólogo nos serviços públicos de atenção primária à saúde em Uberlândia, MG. *Revista Horizonte Científico*, 1(7). Recuperado em 06/07/09: www.horizontecientifico.propp.ufu.br/include/getdoc.php?id=265...
- Guareschi, P.A. (2000). Relações comunitárias - Relações de dominação. In R.H.S. Campos (Org.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia* (4ª ed, pp.81-99). Petrópolis: Vozes.

- Guareschi, P.A. (2001). Compromisso Social da Psicologia. In A.M.O. Caniato & E.A. Tomanik (Orgs.). *Compromisso social da Psicologia* (pp.61-97). Porto Alegre: ABRAPSOSUL.
- Guatarri, F. (1990). *As três ecologias*. Campinas-SP: Papyrus.
- Holanda, A. (2001). Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética. In M.T.A. Bruns & A.F. Holanda (Orgs.). *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas* (pp. 41-64). São Paulo: Ômega.
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3(24), 363-372. Recuperado em 27/10/07: <http://www.scielo.br>
- Hüning, S.M. & Guareschi, N.M.F. (2005). O que estamos construindo: especialidades ou especialismos? *Psicologia & Sociedade*, 17(1), 17-28. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Inojosa, R.M. (2002). O acolhimento em rede. In Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (Org.). *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver* (pp. 58- 65). São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde/Palas Athena.
- Klinke, K. (2007). Jovens e adultos em acompanhamento psiquiátrico: ressignificando a vida através da leitura e da escrita. *Anais da 30ª Reunião Anual da ANPED, Caxambu, MG. ANPEd: 30 anos de pesquisa e compromisso social*, 01-05. Recuperado em 24/06/09: www.anped.org.br/reunioes/30ra/posteres/GT18-3060--Int.pdf

- Koda, M.Y. & Fernandes, M.I.A. (2007). A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1455-1461. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Lancetti, A. (1989). Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In A. Lancetti (Org.). *Saúde e Loucura 1* (pp.75-89). São Paulo: Hucitec.
- Lane, S.T.M. (2000). Histórico e fundamentos da psicologia comunitária no Brasil. In R.H.S. Campos (Org.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia* (4ª ed, pp.17-34). Petrópolis: Vozes.
- Leão, A. & Barros, S. (2008). As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, 17(1), 95-106. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Lehman, Y.P. (2001). A contemporaneidade e seus mitos: modos de subjetivação atuais. In A.M.O. Caniato & E.A. Tomanik (Orgs.). *Compromisso social da Psicologia* (pp.213-236). Porto Alegre: ABRAPSOSUL.
- Lemos, P.M. & Cavalcanti, F.S. Jr. (2009). Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 233-242. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>

- Lima, A.B.D., Cunha, P.J., Marmorato, P.G., Garcia, L.S. & Lotufo, F., Neto (2003). Projeto Porto Nacional (Tocantins): uma proposta de atuação em saúde mental na comunidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30 (3), 108-111. Recuperado em 20 /09/2005: <http://www.scielo.br>
- Lima, E.A. (2004). Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In C.M. Costa & A.C. Figueiredo (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeitos, produção e cidadania* (pp.59-81). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Lima, E.M.F.A. (2006). Por uma arte menor: ressonâncias entre arte, clínica e loucura na contemporaneidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 317-329. Recuperado em 13/07/09: <http://www.scielo.br>
- Lima, E.M.F.A. & Pelbart, P.P. (2007). Arte, clínica e loucura: um território em mutação. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos, RJ*, 14(3), 709-735. Recuperado em 13/07/09: <http://www.scielo.br>
- Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em Unidade Básica de Saúde. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 10(3), 431-440.
- Lopes, R.E. & Malfitano, A.P.S. (2005, setembro). Ações intersetoriais no campo social: viabilidade buscada. *Anais do V Colóquio Internacional Paulo Freire*, Recife, 1-10. Recuperado em 24/06/09: http://www.paulofreire.org.br/pdf/relatos_experiencia/AÇÕES%20INTERSETORIAIS%20NO%20CAMPO%20SOCIAL-%20VIABILIDADE%20BUSCADA.pdf

- Lopes, R.E. & Malfitano, A.P.S. (2006). Ação social e intersetorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 505-515. Recuperado em 03/08/09: <http://www.scielo.br>
- Luchiari, I.P., Castro, E.O.C. & Garcia, M.L. (2008, setembro). A reforma psiquiátrica brasileira: contribuições da clínica ampliada na consolidação do campo psicossocial. *Anais do 16º Congresso de Iniciação Científica*, UNIMEP, Piracicaba, SP, 1-6. Recuperado em 01/06/09: www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/6mostra/1/166.pdf
- Luchmann, L.H.H. & Rodrigues, J. (2007). O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 399-407. Recuperado em 06/07/09: <http://www.scielo.br>
- Luzio, C.A. & L'Abbate, S. (2006). A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 281-298. Recuperado em 02/07/07: <http://www.scielo.br>
- Luzio, C.A. & Abbate, S. (2009). A atenção em saúde mental em município de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 105-116. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>

- Machado, J.S.A. (2008). Loucura e cidadania: um lugar possível? *Revista eletrônica de Ciências Sociais, Ano 2, vol.3*, 108-121. Recuperado em 18/08/09: www.csonline.ufjf.br/resenhas/machado.pdf
- Machado, M.F.A.S., Monteiro, E.M.L.M., Queiroz, D.T., Vieira, N.F.C. & Barroso, M.G.T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva, 12(2)*, 335-342. Recuperado em 06/07/09: <http://www.scielo.br>
- Maciel, S.C., Maciel, C.M.C., Barros, D.R., Nova Sá, R.C. & Camino, L.F. (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Pico-USF, 13(1)*, 115-124. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Maraschin, C. (2004). Pesquisar e Intervir. *Psicologia & Sociedade; 16 (1)*, 98-107. Recuperado em 22/08/07: <http://www.scielo.br>
- Martins, S.M.V. (2004). *Grupo de crescimento: descrição de sua prática em clínica-escola de psicologia*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Martins, S.M.V. & AmatuZZi, M.M. (2005). Grupos de crescimento: uma prática sob o enfoque fenomenológico. In V.A. Angerami (Org.). *As várias faces da psicologia fenomenológico-existencial* (pp.85-96). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

- Matta, G.C. & Camargo, K.R.,Jr. (2007). O processo saúde-doença como foco da psicologia: as tradições teóricas. In M.J.P. Spink (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp.129- 140). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mecca, R.C. & Castro, E.D. (2008). Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(25), 377-386. Recuperado em 13/07/09: <http://www.scielo.br>
- Mejias, N.P. (1984). O Psicólogo, a saúde pública e o esforço preventivo. *Revista de Saúde Pública*, 18, 155-161. Recuperado em 18/06/06: <http://www.scielo.br>
- Mendes, R. & Fernandez, J.C.A. (2004). In R.Garibe. & P.Capucci (Org.). *Gestão Local nos territórios da cidade – Ciclo de atividades com as subprefeituras* (pp. 117-123). São Paulo: Mídia Alternativa Comunicação.
- Mendonça, V.L.M. (2007). Produção de subjetividade e exercício de cidadania: efeitos da prática em psicologia comunitária. *Pesquisas e Práticas Psicossociais, São João Del-Rei*, 2(1), 34-43. Recuperado em 07/07/2009: <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/5artigoword.doc>
- Menegon, V.S.M. & Coelho, A.E.L. (2007). Psicologia e sua inserção no sistema público de saúde: um painel longitudinal de temas-foco publicados em periódicos brasileiros. In M.J.P. Spink (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp.175-205). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Millanessi, P.V.B (2009). *Os sentidos da liberdade segundo professores da educação básica*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Misson e Silva, A. & Bastos, S.C.A. (2005, outubro). Intervenções em Saúde Mental na proposta da extensão universitária. *Anais do 8º Encontro de extensão da UFMG*, Belo Horizonte, MG. Recuperado em 15/07/09: www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_31.pdf
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, concepto y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Morais, R. (2001). Do mundo dos sentidos ao sentido do mundo. In A.M.O. Caniato & E.A. Tomanik (Orgs). *Compromisso social da Psicologia* (pp.99-113).Porto Alegre: ABRAPSOSUL.
- More, C.O.O. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia, Ribeirão Preto*, 15(31), 287-297. Recuperado em 07/06/09: <http://www.scielo.br>
- Moreira, D.A. (2004). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Morelo, J. (2002, junho). Direitos humanos e a loucura entre a cidade e seus estimas: uma visita ao processo de desospitalização psiquiátrica no município de Belo Horizonte. *Anais do VI Congresso Latinoamericano de Investigadores de la comunicación – ALAIC*, Bolívia, 1-26. Recuperado em 06/07/09: www.eca.usp.br/alaic/.../jaqueline%20morelo.doc

Mucchielli, A. (1991). *Les Méthodes Qualitatives*. Paris: P.U.F.

Naffah, A.N., Neto (2001). O psicólogo clínico. In S.T.M. Lane & W. Codo (Orgs.). *Psicologia Social: o homem em movimento* (13ªed, pp.181-194). São Paulo: Brasiliense.

Nardi, H.C. & Ramminger, T. (2007). Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 265-287. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>

Nascimento, M.L., Manzini, J.M. & Bocco, F. (2006). Reinventando as práticas psi. *Psicologia & Sociedade*, 18 (1), 15-20. Recuperado em 22/08/07: <http://www.scielo.br>

Neves, C.A.B., Rauter, C., Passos, E., Barros, R.B., Josephson, S.C. (1996). Teorias e práticas psicológicas em instituições públicas: uma abordagem transdisciplinar da clínica. *Cadernos de Subjetividade*, n.4, 176-186.

Nicácio, M.F (1989). Da instituição negada à instituição inventada. In A. Lancetti (Org.). *Saúde e Loucura 1* (pp. 91-108). São Paulo: Hucitec.

- Nicácio, F. (1998). Rede internacional de saúde mental comunitária. *Revista de Terapia Ocupacional, USP*, 9(1), 3-4.
- Novaes, A.P., Zacché, K., Soares, M. (2008). Centros de Convivência: novos contornos na cidade. In K. Nilo, M.A.B. Morais, M.B.L. Guimarães, M.E. Vasconcelos, T.T.G. Nogueira, & M. Abou-Yd (Orgs.). *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O cotidiano de uma utopia* (pp. 161-165). Belo Horizonte-MG: Secretaria Municipal de Belo Horizonte.
- Nunes, M., Torrente, M., Ottoni, V., Moraes, V., Neto & Santana, M. (2008). A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 188-196. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Oliveira, A.G.B. & Alessi, N.P. (2005). Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 191-203. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Oliveira, I.F., Dantas, C.B.B., Costa, A. L.F., Gadelha, T.M.S., Ribeiro, E.M.P.C. & Yamamoto, O.H. (2005). A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. *Interação em Psicologia*, 9(2), 273-283. Recuperado em 11/09/2006: <http://www.abepsi.org.br/abepsi/oficina.aspx>

- Oliveira, I.F., Silva, F.L., Yamamoto, O.H. (2007). A psicologia no programa de saúde da família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? *Aletheia*, 25, 5-19. Recuperado em 20/07/09: <http://www.scielo.br>
- Oliveira, L.M.S. & Santos, J.E. (2007). Projeto Famílias Unidas: atendimento psicoterapêutico à população em situação de risco social. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2(8), 307-311. Recuperado em 01/06/09: www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/.../009_relato%5B1%5D.pdf
- Oliveira, M. & Peres, K.N. (2009). A representação social de usuários de profissionais sobre a atuação do psicólogo nos serviços de saúde pública do município de Palmas/TO. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1(1), 35-57. Recuperado em 22/08/09: <http://www.crp09.org.br/NetManager/documentos/v1n1a3-resumo.pdf>
- Onocko-Campos, R.T. (2007). *Estudo Avaliativo de arranjos de estratégias inovadoras na organização da atenção básica à saúde*. (Relatório científico - 2ª fase). Campinas, SP. Programa Pesquisa para o SUS – PP-SS 2006/2007. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Recuperado em 10/07/09: http://www.pppgs.etc.br/arquivos/projeto_%20pesquisa_atencao_%20basica.doc
- Onocko-Campos, R.T. & Furtado, J.P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>

- Otoni, C., Zacheé, K. & Soares, M. (2008). A política pública de inserção produtiva: afirmação de um projeto. In K. Nilo, M.A.B. Morais, M.B.L. Guimarães, M.E. Vasconcelos, T.T.G. Nogueira, & M. Abou-Yd (Orgs.). *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O cotidiano de uma utopia* (pp. 173-181). Belo Horizonte-MG: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
- Paiva, F.S. & Ronzani, T.M. (2009). A inserção do psicólogo na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios do trabalho em saúde coletiva. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 12(1), 88-92. Recuperado em 06/07/2009: www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/viewPDFInterstitial/177/168
- Paiva, I.L. & Yamamoto, O.H. (2007). Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos, RJ*, 14(2), 549-569. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Passos, I.C.F. (2003). Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980-1996. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), 231-240. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Paulin, L.F. & Turato, E.R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos, RJ*, 11(2), 241-258. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Pelbart, P.P. (1990). Manicômio mental – A outra face da clausura. In A. Lancetti (Org.) *Saúde e loucura 2* (3ª ed., 131-138). São Paulo: Hucietc.

- Pitta, A.M.F (2001). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In A. Pitta A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (2ª ed., pp. 19-26). São Paulo: Hucitec
- Portaria 396, de 07 de julho de 2005 (2005). *Diário Oficial da União*. Edição Número 130. Brasília. Recuperado em 24/08/06: dtr2001.saude.gov.br/.../PORTARIAS/Port2005/PT-396.htm
- Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de Paulo, Programa de Saúde Mental (1992). *Normatização das ações nos Centros de Convivência e Cooperativas Municipais*. São Paulo: Autor.
- Pulchinelli, C.C., Megale, F.C.S. & Alonso, S.G. (1992). Um espaço de pintura. *Revista de Terapia Ocupacional, USP*, 3(1/2), 60- 64.
- Ramos, C. & Carvalho, J.E.C. (2008). Espaço e subjetividade: formação e intervenção em psicologia comunitária. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 174-180. Recuperado em 06/07/09: <http://www.scielo.br>
- Ribeiro, A.R. (1998). Atelier de trabalho para psicóticos: uma possibilidade de atuação em orientação profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(1), 12-27. Recuperado em 15/08/09: <http://www.scielo.br>
- Ribeiro, C.S. & Braga Campos, F.G. (2001). O salto para um mundo a construir. In V. Williams & A. Harari (Org.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano* (pp. 157-168). São Paulo: Hucitec.

- Ribeiro, M.B.S & Oliveira, L.R. (2005). Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 425-431. Recuperado em 20/06/06: <http://www.scielo.br>
- Ribeiro, R.C.F. (2004). Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In C.M. Costa & A.C. Figueiredo (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeitos, produção e cidadania* (pp.105-116). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Ribeiro, S.L. & Luzio, C.A. (2008). As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a saúde mental. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 14(2), 203-220. Recuperado em 09/07/09: periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/.../350/355
- Ricci, L. & Silva, I.M.M. (2004). Projeto comunidade: construindo intervenções à luz da psicologia social transformativa. *Anais do 7º Encontro de extensão da UFGM, Belo Horizonte, MG*. Recuperado em 09/07/09: www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Direitos50.pdf
- Rios, E.R.G., Franchi, K.M.B., Silva, R.M., Amorim, R.F. & Costa, N.C. (2007). Senso comum, ciência e filosofia – elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 501-509. Recuperado em 06/07/09: <http://www.scielo.br>
- Rocha, G.S. (1996). A Inclusão no mundo do trabalho. In A. Lancetti (Org.). *Assistência social & Cidadania* (pp.126-133). São Paulo: Hucitec

- Rolnik, S. (1995). Hal Hartley e a Ética da Confiança [Versão eletrônica]. *Cadernos de Subjetividade/PUC-SP*, 3(1), 1-12. Recuperado em 09/08/2009: www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/.../halhartley.pdf
- Rutsatz, S.N.B & Câmara, S.G. (2006). O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções desses espaços. *Aletheia*, 23, 55-64. Recuperado em 06/07/09: <http://www.scielo.br>
- Salles, M.M. & Barros, S. (2006). O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social. *Imaginário, USP*, 12(13), 397-418. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Sánchez, A.I.M. & Bertolozzi, M.R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 319-324. Recuperado em 06/07/09: <http://www.scielo.br>
- Sant'Anna, T.C & Brito, C.A. (2006). A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(3), 369-383. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Santos, E.M. (1994). *Centro de Convivência e Cooperativa: Um caminho em busca de uma perspectiva alternativa de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo-SP, Brasil.

- Saraceno, B. (1998). A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional, USP*, 9(1), 26-31.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando Identidades - da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: J: Tecorá/IFB.
- Saraceno, B. (2001a). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A. Pitta A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (2ª ed, pp. 13 - 18). São Paulo: Hucitec.
- Saraceno, B. (2001b) Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In A. Pitta A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (2ª ed, pp. 150-154). São Paulo: Hucitec.
- Sawaia, B.B. (1995). Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In B.B. Sawaia & S.T.N. Lane (Orgs.). *Novas veredas da psicologia social* (pp.157-168). São Paulo: Brasiliense.
- Sawaia, B.B. (2000). Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In R.H.S. Campos (Org.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia* (4ªed., pp.35-53). Petrópolis: Vozes.
- Scarparo, H.B.K. & Guareschi, N.M.F (2007). Psicologia social comunitária e formação profissional. *Psicologia & Sociedade*, 19 (Edição especial 2), 100-108. Recuperado em 15/07/09: <http://www.scielo.br>

- Schmidt, M.L.S (2003). Políticas públicas e saúde mental. In Z.A. Trindade & A.N. Andrade (Orgs). *Psicologia e saúde: um campo em construção* (pp.55-71). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (2001a). *Projeto Paidéia de Saúde da Família SUS – Campinas*. Colegiado de Gestão da SMS/Campinas (3ª versão), fevereiro, 17p.
- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (2001b). *Saúde Mental: apoio matricial ao Paidéia - Saúde da Família*. Equipe Gestora do Programa de Saúde Mental, Saúde Mental / Caderno 2, junho, 18p.
- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (2008). *Centros de Convivência*. Documento apresentado ao colegiado de saúde mental como parte do planejamento de gestão 2009-2012, novembro, 7p.
- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (2009). Portal da Prefeitura Municipal de Campinas: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/>
- Senra, C.M.G. (2005). *Sentidos subjetivos da prática profissional de psicólogos comunitários num espaço institucional*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP, Brasil.
- Serpa, O.D., Jr., Leal, E.M., Louzada, R.C.R. & Silva, J.F., Filho (2007). A inclusão da subjetividade no ensino da psicopatologia. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 207-222. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>

- Silva, A.T.M.C., Barros, S. & Oliveira, M.A.F. (2002). Política de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/ inclusão social como intenção e gesto. *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, 36(1), 4-9. Recuperado em 18/08/09: <http://www.scielo.br>
- Silva, J.A. & Dalmaso, A.S.W. (2002). *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Silveira, D.P. & Vieira, A.L.S. (2005). Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ*, 5(1), 92-101. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Smeke, E.L.M. (1989). *Saúde e democracia: experiência de gestão popular: um estudo de caso*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brasil.
- Sousa, V.D. (2006). *O Psicólogo e a Saúde Pública: uma leitura fenomenológica das vivências cotidianas de estagiários na Atenção Básica*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Sousa, V.D. & Cury, V.E. (2009). Psicologia e atenção básica: vivências de estagiários na estratégia saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(supl 1), 1429-1438. Recuperado em 09/09/2009: <http://www.scielo.br>

- Souza, A.P.F.S., Carvalho, F.T., Nardini, M., Calvetti, P.U. & Gil, M.E. (2005). A humanização no atendimento: interfaces entre psicologia da saúde e saúde coletiva. *Boletim da Saúde*, 19(2), 21-28. Recuperado em 20/07/09: www.esp.rs.gov.br/img2/v19n2_06Ahumanizacao.pdf
- Souza, R.A. & Carvalho, A.M. (2003). Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estudos de psicologia (Natal)* 8(3), 515-523. Recuperado em 05/10/2005: <http://www.scielo.br>
- Spink, M.J. (2003). Os psicólogos na saúde – reflexões sobre os contextos da prática profissional. In M.J. Spink (Org.). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos* (pp.77-159). Petrópolis: Editora Vozes.
- Spink, M.J., Bernardes, J.S., Santos, L. & Gamba, E.A.C. (2007). A inserção de psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional. In M.J.P. Spink, (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp.53- 79). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, M.J. & Matta, G.C (2007). A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M.J.P. Spink (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp.25- 51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Szymanski, H. & Cury, V. E. (2004). A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia (Natal)* 9(2), 355-364. Recuperado em 04/07/09: <http://www.scielo.br>

- Teixeira, R. (2005). Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 585-597. Recuperado em 06/08/09: <http://www.scielo.br>
- Teixeira, R. (2008). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In R. Pinheiro & R.A. Matos, R.A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp.89-11). Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO.
- Tenório, F. (2007). Questões para uma atualização da agenda da reforma psiquiátrica. In M.C.V. Couto & R.G. Martinez (Orgs.). *Saúde Mental e Saúde Pública: questões para agenda da reforma psiquiátrica* (pp. 11-25).Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ.
- Tomanik, E.A. (2001). Da crítica à Psicologia Social à Psicologia Social Crítica: compromissos, desafios e perspectivas. In A.M.O. Caniato & E.A. Tomanik (Orgs.). *Compromisso social da Psicologia* (pp.237-254).Porto Alegre: ABRAPSOSUL.
- Torre, E.H.G. & Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 73-85. Recuperado em 18/08/09: <http://www.scielo.br>
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo, Maringá* 6 (2), 49-56. Recuperado em 10/06/06: <http://www.scielo.br>

- Traverso-Yépez, M. & Morais, N.A. (2004). Idéias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da psicologia social. *Estudos de Psicologia (Natal)* 9(2), 325-333. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>
- Trevizani, T.M., Tramontini, A., Ruschel, A.M., Cunha, R.V., Barbiani, R. & Alves, S. (2007, outubro). Intervenções micropolíticas na comunidade – A clínica ampliada como intercessora dos processos auto-gestivos. *Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO: Diálogos em Psicologia Social – Epistemológicos, metodológicos, éticos, políticos, estéticos, políticas públicas*, Rio de Janeiro, RJ. Recuperado em 01/06/09: www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/.../trab_completo_251.pdf
- Turato, E.R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista portuguesa de psicossomática*, 2(1), 93-108. Recuperado em 20/08/06: redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/287/28720111.pdf
- Valentini, W.A.H., Jr. & Vicente, C.M. (2001). A reabilitação psicossocial em Campinas. In A. Pitta A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (2ª ed, pp. 48-54 -18). São Paulo: Hucitec.

Vasconcelos, E. (1999). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas últimas décadas. In A.M.Jacó-Vilela, F. Jabur & H.B.C Rodrigues (Orgs.). *Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ/Nape. Recuperado em 06/09/09: www.cliopsyche.uerj.br/.../mundosparalelosatequando.htm

Vieira, N.G., Filho & Nóbrega, S.M (2004). A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho comunitário em rede social. *Estudos de Psicologia (Natal)* 9(2), 373-379. Recuperado em 18/06/06: <http://www.scielo.br>

Wimmer, G.F. & Figueiredo, G.O. (2006). Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 145-154. Recuperado em 17/08/09: <http://www.scielo.br>

Zambenedetti, G. & Perrone, C.M. (2008). O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(2), 277-293. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>

Zambenedetti, G & Silva, R.A.N. (2008). A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 14(1), 131-150. Recuperado em 10/07/09: <http://www.scielo.br>

Zanella, A.V., Reis, A.C., Camargo, D., Maheire, K., França, K.B. & Da Ros, S.Z. (2005). Movimento de objetivação e subjetivação mediado pela criação artística. *Psico-USF*, 10(2), 191-199. Recuperado em 13/07/09: <http://www.scielo.br>

Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____ de nacionalidade _____, estado civil _____, portador do RG _____, residente à Rua _____, nº _____, na cidade de _____, através do presente instrumento, aceito participar de entrevista realizada e gravada pela psicóloga Karine Cambuy, para fins exclusivos de pesquisa acadêmica.

Estou ciente de que os dados serão utilizados como subsídio para a pesquisa de doutorado **“Experiências Comunitárias em Saúde Mental: Repensando a clínica psicológica no SUS”**. O objetivo da pesquisa é compreender como vivências comunitárias de psicólogos clínicos podem contribuir para a ampliação do conceito de clínica psicológica em Saúde Pública.

Minha participação nesta pesquisa é voluntária, podendo haver recusa ou mesmo retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa sem que isto acarrete a mim nenhuma penalização ou prejuízo.

É compromisso da pesquisadora preservar o anonimato e privacidade dos participantes da pesquisa, quanto a transcrição dos depoimentos e incorporação na redação da Tese. A pesquisadora se compromete a prestar quaisquer tipos de esclarecimentos, antes, durante e após a pesquisa. Após a concretização do trabalho, o participante poderá ter acesso aos resultados caso desejar. A pesquisa será disponibilizada para a Instituição Sediadora. Será agendada uma data para apresentação dos resultados aos participantes da pesquisa e demais interessados sobre o tema.

Estou ciente de que esta entrevista não oferece riscos para seus participantes e pode contribuir para a prática e formação profissional do psicólogo no contexto da Saúde Pública.

O projeto de pesquisa foi já analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Poderei, sempre que quiser, entrar em contato com a pesquisadora para maiores esclarecimentos pelos telefones (11) 45263699 / (11) 98810323 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas através do telefone: (19) 33436777.

Este documento é assinado em duas vias idênticas, sendo uma delas cedida ao participante.

Campinas, _____ de _____ 2008

Entrevistadora / Pesquisadora

Karine Cambuy

Aluna de Doutorado em Psicologia

como Ciência e Profissão do

Programa de Pós Graduação em

Psicologia – Centro de Ciências da Vida –

Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Participante

Anexo II: Relatos das entrevistas

1- Relato da entrevista com Paula

Nosso (re) encontro: iniciando nosso diálogo sobre a pesquisa

Meu primeiro contato com Paula em relação a esta pesquisa foi em uma reunião do Fórum de Centros de Convivência que aconteceu em abril de 2008 no Centro de Convivência onde ela trabalha. Na ocasião ela se apresentou como coordenadora daquele espaço. Fiz o convite para ela participar da pesquisa e ela aceitou. Combinamos então o dia e horário para nossa conversa.

No dia da entrevista, um pouco antes do horário combinado, recebi um telefonema de Paula me perguntando se seria importante conversarmos em um local sem barulho. Respondi a ela que sim, pois eu estaria utilizando o gravador. Ela me explicou que onde ela trabalha estava uma confusão, pois iriam receber um evento e que estavam organizando o espaço para isso. Deste modo ela sugeriu um outro espaço para a entrevista: uma casa onde aconteciam oficinas de geração de renda. Como eu não sabia como chegar, ela foi ao meu encontro. Antes de irmos até o espaço, paramos para que ela tomasse um lanche. Naquele momento conversamos sobre nossas experiências de trabalho nos Centros de Convivência com os quais estávamos envolvidas. Paula, que estava na coordenação do Centro de Convivência há pouco tempo, falou sobre a dificuldade em ocupar um cargo de gestão em um espaço que já existe há tanto tempo, mas sem coordenação. Falou ainda da necessidade de contar com uma equipe de trabalho, já que naquele momento a equipe para o Centro de Convivência se resumia a ela e a um educador social. Havia alguns profissionais que faziam parte da Casa de Cultura, já que a sede do Centro de Convivência era a mesma dessa Casa de Cultura. Segundo ela, esses profissionais eram bastante parceiros, no entanto ela sentia que era preciso contar com uma equipe de trabalho específica para o Centro de Convivência. Naquele momento falei um pouco também sobre as dificuldades que eu vinha enfrentando no Centro de Convivência onde eu estava. Depois de transcorrido um tempo dessa nossa troca de experiências, expliquei a Paula sobre a pesquisa. Fomos então para o local onde aconteceria a entrevista propriamente dita, embora já houvéssemos iniciado uma conversa.

Eu não conhecia o espaço de oficinas de geração de renda. Fiquei impressionada pelo tamanho da casa e pela ótima estrutura para o desenvolvimento do trabalho. Penso que fiquei impressionada porque naquele momento eu não tinha este mesmo espaço no Centro de Convivência com o qual eu estava envolvida. Acabei conhecendo um psicólogo que estava como contratado pela Prefeitura de Campinas (via Serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira) por 30 horas semanais para realizar atividades naquele local. Acabei fazendo contato com ele para uma possível entrevista. Após este primeiro momento de conversa com as pessoas do local, Paula e eu fomos para uma sala cedida pela coordenadora da instituição para que pudéssemos conversar a vontade, sem interrupções.

A entrevista: E a conversa continua...

Expliquei a Paula que eu não tinha nenhum roteiro pré-estabelecido e que a intenção era ouvir sobre sua experiência de trabalho na comunidade por onde ela quisesse começar. Lembrei que já havíamos começado este assunto no lanche. Na verdade aquela entrevista

era um momento de um processo que já havia iniciado muito antes da pesquisa, considerando que já trocávamos idéias e percepções sobre aquele tema o tempo todo nas reuniões em que nos encontrávamos.

Senti que Paula não sabia muito por onde começar, talvez por deixá-la assim tão livre para falar. Começou então dizendo que o momento que ela estava vivendo na coordenação não estava sendo tão tranquilo. Por estar se organizando internamente dentro da Instituição não se sentia tão próxima da comunidade. Seu desejo era ter um trabalho mais próximo da população, já que sempre gostou de trabalhar com grupos. Fiz uma intervenção neste momento, tentando compreender o que ela estava querendo me dizer. Verbalizei que eu estava sentindo que ela, embora estivesse num espaço que era comunitário, não tinha uma inserção de fato com a comunidade e sim com a instituição. Paula concordou comigo dizendo que ela estava num momento de conhecer melhor o território onde estava se inserindo.

Começou a falar então de sua experiência anterior em um CAPS. Relatou que sentia que aquele serviço a sugava demais. Tinha alguns grupos fora do CAPS, mas mesmo assim exercia muitas funções dentro da instituição. Lembrou que ao sair da Universidade ela tinha um sonho que iria trabalhar dentro de *setting* estruturado. No entanto ao se deparar com o trabalho com pacientes psicóticos dentro do CAPS, compreendeu que era impossível trabalhar de uma forma tão estruturada. Por este motivo sentiu a importância de fazer atividades fora da instituição, como: grupos de passeio, grupos de dança, dentre outras estratégias.

Paula relatou que quando estava somente dentro do CAPS, faltava um certo brilho; sentia que não havia uma potência. Segundo ela, os pacientes acabavam piorando, já que os discursos ficavam sempre centrados na doença e no sofrimento. Por outro lado, quando se realizava atividade fora do CAPS, percebia que havia uma outra possibilidade de encontro. Senti que Paula estava estabelecendo uma certa diferença entre a clínica do CAPS e a 'clínica da rua'. Disse a ela que esta questão era algo que estava me intrigando naquele momento. Perguntei então em que sentido ela considerava que a clínica da rua tinha mais brilho. Segundo Paula, o tratamento através do discurso e da linguagem permitia transformações interessantes na vida das pessoas. No entanto um *setting* aberto possibilitava um encontro concreto com a vida.

Senti que Paula estava tentando me dizer que dentro do consultório do CAPS havia um ambiente superficial, que embora o paciente trouxesse aspectos de sua vida, ainda assim não era sua vida. Por outro lado, ao estar com ele num ambiente desprotegido, vivências mais autênticas poderiam emergir. Verbalizei isto a ela e ela confirmou dizendo que para ela isto significava uma experimentação, algo que o paciente poderia vivenciar no ato com o terapeuta. De acordo com Paula, o ambiente da rua oferecia oportunidade para o terapeuta se arriscar mais, tentando fazer emergir algo a partir desta experimentação. Esta experimentação, segundo Paula, significava colocar o paciente em contato com a vida social e comunitária, dando a ele um suporte necessário para vivências de laços sociais.

Paula relatou que quando estava no CAPS realizou um grupo de expressão corporal com os pacientes. Relatando sua experiência com este grupo, lembrou que percorreu vários espaços para fora do CAPS. O grupo chegou a ser realizado em vários locais da comunidade. Este percurso, segundo Paula, foi bastante interessante para os pacientes entrarem em contato com a vida social. Ao falar deste trabalho, Paula, ressaltou a importância do trabalho a partir das expressões corporais para pacientes com transtornos psicóticos. Segundo Paula, o corpo na vivência psicótica se apresenta muitas vezes, fragmentado, anestesiado. Lembrou que vários pacientes chegavam com queimaduras de cigarro no CAPS. Além disso, segundo ela, a loucura é atravessada pela questão da miséria social, pela morte, pela tragédia, pela violência. Paula relatou então que propunha para o grupo a possibilidade de existência de um outro corpo, de um outro modo de existir no

mundo. Neste momento, fiquei curiosa em saber se esta outra possibilidade de trabalho era algo que vinha apenas de um desejo pessoal dela ou que era compartilhado também pela equipe do CAPS. Paula me respondeu que era algo pessoal, que vinha desde sua vivência na faculdade. Lembrou, no entanto de uma Terapeuta Ocupacional do CAPS que também compartilhava de suas idéias.

Neste momento falou da importância de criar estratégias que pudessem ir além do tratamento tradicional. Para ela, nós, como profissionais de saúde, deveríamos criar alternativas. Disse que percebia que o próprio paciente também buscava alternativa de cuidado além do tratamento tradicional. Paula referiu que o problema está na rigidez que existe dentro de alguns serviços de saúde e nos profissionais que não estimulam as pessoas a procurarem alternativas de vida e de tratamento do sofrimento de um outro jeito.

Paula mencionou que embora estivesse mais voltada para a questão institucional, já estava se incomodando por não estar junto da população. Disse que estava realizando no momento um curso de Movimento Vital Expressivo e que estava iniciando um grupo no Centro de Convivência. Referiu que este tipo de proposta permitia trabalhar com o corpo para além do sentido psicológico. Ao falar deste sentido para além do psicológico, Paula relatou que para ela a clínica ia além da psicologia. Segundo ela, o profissional teria que estudar clínica para transcendê-la. Paula disse que já havia realizado dois encontros utilizando a técnica do Movimento Vital Expressivo. Mencionou que estiveram presentes cerca de 60 pessoas. Segundo ela esta experiência tinha uma potencialidade clínica.

Perguntei a Paula, em que sentido ela percebia que o grupo de ginástica harmônica tinha uma potencialidade clínica. Ela respondeu dizendo que quando as mulheres vinham manifestar interesse pelo grupo, havia num primeiro momento uma entrevista sobre possíveis interesses de atividades. A partir dali já era possível entrar em contato, estabelecer um vínculo. A transformação que poderia acontecer segundo Paula, viria com o próprio grupo. Lembrou que as mulheres procuravam a atividade por diversos motivos: por estética, por não saírem de casa e querer fazer uma atividade, por encaminhamentos de outros serviços de saúde que consideravam que essa atividade poderia ajudar no tratamento do paciente. Ainda que existissem interesses diversos, para Paula poderia emergir algo interessante da experiência do grupo e que talvez isto pudesse ser denominado de clínica. Nesse momento Paula relacionou o significado de clínica à transformação de vida.

Relatou que talvez por ser psicóloga, sempre quando vai ao encontro do outro, imagina que algo possa fluir deste encontro, não importando onde ele aconteça. O que importa, segundo ela, é a capacidade de se afetar com o outro e este com ela. Paula falou bastante da questão dos afetos nas relações durante a entrevista. Segundo ela, “você pode oferecer algo para outro quando você tem a capacidade de se afetar com o que o outro lhe traz e o outro é afetado também pelo que você oferece”. Para explicar qual o suporte teórico que embasava sua prática, Paula falou que formação que a Universidade oferece, deixa os profissionais muito enrijecidos com relação a linhas teóricas. Por isto sentiu a necessidade de buscar aportes teóricos na filosofia e na esquizoanálise. Foi buscar respostas em relação a produção de subjetividade em autores como Gilles Deleuze e Felix Guattari e nas obras do filósofo Benedictus de Spinoza. Voltando a questão da clínica, Paula também explicitou a responsabilidade que temos nessa clínica, “pois muita coisa pode emergir”. Segundo Paula era uma clínica de risco, mas um risco que tínhamos que possibilitar ao outro, pois caso contrário, ninguém saia do lugar.

Perguntei a Paula quanto tempo fazia que ela estava no Centro de Convivência e a respeito de sua passagem do CAPS para essa outra instituição. Neste momento iniciamos uma conversa sobre sua inserção como coordenadora no Centro de Convivência, assunto esse que ela havia mencionado logo no início da entrevista como uma dificuldade. Paula então relatou que antes de ir para o Centro de Convivência, ficou afastada por seis meses por motivo de doença. Ao retornar ao trabalho sentiu que não queria mais estar no CAPS.

Relatou que seu corpo estava sinalizando um certo desgaste. A equipe do CAPS respeitou sua decisão e lhe foi oferecida essa outra possibilidade de trabalho. Segundo Paula não foi fácil deixar o CAPS onde estava desde 2002. Por outro lado, segundo ela, “a produção de saúde não tem fronteiras”, ou seja, que era possível cuidar das pessoas, não importando onde elas estivessem.

Paula disse que embora ela contasse com a parceria da Secretaria de Cultura, ainda se sentia muito sozinha. Segundo ela, para que as ações pudessem ser potencializadas deveria haver uma equipe mínima dentro do Centro de Convivência. Relatou que o Centro de Convivência onde estava “existia e não existia ao mesmo tempo”, referindo-se ao fato de que não havia uma ‘casa-sede’ com salas, materiais e outros recursos para esta instituição. Paula referiu que o que estava lhe deixando desconfortável era a falta de um lugar de referência, uma sala onde ela pudesse usar telefone, computador. Disse que para que para agenciar as ações era necessária uma organização mínima. O único espaço possível de referência que ela podia contar era a Casa de Cultura. Todas estas questões: falta de espaço, falta de equipe, etc. acabava lhe criando uma ansiedade. No entanto disse que tinha consciência de que tudo fazia parte de um processo que estava em construção. Naquele momento entendi que Paula estava utilizando-se do espaço da Casa de Cultura, mas que eles tinham um outro processo de trabalho que fazia com que às vezes ela ficasse perdida, com a sensação de estar sem lugar. Relatou ainda que precisava de apoio para que as ações fluíssem. Segundo Paula, a apoiadora distrital em saúde mental lhe dava suporte, mas naquele momento estava muito voltada para organização de trabalho dentro do CAPS. Segundo Paula era necessário também um olhar da apoiadora para o Centro de Convivência. Concordei com ela e lembrei que investir no Centro de Convivência era de certa forma também um investimento no CAPS, já que os dois serviços lidam com demandas de pacientes com transtornos mentais. Paula concordou comigo, dizendo que se houvesse mais investimento nos Centros de Convivência, haveria mais estrutura para receber os pacientes do CAPS. Os profissionais do CAPS também poderiam sair mais de lá e desenvolver ações no Centro de Convivência.

Perguntei a Paula se alguém do CAPS já realizava alguma ação no Centro de Convivência. Ela se lembrou de três profissionais como também de alguns profissionais do Centro de Saúde próximo dali. Lembrou que também havia projetos de extensão de uma Universidade dentro do espaço. Em relação a estes projetos de extensão, Paula reforçou a necessidade de um profissional fixo do Centro de Convivência que pudesse acompanhar os projetos para depois dar continuidade assim que os alunos terminassem o curso.

Perguntei a Paula se ela tinha mais algo a dizer e ela respondeu que não. Perguntei a ela se eu poderia entrar em contato novamente se houvesse alguma dúvida e ela concordou. Disse a Paula que, se ela se lembrasse de algo importante para complementar a entrevista, poderia também entrar em contato comigo. Perguntei como foi para ela falar sobre tudo aquilo. Paula me disse que foi bom. Relatou que estava precisando conversar com alguém sobre sua prática e suas angústias. Disse que fazia tempo que não falava sobre clínica. Falei a ela que era interessante o que ela estava explicitando, já que ela fazia clínica todo tempo sem ter que nomear a prática como clínica. Disse também que eu percebia que ela não fazia uma cisão entre prática clínica e comunitária e que eu compartilhava um pouco desta noção. Falei ainda que percebi o quanto era importante ter outras formações além da psicologia e fazer conexões com o campo da arte, da dança, etc. Ela, por exemplo, tinha uma bagagem que não era somente da psicoterapia e isto fazia uma diferença em sua prática.

Após trocarmos nossas percepções sobre a conversa que transcorreu por quase uma hora, nos despedimos. Paula me convidou para conhecer o grupo que ela fazia na quadra. Disse que iria acontecer um evento na semana seguinte para comemoração do dia da Luta Antimanicomial e que como parte da programação ela iria fazer o grupo do Movimento Vital

Expressivo. Aceitei o convite e ficamos de nos encontrar na próxima semana. Paula ficou de me enviar por e-mail o cronograma de atividades do Centro de Convivência.

Fiquei pensando depois da entrevista o quanto foi rica a forma como Paula falou da clínica: a clínica do encontro, a clínica dos afetos. Fiquei pensando que a clínica pode acontecer em qualquer contexto, dadas essas condições.

2- Relato da entrevista com Helena

Nosso encontro para a entrevista... Mais um dentre tantos que aconteceram e que vão acontecer...

A entrevista com Helena, aconteceu no próprio espaço onde ela está como coordenadora. Combinamos a conversa logo pela manhã. Quando cheguei ao Centro de Convivência, Helena ainda não estava lá. No entanto, havia um grupo de mulheres realizando uma oficina de meditação e relaxamento e fiquei observando a atividade. O interessante é que o professor não estava presente e mesmo assim as mulheres iam tentando se lembrar dos movimentos corporais previstos para aquela atividade. Fiquei observando aquele movimento do grupo no sentido de auto-gestão e autonomia. Pensei que talvez esse seria o ideal de outros tantos grupos que realizamos no cotidiano de nosso trabalho na área da saúde.

Outras pessoas começaram a entrar no Centro de Convivência e foram juntando-se a mim na mera observação. Depois fui entender que aquelas pessoas que estavam chegando tinham vindo participar de uma atividade de culinária que fazia parte de programação de férias do Centro de Convivência. Haveria naquele dia uma oficina para aprender a fazer empadas de queijo. Helena havia saído para comprar os ingredientes. Assim que ela chegou, a pessoa que iria ensinar a fazer as empadas informou Helena que faltava ainda mais um ingrediente que ela havia se esquecido de comprar. Fui junto com ela ao mercadinho ao lado do Centro de Convivência. Já no caminho falei dos objetivos da pesquisa para Helena. Ao conversarmos sobre a clínica ampliada, ela me contou que na faculdade havia feito estágio em psicologia social e talvez por isto tivesse optado por um outro tipo de clínica, por um trabalho mais comunitário. Ao retornarmos no Centro de Convivência, fomos para uma sala para iniciar a entrevista.

E a entrevista inicia...

Pedi para ela falar sobre sua experiência comunitária por onde quisesse começar. Helena relatou que antes de sua entrada no Centro de Saúde, realizava atendimentos clínicos em consultório particular. Estava há muito tempo sem uma inserção institucional. Sua única inserção neste sentido foi em uma Escola de Psicanálise de inspiração laciana, onde ela coordenava um trabalho de clínica institucional. Helena disse que nesta época começou a manifestar muito interesse sobre o trabalho com a psicose e com a reabilitação psicossocial. Foi se aproximando de profissionais do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira para conhecer melhor como era o trabalho com psicóticos. Sentia que o trabalho em CAPS (recém implantados em Campinas na época) representava um avanço. Percebia que o trabalho não era só a partir de medicações, mas que havia um esforço para integrar o sujeito adoecido na vida em sociedade. Depois de conhecer melhor a proposta, fez então uma seleção para entrar em um CAPS, no entanto nem chegou a atuar nesse Serviço, pois naquela ocasião foi lhe oferecido um outro desafio para dentro de uma equipe de saúde mental de um Centro de Saúde que ficava próximo ao CAPS. Este desafio era no sentido de realizar uma clínica ampliada dentro desse Serviço.

Relatou que o Centro de Saúde no qual se inseriu contava na época com uma terapeuta ocupacional e uma psiquiatra. Logo que chegou procurou conhecer o que a equipe do Centro de Saúde realizava, quais eram os grupos existentes e qual era o perfil da

população. Tinha conhecimento de que aquela era uma região de muita violência e de tráfico de drogas. Naquele momento tinha uma agenda bastante flexível para os atendimentos, o que lhe permitia um trânsito junto à equipe do Centro de Saúde no sentido de conhecer quais atividades eram desenvolvidas. Helena relatou alguns aspectos que começaram a lhe chamar a atenção a partir de sua inserção na Unidade Básica:

- O fato das pessoas irem várias vezes ao Centro de saúde, às vezes só para aferir pressão. Percebia que a Unidade Básica era um espaço de encontro entre a população.
- A violência e o modo como as mães tratavam os filhos, além da negligência do cuidado.
- O modo como as pessoas se relacionavam com ela, numa relação de “sem compromisso” com horário marcado para os atendimentos.
- O próprio descompromisso da população com sua saúde, como por exemplo: o fato de várias pessoas freqüentarem um grupo de hipertensão e continuarem obesas.
- O fato dos profissionais do Centro de saúde encaminharem para psicoterapia todas as pessoas que choravam.
- A tendência em medicalizar o sofrimento.

Helena, foi entrando em contato com todas suas percepções e foi aos poucos questionando tudo aquilo. Ao mesmo tempo ia tentando também ampliar a clínica de outros profissionais, fazendo com que atentassem para aspectos que antes não se davam conta, como por exemplo, de que o fato de alguém chorar não significava necessariamente um problema de saúde mental que tivesse que ser encaminhado para atendimento psicológico. Relatou que chegou a incomodar alguns profissionais com seus questionamentos. Referiu-se a uma psiquiatra que foi aos poucos se incomodando e chegou a sair do Serviço de Saúde para trabalhar em outro lugar. Helena falou bastante de seu incômodo com a alta medicalização do sofrimento e da miséria social.

Nesse momento, contou que uma das sementes do projeto de Centro de Convivência foi desenvolvido dentro do Centro de Saúde a partir de uma oficina de sabonetes com uma população que trabalhava como catadores de lixo. Helena contou que foi uma oficina desenvolvida junto com a terapeuta ocupacional da Unidade. Esta oficina também tinha uma iniciativa à geração de renda, já que os produtos eram comercializados. Segundo Helena foi um projeto que permitiu resgatar habilidades e desenvolver a auto-estima das pessoas. Por outro lado, os funcionários do Centro de Saúde também começaram a valorizar mais a população, a tratá-los com menos receio. Viam que os usuários poderiam produzir algo de positivo.

A partir desta experiência, Helena relatou que outras pessoas foram lhe procurando para lhe informar que também sabiam produzir algo. Além disso, ela foi acessando futuros voluntários a partir de seus próprios atendimentos clínicos dentro do Centro de Saúde. As pessoas falavam sobre suas habilidades artísticas e Helena as convidava para transmitir seu conhecimento a outros. Desta forma foram surgindo oficina de costura, crochê, dentre outras. Estas oficinas passaram a ser realizadas em uma pequena casa que fazia parte de uma Igreja Católica. Disse que nesta época havia cerca de 600 inscrições para as diversas atividades.

Relatou que naquele momento, a terapeuta ocupacional estava saindo de licença maternidade e a psiquiatra estava saindo do Serviço de Saúde. Viu-se sozinha para desenvolver a clínica e ao mesmo tempo um trabalho comunitário. Como não era possível dar conta das duas atividades, fez uma opção por investir sua energia no segundo projeto. Foi então apontando a necessidade de um outro espaço onde pudesse alocar as oficinas e conseguiu alugar uma casa que hoje é a sede atual do Centro de Convivência. Para este aluguel contou com o financiamento vindo do convênio entre Secretaria Municipal de Saúde e Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

Para se dedicar ao Centro de Convivência, foi aos poucos tendo que se desligar das atividades do Centro de Saúde. Segundo Helena, isto não foi tão tranquilo. Num determinado momento se viu tendo que desenvolver uma atividade clínica na Unidade Básica, com agendamentos e ao mesmo tempo coordenar as ações do Centro de Convivência que estava se constituindo. Disse então que foi aos poucos fazendo deslocamentos, não se apegando tanto em problemas. Perguntei a ela o que significava esse descolamento. Ela me respondeu dizendo que era ter outros olhares para uma mesma situação. Para ela significou ir se posicionando de uma outra maneira frente ao sofrimento psicológico.

Quis saber se esse deslocamento foi só seu ou se os pacientes que ela cuidava no Centro de Saúde a acompanharam. Helena contou que muitos pacientes se deslocaram junto com ela e outros fizeram a opção por continuar dentro do Centro de Saúde. Estes, segundo ela, foram retomando a vida de um outro jeito, já que, considerando sua saída, ficaram sem a psicoterapia.

Helena falou de um “corte” que teve que fazer entre o Centro de Saúde e o Centro de Convivência. Foi dizendo “não” aos agendamentos; finalizando atendimentos. Diz que não foi fácil, mas que foi preciso se distanciar aos poucos. Disse que a coordenadora da Unidade “surtou” com sua saída. Helena refletiu que esta questão de trabalhar com agendas fechadas é um problema, pois faz as pessoas pensarem que o profissional tem que ficar atendendo o tempo todo, e isso, segundo ela, não é necessariamente fazer clínica em saúde mental.

Ao falar de sua mudança concreta para o Centro de Convivência, Helena, relatou que no início se viu muito sozinha. Havia ela, uma mesa e uma cadeira e pensou “O que eu vou fazer agora?”. Mas aos poucos foi se adaptando. Relatou que a terapeuta ocupacional, quando voltou de licença-maternidade, se assustou com a dimensão que tinha tomado o projeto.

Helena disse que foi vendo que a clínica era muito mais do que a clínica do atendimento individual. Começou então a falar sobre esta clínica tradicional. Segundo ela, não é possível desenvolver uma clínica de longa duração dentro do Centro de Saúde. Segundo Helena, no Centro de saúde, é possível atuar em momentos pontuais. Refletiu que fazer análise é tarefa para o consultório. No Centro de Saúde, segundo ela, a demanda muitas vezes nem é do sujeito, mas de um médico que o encaminhou para psicoterapia (Nesse momento da entrevista, o telefone tocou e Helena precisou atender. Era uma pessoa ligada a uma rede de televisão que queria informações sobre a programação de férias do Centro de Convivência).

Quando retomamos a conversa, Helena falou dos novos sintomas que vem aparecendo em nossa sociedade como uma resposta social. Helena disse que as pessoas estão precisando de novas respostas, de novos laços sociais. Falou da importância das pessoas manifestarem seus desejos por algo e se comprometer com aquilo. Neste sentido, refletiu que o Centro de Convivência poderia propiciar às pessoas uma outra maneira de se relacionar com o mundo e com os seus desejos. Neste sentido uma pessoa poderia ir ao Centro de Convivência para fazer algo do qual gostasse e a partir daí se comprometer com suas escolhas. Falou da importância de possibilitarmos às pessoas um espaço para elas manifestarem esses desejos e essas escolhas. Segundo Helena, “o desejo faz a gente se movimentar”.

Helena falou que o Centro de Convivência oferece uma clínica de oportunidades; trabalha-se a partir do que é possível e não a partir das carências. Disse que através desse espaço, é possível propiciar às pessoas que elas se olhem de uma outra maneira, que reconheçam seus talentos, suas potencialidades. Refletiu que quando a pessoa vai para o Centro de Convivência, abre-se um leque de opções para a vida dela. Helena reforçou que mesmo abrindo este leque, ainda assim tinha um olhar clínico sobre todas essas atividades.

Helena falou da importância de mostrar a outros profissionais que estão na Rede Pública de Saúde o que é um Centro de Convivência, já que há um desconhecimento desse

dispositivo por muitos. Segundo Helena, o Centro de Convivência vai na contramão do que a Unidade Básica faz, no sentido de atender, atender e atender. Segundo Helena, temos um papel fundamental ao questionar essas formas de cuidado da saúde, questionar a alta medicalização. Refletiu que a reforma psiquiátrica veio para propiciarmos aos pacientes novas formas de ser atendido, formas mais humanitárias de cuidado. No entanto, segundo ela, essa forma mais humana não poderia ser só para os pacientes com transtorno mental, e sim para todos. Nesse sentido, refletiu sobre a necessidade de mudança no paradigma de atendimento das Unidades Básicas.

Falou em seguida de sua relação com a comunidade que parece ser bastante tranquila. Disse que se coloca na posição de coordenadora, mas se permite momentos de “não saber”. Falou a importância da comunidade ter autonomia, que não seja dependente de sua coordenação o tempo todo. Relatou que o Espaço é aberto para a população se apropriar, cuidar e até decidir em alguns momentos que tipo de coisas que poderão ser desenvolvidas.

Falou também que ainda que seja um trabalho comunitário, isto não quer dizer que há algo que possa ser comum a todos. Segundo ela, é preciso trabalhar a partir das diferenças e da singularidade. Apontou ainda a importância de lutar por aqueles que não chegam até o espaço, que ficam à margem. Falando dos que ficam a margem, Helena se lembrou de um caso de uma criança que sofria violência e que a rede de cuidados se iniciou a partir da inserção da criança no Centro de Convivência. Refletiu sobre o quanto isso foi interessante, pois a demanda veio do próprio sujeito; o caso não foi demandado por outros, como aconteceria normalmente em um Centro de Saúde.

Ao falar dos ganhos que as pessoas têm a partir da inserção no Centro de Convivência, Helena lembrou-se de um garoto que chegou a passar pelo Centro de Convivência em um momento difícil de sua vida. Tempos depois, o garoto que já havia superado suas dificuldades, disse que o Centro de Convivência foi muito importante para ele, pois lá, aprendeu a “assentar azulejo” se referindo a oficina de mosaicos. Helena lembrou-se ainda de uma outra paciente que ela conheceu no Centro de Saúde. Esta mulher disse a Helena que sabia fazer artesanato. Helena valorizou sua experiência e a levou para o Centro de Convivência. Helena disse que tempos depois esta mesma mulher foi lhe dando alguns retornos como: “Estou andando, estou dirigindo, quero retomar meu trabalho”. Foi falando da evolução da paciente no sentido dela retomar a vida. Helena falou que hoje a paciente vem ainda às vezes ao Centro de Convivência, mas apenas para uma visita. Relatou que o fato da pessoa não ficar presa ao Centro de Convivência é importante, pois considera que ali é um lugar de passagem. Disse que “grudar demais é preocupante”. (Neste momento da entrevista o telefone tocou novamente. Era a mesma pessoa ligada à rede de televisão, solicitando mais informações sobre o Centro de Convivência).

Assim que Helena voltou para a conversa, questionei como era para ela estar ali atualmente, depois de relatar toda sua passagem do Centro de Saúde para o Centro de Convivência. Helena deu uma grande gargalhada. Disse que às vezes ainda sentia uma tentação para a clínica tradicional. Falou que gosta quando é convocada pelo Centro de saúde para discussão de casos. Por outro lado, fez questão de reforçar mais uma vez que nunca deixou de ser clínica, mesmo estando nesse outro lugar. Relatou que atualmente as pessoas a abraça muito e que isto é diferente da época em que estava no Centro de saúde. Perguntei como era para ela ser abraçada pelas pessoas. Helena respondeu que isso também era clínico. Disse que sente que é algo que tem um porquê, que não é só porque as pessoas gostam dela, por considerá-la “boazinha, legalzinha”, mas porque é disso que elas estão precisando naquele momento, no sentido de serem cuidadas.

Perguntei se ela se sentia bem situada no Centro de Convivência. Helena disse que não sabia se estava bem situada. Disse que é muito provocativa consigo própria, que se provoca a não estar muito satisfeita com o que tem. Disse que considera que sempre há algo

que poderia ser melhor. Para isto, sempre consulta a população sobre o que poderia melhorar.

Helena voltou a falar do desconhecimento de outros serviços da rede de assistência em relação ao Centro de Convivência. Segundo ela, este tipo de projeto ainda é pouco acessado por outros serviços. Por isto sente a necessidade de divulgar mais o trabalho para que as pessoas tenham acesso, que possam vir ao espaço e possam ser “tocadas” pelas ofertas.

Helena falou de seu incômodo com a assistência que se presta na saúde pública. Incomoda-se com a supermedicalização do sofrimento. Disse que percebe que as pessoas ainda saem das faculdades com uma noção de população carente, como se o povo não tivesse um saber sobre eles mesmos. Pensando nestas questões, Helena disse que os Centros de Convivência “precisam incomodar mais”; precisam incomodar, por exemplo, a clínica que se faz dentro dos Centros de Saúde, de mostrar que algo outro é possível.

Helena falou que não tem uma idéia do que seria ideal para os Centros de Convivência. Percebe que estes espaços de convivência têm um efeito que não é mensurável já que são efeitos subjetivos. Disse que não temos um modelo e que talvez nunca tenhamos. No entanto ainda que não tenha um modelo, relatou que é importante termos um proposta política para isto. Percebia que paulatinamente estávamos tentando fazer isso (Se referindo às reuniões que participamos juntas uma vez por mês e que tem como uma das propostas construir políticas públicas para os Centros de Convivência). Helena disse que é preciso valorizar a singularidade de cada Centro de Convivência já que eles características diferentes em cada território, no entanto é preciso lutar por algo que seja minimamente comum a todos. Relatou que “estamos apertando o cerco” (Neste momento se referiu a um trabalho que fizemos recentemente no Fórum de Centros de Convivência e que tinha como objetivo sistematizar as diversas experiências de Centros de Convivência para posteriormente apresentar este trabalho para os diversos níveis da gestão da Secretaria de Saúde. Esta apresentação vem acontecendo aos poucos e o objetivo é mostrar que os Centros de Convivência têm sua importância dentro da rede de cuidado, além de ser uma ferramenta para lutar por esta diretriz política da qual tanto fala Helena). Disse que temos que fazer um esforço para sedimentar estas experiências para que elas não dependam sempre de propostas de governo ou de esforços pessoais isolados. Segundo ela, seria importante que os gestores entendessem que “isto não é um filho pra gente, mas é o trabalho da gente como outro qualquer e que você apostou nisto”.

Helena diz que apostou no Centro de Convivência; apostou porque viu que poderia fazer um outro trabalho. Helena finalizou seu relato de experiência nesse momento. Perguntei a ela se eu poderia entrar em contato novamente caso houvesse ainda alguma dúvida. Helena se mostrou disponível para isso e disse que talvez não tivesse dado conta de tudo do que poderia ter dito. Disse que a gente acha que sempre deu conta de tudo, mas as palavras não dão conta de toda experiência. Falei que se caso ela se lembrasse de algo que quisesse ainda compartilhar que também poderia me acessar.

Perguntei como foi para ela falar de tudo aquilo. Helena disse que significou recontar sua história. Disse que foi importante recontar para ver o quanto caminhou. Falei o quanto foi interessante ouvi-la e que embora eu já tivesse escutado sua experiência em momentos anteriores, que eu não saiba de várias coisas que ela havia falado naquele momento. Helena se surpreendeu, pois pensava que eu já sabia de toda sua história. Helena reforçou que foi importante falar para ver o quanto caminhou e ver também que questões ainda persistem. Terminou dizendo que precisamos criar uma política pública para os Centros de Convivência. Nossa conversa foi encerrada pela chegada da terapeuta ocupacional do Centro de Saúde, que estava trazendo mais uma pessoa para conhecer o espaço de convivência.

3- Relato da entrevista com Daniela

Nosso encontro: Conhecendo seu novo espaço

Eu ainda não conhecia o Centro de Convivência no qual Daniela está como coordenadora. Acompanhei o processo de mudança deste Centro de Convivência que antes funcionava dentro do hospital psiquiátrico para esse outro espaço mais comunitário, no entanto eu não tinha tido oportunidade ainda de conhecer a nova sede. Quando cheguei ao Espaço, Daniela não havia voltado de seu horário de almoço. Fiquei apreciando algumas fotos sobre o Centro de Convivência que estavam expostas em um mural. Uma mulher, me observando olhar as fotos, me falou o quanto aquele local estava modificado, dizendo que antes era uma casa velha ocupada pelo tráfico. Impressionei-me com o tamanho das salas e a leveza do lugar, não sei se pela organização ou mesmo pelas pessoas. Inquestionavelmente as pessoas são mais leves neste local.

Não esperei muito tempo até Daniela chegar ao local. Antes da entrevista, ela me mostrou as dependências do espaço. Chegamos até uma sala onde acontecem atividades diversas de artesanato. Algumas pessoas aguardavam para uma oficina de biscuit. No entanto, Daniela informou que naquele dia, a monitora não viria. Daniela sugeriu que as mulheres entrassem na sala e fizessem algo que tivessem vontade. Interessaram-se pelo mosaico. Uma pessoa que estava na sala comentou comigo o quanto sair de casa e fazer uma oficina lhe fazia bem. Daniela mostrou alguns materiais que elas poderiam utilizar e depois as deixou a vontade. Fomos então para brinquedoteca. Daniela sugeriu que fizessemos a entrevista lá, já que seria mais silencioso e não seríamos interrompidas.

A entrevista

Iniciei a entrevista pedindo para que ela me falasse livremente sobre seu envolvimento com este tipo de projeto mais comunitário. Daniela iniciou dizendo que “fazemos nossas escolhas profissionais a cada dia, toda vez que levantamos e vamos trabalhar”. Entendi esta sua fala como algo parecido com uma aposta que se faz a cada dia num determinado tipo de proposta. Identifiquei-me muito com esta reflexão, pois senti que de certa forma eu também fazia esta aposta todos os dias ao me levantar e ir para o Centro de Saúde. Era algo como: “É isso que eu quero” ou “Isso pode dar certo”. Pensando sobre a questão do seu envolvimento com trabalhos comunitários, Daniela disse que começou a se interessar por essa forma de trabalho antes mesmo de se graduar. Quando estava na faculdade fez parte de um projeto que tinha como objetivo oferecer a população ações culturais, lazer, esporte, etc. Trabalhava nesse projeto como voluntária junto com outros alunos de psicologia e psicólogos. Disse que essa vivência lhe permitiu um olhar diferenciado do que significava ser psicólogo.

Assim que se formou foi trabalhar em um hospital psiquiátrico que ainda funcionava dentro de uma lógica manicomial. Logo depois foi trabalhar em outro hospital psiquiátrico e ficou atuando na área de recursos humanos. A partir dessa segunda inserção profissional, relatou que contribuiu para a formação de uma sala de aula de FUMEC (Fundação Municipal para Educação Comunitária) para funcionários deste hospital. Os pacientes começaram a se mostrar também interessados e foram acolhidos nas salas de aula. Aos poucos, Daniela começou a perceber que seria importante deslocar a sala de aula para um local fora do ambiente de trabalho e conseqüentemente fora do local de tratamento dos pacientes. Daniela iniciou conversas com pessoas ligadas a FUMEC para pensarem juntos num lugar

onde pudesse agregar diversos cursos, onde a população pudesse relacionar-se com os pacientes de uma outra forma, para além da doença psiquiátrica. Foi assim que surgiu a proposta de um primeiro Centro de Convivência para a região, fora do hospital.

Daniela contou que neste período o hospital também estava vivendo um processo de desmontagem das alas de internação psiquiátrica, inspirado pelo movimento da reforma psiquiátrica e pelos ideais luta antimanicomial. Foram criadas muitas residências terapêuticas na época, segundo ela. Relatou que nesse mesmo período houve o fechamento de uma das piores alas do hospital, onde ficavam os “loucos especiais”, se referindo àqueles que eram mais agressivos. A partir de então houve um movimento dos trabalhadores junto com os pacientes para pensarem o que aconteceria naquele espaço. Relatou que os pacientes manifestavam seus desejos dizendo que aquele espaço poderia se transformar em um “clube”. A partir desta idéia foi criada uma proposta que foi denominada de “clube dos saberes”. A intenção era possibilitar encontros entre quem gostaria de ensinar algo, transmitir um saber e quem gostaria de aprender. Daniela explicou que dessa forma, sugeriram duas propostas de convivência. Uma que já acontecia fora do hospital psiquiátrico, a partir de salas de aula em parceria com a FUMEC e o clube dos saberes, ainda dentro do Hospital. Em relação a esse segundo Centro de Convivência, lembrou de um paciente que tinha diagnóstico de esquizofrenia e que tinha como interesse ministrar um curso de massagem. Relatou que a equipe o ajudou a montar o curso e houve pessoas interessadas em participar. Essa foi uma experiência interessante para aquele sujeito que pode passar de uma condição de paciente para professor.

Aos poucos foram percebendo a importância de alguém que pudesse gerenciar o “clube dos saberes”. Uma pessoa, que havia saído da gerência do hospital-dia, foi convidada a exercer esta função. Aos poucos foi se formando uma equipe de trabalho para aquele espaço. Daniela gerenciava o espaço fora na instituição psiquiátrica e participava junto com outras pessoas da proposta do clube dos saberes.

Em 1999, a partir da montagem de um CAPS, decidiu fazer parte da equipe de trabalho do mesmo e ficou lá por quatro anos. Relatou que mesmo quando estava no CAPS, tinha algumas saídas para fora da instituição. Ensinau dança do ventre no Centro de Convivência. Conseguiu fazer contato com a FUMEC para abertura de uma sala de aula dentro do CAPS. Daniela refletiu sobre a importância da parceria com a FUMEC já que esta carrega como objetivo lidar de forma diferente com a diversidade humana, o que vem somar esforços para o cuidado com pacientes com maior vulnerabilidade do ponto de vista do sofrimento mental.

Daniela voltou a falar nesse momento de quando entrou para trabalhar no CAPS recém-constituído. Relatou que no início “foi mágico”. Fizeram levantamento de expectativas, “tudo era cuidado, os pacientes iam chegando aos poucos”. Segundo Daniela, de repente aquilo tudo que era mágico foi se tornando uma dinâmica de trabalho difícil, se referindo à complexidade de se lidar com a crise psicótica o tempo todo. Lembrou desse período no CAPS para contrapor ao segundo momento onde ela volta para o Centro de Convivência (o antigo clube dos saberes). Disse que na primeira reunião no Centro de Convivência, embaixo de uma árvore, perguntou para a equipe se não era necessário um rodízio entre eles para cuidar das pessoas nas oficinas. Disse que todos riram e disseram para ela se acalmar, pois ali as pessoas tinham autonomia. Daniela ressaltou esta experiência para explicar que no Centro de Convivência não é preciso ter um olhar “vigiador”, que tudo pode ser mais tranquilo. Embora a crise aconteça, tudo é tratado com mais tranquilidade. Segundo ela, “os profissionais têm mais tempo para respirar”. Perguntei a ela o porquê ela considerava o Centro de Convivência como um lugar mais respirável. Ela me respondeu dizendo que era o fato de não existir várias pessoas com comprometimento mental grave no mesmo momento demandando uma atenção especial. Disse que a velocidade das demandas do CAPS e a complexidade das respostas que os profissionais tinham que dar

eram muito maiores. Disse que quando há alguém com maior comprometimento ou sofrimento no Centro de Convivência que necessite de uma atenção maior, é possível disponibilizar mais tempo para dar atenção a essa pessoa sem que o restante do grupo paralise a atividade dentro da oficina.

Daniela falou nesse momento sobre a transformação possível a partir das ações nos Centros de Convivência. Relatou que os pacientes identificam aquele espaço como uma outra possibilidade de relação social. Ela disse que percebe que há uma mudança de comportamento de como eles se relacionam socialmente no Centro de Convivência e como se relacionam dentro do CAPS. Segundo Daniela, o entorno faz uma grande diferença. Os pacientes são afetados pela vida social. Falei para Daniela que eu também percebia esta transformação no Centro de Convivência onde eu estava. Lembrei de uma pessoa que estava em psicoterapia comigo no Centro de Saúde. Quando a paciente ia para Centro de Convivência ela se transformava, ria, falava das suas diversas internações, mas trazia isso de uma forma muito mais leve do que nos atendimentos individuais. Daniela lembrou que alguns pacientes freqüentadores do CAPS fazem a barba para irem ao Centro de Convivência o que não acontece se eles ficarem restritos ao ambiente do CAPS.

Daniela falou também que os grupos do Centro de Convivência permitem acolher muitas pessoas que padecem de solidão. Segunda ela, às vezes as pessoas não se vinculam tanto à atividade em si, mas ao grupo de pessoas que participam das oficinas. Muitas vezes a troca de receitas de bolo ou a troca de experiências de vida, permite a diminuição das tristezas do dia-a-dia. Lembrou das conversas que aconteciam durante as atividades de artesanato e algumas falas como: "Larga mão disso" (referindo-se às queixas em torno do sofrimento), "Ora para Deus" ou "A gente tem que se cuidar". Segundo Daniela, essas conversas por si só já eram terapêuticas. Além disso, a partir dos encontros no grupo, havia possibilidade de combinar atividades para fora daquele espaço.

Perguntei a Daniela se ela sentia diferença entre o Espaço onde ela estava naquele momento em relação ao outro espaço onde era o Centro de Convivência antigamente. Daniela disse que quando estava no outro espaço, ela e a equipe tentaram várias estratégias para não tornar um espaço só de saúde mental, mas que não tiveram êxito, já que por estarem dentro de um antigo hospital psiquiátrico, o Centro de Convivência tinha uma identificação grande com a questão da loucura. Os usuários eram preferencialmente pacientes com transtorno psicótico ou em tratamento para dependência química em Unidades de atendimento ambulatorial e de internação que funcionam também dentro do Hospital.

Daniela relatou que um dia fez uma roda de conversa com os pacientes informando sobre a saída do Centro de Convivência de lá. Muitos não gostaram da mudança, alegando que naquele espaço eles tinham liberdade para serem eles mesmos, sem ficarem preocupados com que o outro iria pensar. Daniela relatou que dentro do grupo existia uma convivência saudável, combinavam programas para fora do espaço. Segundo Daniela aquilo tinha um efeito social interessante, mas era "entre iguais". Neste sentido, disse que foi preciso um trabalho com os usuários a respeito da mudança, mas mesmo assim muitos não quiseram vir para o espaço atual. Disse que muitos pacientes que não se adequaram à mudança acabaram tendo outras saídas. Daniela refletiu que talvez a idéia de mudança tenha impulsionado os pacientes a encontrarem outras soluções de vida. Relatou que um deles montou um brechó de roupas usadas dentro da própria casa e começou a ganhar dinheiro com isto.

Daniela também lembrou ainda que no outro espaço havia uma certa proteção e tutela que não existia mais no Centro de Convivência atual. Refleti junto com Daniela que talvez eles tivessem um espaço mais protegido quando estavam dentro do hospital, no entanto aquilo não significava a vida real, não permitia uma verdadeira inclusão social e ela concordou comigo.

Daniela falou que ainda percebe o quanto é difícil para os pacientes que fazem tratamento no CAPS chegarem até este novo espaço. Disse que muitas vezes eles vão, mas acompanhados dos profissionais do CAPS. Daniela disse que percebe que é preciso uma certa “costura” para estes pacientes chegarem, pois ainda são poucos os que chegam por conta própria.

Daniela falou ainda do quanto era gostoso estar nesse espaço de convivência, pois perceberia que ali não havia diferenciação entre as pessoas; todos poderiam participar das oficinas: crianças, mulheres da comunidade, pacientes usuários dos serviços de saúde mental, etc. Disse que ela mesma usufruiu de várias atividades do Centro de Convivência como massagem, curso de arborismo etc. Falou que o interessante era o fato do lugar não ser freqüentado apenas por uma facção da sociedade, havia uma diversidade humana grande. O único critério para participar de uma atividade era identificar-se com ela. Daniela refletiu que existem vários grupos de artesanato em vários outros locais da cidade, no entanto o que fazia com que as pessoas escolhessem ir ao Centro de Convivência era o fato de se identificarem com a proposta e de se sentirem bem acolhidos pelo monitor da oficina ou pelas pessoas que freqüentavam as oficinas.

Voltou a falar que a convivência entre usuários da saúde mental e comunidade era muito mais possível no espaço atual do que no espaço do hospital psiquiátrico, já que antes havia uma clara identificação do espaço com doença mental. Disse que no Centro de Convivência atual é possível desenvolver uma saúde mental mais ampliada. É possível, segundo ela, diminuir o preconceito, considerando que no espaço anterior as pessoas da comunidade não iam até o hospital psiquiátrico talvez por medo de serem confundidos com os doentes mentais. Daniela relatou que hoje o trabalho é muito mais respirável, pois coexistem várias pessoas e não só pacientes em sofrimento mental. Isto permite, segundo ela, uma escuta mais tranqüila, acaso alguém venha precisar de uma atenção especial.

Concordei com ela e comentei que percebia que no Centro de Convivência havia um ar diferente. Daniela disse que a leveza era potência do espaço. A leveza significava poder respirar e conversar com calma sobre as coisas. Falou da possibilidade que o espaço dava para poder tomar um café, parar para dar risada, de poder aprender e resgatar habilidades. Falou do quanto os grupos são interessantes, pois sempre tem alguém passando uma receita, ensinando um ponto novo de crochê. Sempre há algo que mobiliza nas pessoas o desejo de participar. Daniela disse então que o Centro de Convivência tem esta função de dar um respiro para a saúde mental, tanto para os usuários como para funcionários. Falou da importância dos profissionais dos CAPS virem com os pacientes para esse outro espaço, já que há comentários por parte das pessoas de que isto é importante para os pacientes. Daniela refletiu que se deslocar era importante também para os próprios profissionais do CAPS.

Daniela começou a falar naquele momento sobre a falta de um referencial teórico para sua prática e da necessidade que sentia de buscar em outras áreas do saber, subsídios para sua atividade. Daniela falou da psicologia comunitária como uma área de conhecimento capaz de abarcar o que ela fazia. Falou ainda sobre a questão da arte que sempre foi muito importante para ela, desde o início de sua formação e que contribuía para pensar sua ação dentro do Centro de Convivência.

Perguntei a ela se ela achava que existia algo de clínico em tudo isto. Levantei esta questão lembrando de entrevistas anteriores onde uma questão sempre levantada era que embora as pessoas estivessem em espaços comunitários, ainda assim tinham um olhar clínico. Senti que Daniela ficou um pouco desconsertada com a minha questão, já que segundo ela, a clínica psicanalítica tradicional não dava subsídios para prática do Centro de Convivência. Por outro lado, Daniela se questionou que outro tipo de teoria poderia sustentar sua prática. Disse que isto era uma questão que a angustiava muito, que estava lhe tirando o sono. Por outro lado, ela disse que era possível realizar uma clínica no Centro de

Convivência, mas que não era uma clínica voltada para a doença ou para a cura. Segundo ela, “é a clínica que olha e escuta as peculiaridades de cada um no seu processo de interlocução com o outro, de como cada um acaba se restabelecendo na relação com o outro, sendo que este outro pode ser uma pessoa ou uma atividade”.

Daniela passou a falar nesse momento do papel do técnico ou monitor da oficina, no sentido de que estimular no outro o desejo de criação. No entanto, segundo ela, não era só estimular a criação, a liberdade de expressão, mas também colocar o sujeito em contato com o que ele criou para que ele mesmo se deslocasse de um lugar de criador para ocupar um lugar de apreciador, de crítico. Segundo Daniela, este movimento permitia sair de um automatismo da atividade.

Daniela falou também da importância de sustentar algumas peculiaridades difíceis de algumas pessoas que têm um alto comprometimento em termos de saúde mental, para que o trabalho todo não desande. Ela passou a falar nesse momento dos voluntários que são monitores de oficinas e que às vezes acabam adotando uma didática diferente do que o Centro de Convivência acredita. Falou que algumas voluntárias consertam o trabalho do outro, consertam o erro. Disse que muitas pessoas gostam disto, ou seja, gostam que um outro vá e conserte o que ele fez de errado. Por outro lado, Daniela disse que o Centro de Convivência vai por um outro caminho que é o da liberdade de expressão, de acolher as diferentes estéticas. Disse que lidar com isto estava sendo um problema, porque embora alguns aceitassem, outros não gostavam que consertassem seu trabalho. Por outro lado, Daniela disse que o Centro de Convivência tem uma outra proposta que é permitir a liberdade de expressão, de acolher as diferentes estéticas.

Relatou que com quem faz parte da equipe de trabalho do Centro de Convivência é possível uma conversa mais aberta sobre essa questão, já que fazia parte do cotidiano da equipe fazerem roda de conversa para discutirem questões do processo de trabalho. Reflete sempre sobre a importância de respeitar a estética que o outro traz e ir aos poucos apresentando outras estéticas possíveis. Disse que na equipe essa questão era bem aceita, no entanto, segundo ela, era difícil convencer os voluntários. Relatou que é um trabalho de ir “pelas beiradas”, pois a questão do respeito às singularidades e das diferentes estéticas deveria fazer sentido para o voluntário. Por isso disse que vai procurando conversar, mas sem impor. A única questão que ela sentia necessidade de deixar bastante claro era a importância de oferecer acolhimento a quem quer que viesse ao espaço manifestando desejo por alguma oficina. Daniela lembrou de uma voluntária que certa vez a questionou sobre a vinda de pessoas ao espaço que tinham um poder aquisitivo maior, alegando que essas pessoas tinham possibilidade de fazer cursos em outros locais. Daniela conversou com ela que a filosofia do Espaço era acolher a todos, não fazer distinção de quem era pobre ou rico, de quem tinha maior ou menor sofrimento psíquico.

Quanto às propostas de atividades, disse que quem dá o parâmetro é conselho gestor e a equipe. Quando um voluntário manifesta desejo de desenvolver uma oficina que lhe parece um pouco estranha, ela leva para a equipe. Relatou uma situação em que um voluntário queria desenvolver uma palestra que propunha coisas malucas como não dormir, comer somente coisas que caem das árvores, comer luz; não podiam beber água, etc; e isto não foi permitido pela equipe. Então, segundo ela, quando chegam propostas como essa, eles acabam barrando.

Após este relato, houve um pequeno silêncio. Daniela me questionou se ela havia falado demais. Perguntei se ela ainda tinha algo a falar e ela me perguntou se eu gostaria que ela falasse algo a respeito da clínica. Disse a ela que não precisava ser necessariamente sobre isto. Disse a ela que a questão da clínica vinha sim me mobilizando, mesmo por conta das análises de outras entrevistas que de certa forma, apontavam para uma clínica dentro do Centro de Convivência. Daniela disse que esta prática poderia ser nomeada de várias formas, dependendo das áreas de conhecimento onde o profissional está

inserido. Lembrou de Paulo Freire que fala do sujeito encontrar seu lugar no mundo a partir da sua própria letra, que a pessoa possa estabelecer uma visão do mundo mais crítica. Do ponto de vista da saúde, Daniela, disse que o que era peculiar no Centro de Convivência era a possibilidade de inserir pessoas que tem maior comprometimento e menos autonomia. Refletiu que na medida que a pessoa tem um amparo profissional para suportar certas situações, vai lidando melhor com situações semelhantes em sua vida social. Lembrou novamente que existem vários lugares que têm atividades culturais, esportivas, etc. no município, mas que não há pessoas preparadas para dar um suporte a um usuário da saúde mental com um grau de comprometimento maior. Segundo Daniela, a exclusão poderia se dar por um mal acolhimento e por isso a importância do Centro de Convivência. Refletimos que neste sentido, nos Centros de Convivência parecia existir um cuidado maior e que ele acabava representando uma transição para estes outros lugares menos protegidos da cidade. Daniela referiu que uma das missões do Centro de Convivência é ser um espaço onde as pessoas possam pertencer, mas a partir dele, pertencer a outros lugares sociais. Lembrou que a partir dos grupos dentro do Centro de Convivência, as pessoas combinavam passeios para outros espaços sociais da cidade.

Daniela disse ainda que no Centro de Convivência há menos um afã de querer curar as pessoas. Relatou que acredita que temos que nos esvaziar do intuito de querer tratar as pessoas, porque senão acabamos medicalizando nosso olhar. A entrevista parecia estar chegando no final e comentei o quanto foram profundas as questões que ela havia levantado. Daniela disse que seria possível abrir várias questões a partir dos Centros de Convivência. Ressaltou que é um projeto muito novo e que várias reflexões ainda precisam ser feitas. Lembrou da questão da intersectorialidade dentro do espaço e da importância de ter alguém que coordene as diversas ações.

Comentei que ela parecia estar feliz neste outro espaço. Daniela disse que o processo de mudança não foi fácil, porque ninguém gosta de mudar. Segundo ela, sempre surgem as incertezas. Disse que foi uma crise. No dia da mudança a equipe estava tensa, brigavam mais, parecia que “estavam no olho do furacão”. Relatou que foi um dia árduo e cheio de mal-entendidos. Por outro lado, após um tempo foram colhendo retornos positivos da mudança e começaram a se maravilhar com o espaço. Lembrou que em uma supervisão institucional, o supervisor perguntou como a equipe estava sentindo a mudança de local. Lembrou que uma pessoa relatou o quanto ela estava encantada ao ver que era possível presenciar relações que talvez nunca acontecessem no outro local. Esta pessoa falou da possibilidade de realizar oficinas que acolhiam ao mesmo tempo, crianças, adolescentes, idosos, usuários da saúde mental, todos juntos, numa mesma atividade, em uma convivência tranqüila.

Daniela lembrou que logo após a mudança, uma senhora que mora na frente do Centro de Convivência trouxe um vasinho de flores para enfeitar o espaço. Outras pessoas iam se oferecendo para ajudar. Com o passar do tempo, a equipe foi se convencendo de que a mudança foi a melhor escolha.

Daniela lembrou ainda que uma questão que angustiou muito a equipe no início da mudança foi o fato de que não havia nenhum alambrado cercando os limites da sede do Centro de Convivência. Isto permitia que traficantes utilizassem os arredores da casa para venderem drogas. Aos poucos a equipe foi conseguindo apoio da população e a partir de uma assembléia, conseguiram, enfim, colocar o alambrado. Os traficantes também começaram a respeitar o trabalho e não ocuparam mais o espaço do Centro de Convivência, deixando a equipe mais tranqüila.

Daniela disse que já estavam lá há quase um ano e que ela mudou radicalmente sua idéia de intersectorialidade, de clínica, de projeto comunitário. Falou que sente uma mudança para melhor. Relatou que no outro espaço, havia pouca participação das pessoas, a comunidade não chegava. Disse que na última Conferência Municipal de Saúde, a idéia dos

Centros de Convivência estarem dentro dos bairros ficou muito forte para ela. Disse também que onde eles estavam antes, já havia um outro Centro de Convivência que já era bem freqüentado pela comunidade. Portanto não haveria motivo para continuar com dois Centros de Convivência no mesmo território. Ressaltou que um outro ganho foi terem se mudado para próximo do CAPS o que permitiu maior acesso aos usuários deste serviço para o Centro de Convivência.

Falei para Daniela que eu me lembrava do seu processo de mudança e que eu percebia que ela estava muito mais satisfeita agora. Finalmente, perguntei a ela como foi falar sobre todas estas questões na entrevista. Daniela me respondeu dizendo que falar sobre o trabalho, permitia fazer uma reflexão sobre sua trajetória. Disse que também era possível pensar em outras várias questões que ainda estão em aberto, como a questão da clínica, do referencial teórico que pudesse sustentar as práticas no Centro de Convivência. Falei o quanto foi importante escutá-la. Agradei pela sua disponibilidade e combinamos que poderíamos nos falar caso ela quisesse acrescentar alguma coisa ou se eu tivesse alguma dúvida. Tive a impressão de que a entrevista acabou com um certo “gostinho de quero mais”. Talvez ficaríamos ali por horas falando sobre o tema. Mas como tudo precisa ter um fim, nos despedimos.

4- Relato da entrevista com Beatriz

Nosso encontro para a entrevista

Eu já havia visitado o Centro de Convivência onde Beatriz trabalha inúmeras vezes. Mas cada vez que vou até lá, me surpreendo pelas mudanças no sentido de deixarem o espaço cada vez mais agradável e acolhedor. Quando cheguei para entrevista, Beatriz estava ocupada com uma outra tarefa. Fui recepcionada por um guarda do local que me ofereceu café. Enquanto eu aguardava na sala de espera, uma senhora me questionou se eu iria iniciar curso de informática. Do meu lado, um homem aguardava para fazer uma oficina de pintura. Conversando um pouco com ele, percebi que ele tinha algum transtorno psiquiátrico; era um pouco confuso, mas tentava estabelecer um diálogo muito lógico comigo. Chegou a falar que não confiava em ninguém, mas que ia a igreja e que lá podia fazer amizades com os “irmãos”. Neste primeiro momento, o que me chamou atenção foi à mistura entre pessoas tão diferentes, mas todas ligadas a um objetivo comum: ir lá para fazer alguma atividade que pudesse lhes trazer algum benefício.

Não esperei muito tempo até Beatriz vir falar comigo. Ela sugeriu que conversássemos na brinquedoteca já que lá seria um local mais tranquilo. Ela me disse que estava bastante atarefada e que por isto tentaria ser breve em seu relato. Quando ela me disse isto, cheguei a pensar em sugerir um outro dia para conversarmos. Por outro lado pensei que já havia sido muito difícil conciliarmos um horário para entrevista, e por isso decidi manter a conversa assim mesmo. Pensei que se por acaso o relato dela fosse breve demais de modo que não trouxesse elementos suficientes para a pesquisa ou que se eu ficasse em dúvida sobre algum aspecto, eu poderia agendar um outro dia. No fim das contas, a entrevista durou uma hora e foi bastante rica.

A entrevista

Falei para ela que eu não tinha nenhum roteiro pré-estabelecido pra a entrevista e que eu gostaria que ela me falasse livremente sobre sua experiência com projetos comunitários. Beatriz recorreu então a sua história para contar como surgiu, não só seu envolvimento com a questão dos Centros de Convivência, mas também com a saúde pública. Graduou-se em 1999. Relatou que desde o quarto ano de faculdade, na disciplina de psicodiagnóstico, teve a aproximação com a saúde pública onde teve a oportunidade de fazer um estágio de observação em um Centro de Saúde. Foi a partir desta experiência que ela descobriu o que queria fazer: “ser psicóloga em saúde pública”. A partir daí, todas as escolhas que foi fazendo no último ano de faculdade em termos de campos de estágio foram sendo voltadas para isso. No último ano da graduação fez estágio em um Centro de Saúde e depois também fez aprimoramento em saúde pública. Na época em que era aprimoranda, o Centro de Saúde no qual ela estava inserida, passava por reformas. Por conta da falta de espaço físico para atividades de grupo, fazia muitas atividades fora da Unidade. Nesta época se aproximou do Centro de Convivência que existia na região. Participou de reuniões para lutar por reformas da sede social do bairro e de vários eventos comunitários. Percebia o quanto a inserção nos espaços fora da Unidade era um fio condutor para promover resiliência nas pessoas.

Após o aprimoramento decidiu fazer mestrado. Inicialmente o projeto de mestrado era sobre o trabalho nos Centros de Convivência, mas o tema acabou se modificando por conta da linha de pesquisa do orientador. Simultaneamente ao mestrado, foi aprovada em um

processo seletivo para trabalhar em CAPS. Disse que a partir daí começou a participar efetivamente da construção e transformação do modelo de atenção em saúde mental de Campinas.

Em 2001, o CAPS onde ela trabalhava mudou para outra casa. Foi a partir desta mudança que a coordenadora do Distrito de Saúde daquela região decidiu implementar o Centro de Convivência no espaço que antes abrigava o CAPS. Perguntei se ela chegava a sair do CAPS para fazer grupos no Centro de Convivência. Ela me respondeu que isso acontecia esporadicamente, já que a dinâmica do CAPS era muito conturbada, impedindo deste modo, algumas saídas. Conseguia apenas sair semanalmente para realizar apoio matricial junto a uma equipe de saúde da família. Disse que ficou no CAPS por um ano e meio e saiu porque foi convidada para um cargo de gestão como apoiadora distrital em saúde mental em uma outra região da cidade. Nessa nova função, seu desafio era fazer com o que o CAPS daquela região se transformasse num serviço de atendimento 24 horas; era o último distrito da cidade que não tinha ainda um CAPS III. Disse que a equipe do CAPS era pequena demais e a sede também. Aos poucos conseguiram uma casa maior para alocar o CAPS e conseqüentemente conseguiram contratar profissionais para constituir uma equipe maior.

A pequena casa, onde era o CAPS, cedeu lugar para outras propostas. Surgiu a possibilidade de transformá-la em residência terapêutica para acolher pacientes que estavam saindo do hospital psiquiátrico, porém isto não deu certo. Uma outra proposta foi implementar um Centro de Convivência onde deveriam acontecer também oficinas de geração de renda. Ela, enquanto apoiadora, estimulava os profissionais do Centro de Saúde e do CAPS a realizarem oficinas no espaço. Disse que o objetivo era transformar aquele local em um espaço de convívio, mas que também houvesse incentivo à geração de renda. No final das contas, o local ficou mesmo caracterizado como um espaço de geração de renda. Relatou que ficou dois anos na função de apoio distrital em saúde mental daquela região. Voltou para a região onde ela estava inicialmente como psicóloga do CAPS, mas continuou na mesma função de apoiadora por mais um ano e meio. Relatou que tinha que gerenciar ações em dois CAPS e estar próxima das equipes de saúde mental dos Centros de Saúde. Passava pelo Centro de Convivência esporadicamente. Com o tempo conseguiram contratar um outro apoiador em saúde mental para dividir as responsabilidades, o que fez com que ela conseguisse estar mais próxima do Centro de Convivência da região. Em 2006 foi convidada a assumir a coordenação deste Centro de Convivência, local onde está até hoje.

Beatriz relatou que o Centro de Convivência estava sem coordenação. O último coordenador ficou lá até 2004. Disse então que sua entrada como coordenadora, permitiu reavivar o espaço. Nesse momento, falei que eu percebia que mesmo ocupando funções ligadas à gestão distrital ela esteve sempre de alguma forma, ligada às propostas de Centro de Convivência. Ela confirmou o que eu disse e relatou que sempre acreditou nesta inserção da psicologia, mas que não tinha antes a noção da dimensão da potência deste espaço até entrar de fato na coordenação.

Relatou que o Centro de Convivência no qual está hoje, diferencia-se dos demais de Campinas, porque é o único que tem ações tanto de convivência como de geração de renda ao mesmo tempo. Referiu-se que “sempre estão no fio da navalha”. Disse o quanto é difícil ter que lidar com estas duas ofertas, pois as oficinas de geração de renda demandam um tempo e uma especificidade que são muito diferentes das ofertas de convívio. Disse que naquele momento as atividades de geração de renda centravam-se em duas oficinas de culinária. Relatou ainda que havia um grupo de tear manual que também vinha se configurando para isto.

Perguntei a Beatriz qual era a especificidade dos grupos de geração de renda e ela me respondeu dizendo que era o fato do grupo ter por objetivo principal a produção para a

venda. Segundo ela, isto trazia uma diferença em termos de qualidade do produto. Uma outra diferença ainda era a periodicidade dos encontros, ou seja, para produzir tendo como objetivo a venda, não havia como o grupo se encontrar apenas uma vez por semana, já que precisavam de um volume de produção muito maior. Segundo ela isso era diferente das ofertas de convívio, onde geralmente o indivíduo produz algo que é para ele mesmo, sem a pretensão de venda alguma, faz para o seu próprio bem-estar e no seu próprio tempo.

Questionei se ela percebia algum efeito terapêutico nas oficinas de geração de renda. Ela me respondeu dizendo o quanto é fantástico, que há empoderamento e que, a partir dessa atividade, há a possibilidade de um retorno à vida profissional. Relatou que muitos pacientes que participam das oficinas vêm cronificados de todo um percurso psiquiátrico e de várias internações. Disse que a oficina de geração de renda permite abrir um leque na vida da pessoa. Possibilita ao outro fazer algo que nunca pensou ter capacidade. O outro ganho é possibilitar ao paciente ocupar um outro lugar para além de usuário da saúde mental, aquele identificado como doente. Segundo Beatriz, a atividade na oficina coloca o sujeito como alguém produtivo, que faz algo que é bom, que as pessoas apreciam e que ele ganha dinheiro com isso. Beatriz disse que essa troca e essas relações vão dando um outro lugar para a pessoa no mundo. Relatou que a atividade não gera muita renda; não é como um trabalho formal; não funciona na mesma proporção do ponto de vista capitalista. Por outro lado, são atividades de grande potência na vida das pessoas, no sentido delas estarem de uma forma diferente no mundo. Perguntei se quem participava das oficinas de geração de renda eram só pacientes de serviços da saúde mental. Ela disse que a maioria era paciente, mas que já estavam ampliando para outras pessoas da comunidade também.

Beatriz falou ainda que as oficinas eram um estímulo para o trabalho mais formal. Lembrou de um paciente que, a partir da inserção na oficina, conseguiu retornar ao trabalho. Disse que ele estava afastado há muitos anos do trabalho, vinha de várias internações psiquiátricas. Conseguiu inserir-se no CAPS e nas oficinas do Centro de Convivência e naquele momento estava retomando sua vida. Relatou que ele chegou ao Centro de Convivência com um diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. Num certo momento de sua vida, perdeu o emprego e o contato com a família e assumiu a posição do “louco”. Lembrou-se do quanto ele demorou a se sentir seguro para voltar ao trabalho. Disse que a saída dele do grupo de geração de renda foi interessante, na medida que ele conseguiu construir sua saída sem desestruturar o grupo e ao mesmo tempo sem se desestruturar.

Nesse momento, voltei um pouco na questão da potência do Centro de Convivência que Beatriz havia falado anteriormente e questionei que potência era esta que ela só se deu conta quando foi de fato para o Centro de Convivência. Ela me respondeu dizendo que era a “potência da vida”. Refletiu que lá é um espaço implicado com a reforma psiquiátrica. Percebe que está ali para transformar o modelo de assistência à saúde mental, no sentido de diminuir a medicalização e de desinstitucionalizar as ações em saúde.

Disse que se surpreende o tempo todo. Segundo ela, as pessoas vêm e encontram algo que é totalmente diferente. Disse que as pessoas vão até lá para fazer coisas que inicialmente não tem nada ver com a saúde, como crochê, informática, música, etc. Mas ao mesmo tempo percebem que há um olhar e uma delicadeza para o cuidado e aos poucos vão se sentindo fortalecidas para outras inserções na vida.

Relatou que apesar de terem o olhar para o cuidado, nunca olham para a doença. Segundo ela, pouco importa se quem chega tem um diagnóstico de uma doença mental ou se a pessoa está apenas passando pela rua e quer conhecer. Disse que muitas vezes as pessoas chegam e falam: “Eu não aguento mais ficar em casa”. Dessa forma, Beatriz disse que estar ali depende do desejo da pessoa por alguma atividade, independente de um diagnóstico de transtorno mental. Quando já está inserida, o olhar é sempre para o que a pessoa tem de potência, aquilo que tem de saudável, para o que ela sabe e consegue fazer. Beatriz disse que é esta transformação na forma de olhar que vai transformando o lugar

dessas pessoas e as fortalecendo para que possam dali, “partir para o mundo”. Disse que sempre gosta de pensar no Centro de Convivência como uma “mola propulsora”, um lugar onde as pessoas possam passar, ficar por um tempo e de repente “ir para o mundo”. Diz que a intenção não é criar dependência das pessoas pelo espaço.

Relatou que no dia-a-dia, vê coisas lindas. Falou de alguns pacientes que têm um comprometimento do ponto de vista da saúde mental e que freqüentam os grupos de geração de renda. Disse que são “pacientes muito loucos, que deliram, alucinam”, mas que sentam na sala de espera e conversam com as crianças que estão também ali aguardando para uma oficina de informática e “surge aquela conversa boa, que flui. É convívio mesmo”. Segundo Beatriz, fazer parte da construção destes vínculos é muito instigante.

Disse também que ao longo do tempo estão aprendendo a construir parcerias com outros Serviços de Saúde como Centros de Saúde e CAPS, além de outras instituições que não são ligadas à área da saúde. Disse que eles já têm parceria com a área da educação e cultura.

Ainda que a clínica estivesse implícita no seu relato, senti uma necessidade de lhe perguntar se ela considerava toda esta prática como clínica ou se ela denominaria como outra coisa e então a questioneei sobre isto. Beatriz me disse que denomina sim de clínica, mas que não é uma “clínica *stricto sensu*”, se referindo a uma clínica mais tradicional. Disse que a forma de inserção da clínica no Centro de Convivência é outra.

Lembrou-se de quando chegou ao Centro de Convivência. Disse que vinha “travestida” de CAPS. Relatou que muitas vezes os pacientes no CAPS deitam-se nos sofás ou no chão e quando vêm para ao Centro de Convivência, também tendem a apresentar esta mesma atitude. Disse que assim que chegou ao Centro de Convivência, aquilo começou a lhe incomodar. Um certo dia chegou a expressar aos pacientes que deitar no sofá não era permitido. No entanto, disse que demorou um pouco para ela se conscientizar que aquele lugar exigia outras posturas dos pacientes e que ela poderia cobrar que esta outra postura acontecesse. Beatriz disse que a forma de se relacionar no Centro de Convivência é outra e o que percebe de interessante é que o Centro de Convivência traz a pessoa para relações com normas e regras da vida social e que isto já é terapêutico.

Lembrou que no CAPS geralmente são oferecidas refeições aos pacientes e disse que no Centro de Convivência não dava para ser assim. Segundo ela, a pessoa deveria trazer comida de casa ou dinheiro para comprar algum lanche e não esperar que as pessoas lhe dessem a comida pronta. Disse também que às vezes acabava “escorregando” no sentido de exercer uma tutela. Beatriz disse que faz questão de deixar claro que ali a inserção é outra. Lembrou-se também que além de deitarem no sofá, os pacientes abriam a geladeira e pegavam coisas que não era deles. Disse que aos poucos a equipe foi construindo junto com os pacientes a questão dos limites na relação com o outro e com o próprio espaço. Voltou a falar do aspecto clínico de sua prática. Disse que considerava como clínico o que fazia no Centro de Convivência porque era possível permitir o empoderamento, no sentido de ajudar o sujeito a construir recursos internos até mesmo para respeitar determinadas regras.

Disse a ela que eu percebia que ela estabelecia uma clara diferença entre a clínica dentro do CAPS e a clínica dentro do Centro de Convivência. Como ela havia tido a experiência também em Centro de Saúde, perguntei se ela estabelecia também uma diferença entre esta instituição e o Centro de Convivência. Ela me respondeu dizendo que vê muitas diferenças, mesmo porque o Centro de Saúde é o lugar onde tem o médico, o remédio, o curativo, enfim, acaba sendo identificado como o lugar onde se vai tratar da doença, onde as pessoas vão quando estão com dor. Culturalmente não é um lugar para encontros. Geralmente as pessoas vão com uma queixa e a porta de entrada é a dor. Já no Centro de Convivência, as pessoas não precisam falar de sua pressão arterial, por exemplo. Elas podem entrar por elas mesmas, por seu desejo de participar das atividades. Para

exemplificar esta diferença de olhar sobre a doença dentro do Centro de Convivência, Beatriz falou sobre a participação das crianças no espaço. Relatou que os profissionais de um Centro de Saúde próximo dali faziam grupos com crianças na brinquedoteca. Uma agente comunitária de saúde e a psicóloga ficava com as crianças enquanto a terapeuta ocupacional fazia um grupo com os pais. Beatriz disse que esta experiência estava sendo interessante, pois permitia tirar as crianças do lugar de “problemáticas”, já que muitas vezes vinham com alguns diagnósticos como hiperatividade ou déficit de atenção do Centro de Saúde. Segundo Beatriz, estas crianças, quando chegavam ao Centro de Convivência eram olhadas de uma outra forma que não tinham nada a ver com a doença. Ao mesmo tempo, as mães iam se inserindo em outras atividades que eram disponibilizadas no local.

Perguntei a Beatriz se ela já havia presenciado alguma situação em que a pessoa, a partir da inserção no Centro de Convivência, havia melhorado seu estado de saúde a ponto de deixar de tomar medicação, por exemplo. Beatriz disse que já haviam feito uma pesquisa sobre a satisfação da população a partir de um questionário. Dentre algumas das questões, uma delas era “A partir do momento que você veio para o Centro de Convivência, o que mudou em sua vida?”. Disse que algumas das respostas apontavam para a diminuição das idas ao CAPS e aumento da rede de amizades. Não houve menção, no entanto, à diminuição de medicamentos. Lembrou-se, nesse momento de uma adolescente que tinha um retardo mental e tinha uma grande dificuldade em relação a autonomia e aprendizado. Beatriz relatou que a paciente chegou a passar pelo CAPS, mas não gostava de lá porque não havia pessoas de sua faixa etária. Sua inserção no Centro de Convivência se deu inicialmente pela questão da alfabetização. Mais tarde entrou para oficina de música. Lembrou-se que era bastante difícil lidar com “o ir e vir” da adolescente que não tinha autonomia para ir sozinha até o Centro de Convivência. Foi preciso fazer um acompanhamento terapêutico no início para ela aprender pegar o ônibus e conseguir chegar ao Centro de Convivência. Beatriz disse que foi algo fantástico, pois a adolescente naquele momento já estava indo sozinha ao Centro de Convivência e a outros lugares da comunidade. Beatriz se lembrou ainda de vários adolescentes que freqüentaram o Centro de Convivência, que já são adultos e conseguiram inserir-se no mercado de trabalho. Segundo ela, se não tivessem freqüentado o Centro de Convivência, talvez ficariam na rua e naquele momento nem estivessem trabalhando. Beatriz falou do quanto era interessante acompanhar a transformação das pessoas.

Começou a falar nesse momento sobre a importância que dá para o acolhimento e que acredita que o Centro de Convivência deva ser um lugar onde as pessoas possam se sentir bem. Relatou que conversa muito com a equipe sobre isso, sempre ressaltando que lá deve ser um lugar onde as pessoas sintam vontade de voltar. Disse que as pessoas da equipe se dividem para este acolhimento, mas não têm pessoas suficientes para fazerem este papel em todos os períodos do dia e que muitas vezes são os vigias que exercem essa função.

Beatriz disse que tem uma equipe de trabalho bastante comprometida e implicada com a proposta de trabalho do Centro de Convivência. Percebe que os profissionais gostam de estar lá. Também vão construindo autonomia e empoderamento profissional. Lembrou de que muitas vezes, os Centros de Convivência acabam recebendo profissionais que estão afastados de suas funções por motivos de doença e que não conseguem se adaptar a nenhum outro lugar. Mas disse que mesmo que isso aconteça, algumas vezes, é possível ir criando na equipe uma atmosfera de empoderamento e comprometimento com um outro tipo de proposta de trabalho.

Perguntei se ela se sentia satisfeita neste espaço. Beatriz me disse que se sente muito satisfeita e orgulhosa de estar lá, de trabalhar no SUS e em Campinas, que gosta de fazer parte desta história. Disse que se sente agradecida. Relatou que cresceu muito como pessoa e como profissional.

Disse para Beatriz que eu percebia o quanto a dinâmica do Centro de Convivência era diferente, havia uma leveza em todos os outros que visitei. Falei também o quanto eu percebia que nestes espaços as pessoas eram mais contentes. Ela relatou que se preocupa muito com esta delicadeza, com a cor das paredes e com todos os detalhes para deixar o ambiente mais leve. Lembrou que o fato de haver uma leveza não tornava o espaço menos complexo. Havia toda uma complexidade de lidar com duas ofertas ao mesmo tempo: geração de renda e centro de convivência. Havia também a complexidade ao lidar com a diversidade de pessoas. Disse que é era desafio diário.

Beatriz refletiu que não se pode assumir no Centro de Convivência a mesma postura profissional de um Centro de Saúde. No entanto, os profissionais têm às vezes esta tendência. Segundo ela, é preciso estar atento que ali é um outro lugar. Disse que faz reunião semanal com a equipe, para discutir, dentre tantas questões, o sentido das práticas que estão sendo oferecidas. Perguntei se a equipe era grande. Beatriz falou então das pessoas que trabalhavam lá naquele momento estão. Disse que haviam duas terapeutas ocupacionais, um auxiliar administrativo, um músico, uma auxiliar de enfermagem que faz o papel de monitora de oficina, uma monitora de oficina de artesanato, uma educadora social e uma auxiliar de enfermagem que estava lá há 15 dias ainda em processo de adaptação. Lembrou ainda que havia três voluntários. Disse que é bastante cuidadosa em relação a aceitar pessoas voluntárias, que é preciso antes observar se a pessoa tem perfil, se tem comprometimento. Lembrou que antes acontecia muitas faltas do voluntário. As pessoas do grupo chegavam para atividade e não tinha monitor. Para resolver esta questão, resolveu escalar uma pessoa da equipe para ficar junto com o voluntário, para substituí-lo, caso aconteça algum imprevisto.

Disse que naquele momento contava com uma voluntária que oferecia atividade de informática para pessoas da terceira idade. Uma outra ensinava crochê e tricô e outra, pintura em tecido. Em relação a esta última, disse que era uma pessoa que tinha a saúde muito frágil. Beatriz disse que se preocupava em encaminhar pacientes com comprometimento mental para esta oficina, pois acreditava que a monitora talvez não desse conta de lidar com esta complexidade.

Beatriz disse que as oficinas de artesanato, geralmente coordenadas por voluntários, acabam sendo ocupadas por pessoas da comunidade. As pessoas com algum tipo de transtorno mental não se sentem bem acolhidas em sua dificuldade nestas oficinas. A partir disto, Beatriz disse estar conversando sempre com as monitoras no sentido de mostrar que o produto decorrente da atividade não precisa necessariamente ter uma qualidade estética de venda. Sempre procura conversar sobre a questão da diferença do tempo que cada um tem para aprender. Relatou que os usuários dos serviços de saúde mental acabam se interessando pelas oficinas de música, rádio, culinária e informática. Lembrou que geralmente há oficinas de artesanato nos CAPS e que isto poderia explicar o não interesse dos pacientes pelas atividades de artesanato no Centro de Convivência.

Já estava chegando ao final da entrevista. Perguntei a Beatriz como foi resgatar sua história e falar sobre sua experiência. Ela disse que foi gratificante. Disse que resgatar a história é algo que ela fazia o tempo todo. Disse que vê o quanto é interessante olhar para sua trajetória e ver o quanto já fez de importante. Disse que costuma fazer isso com a equipe no sentido de mostrar a eles o quanto é interessante o que fazem, e mostrar que “estão fazendo história”.

Falei do quanto foi emocionante escutá-la já que ela falou de tudo aquilo demonstrando sua paixão por tudo que estava fazendo. De fato houve vários momentos de emoção em seu relato, principalmente ao falar dos inúmeros benefícios em termos de crescimento pessoal que a pessoa acabava tendo ao se inserir no Centro de Convivência.

Beatriz retornou novamente a sua história acadêmica. Falou que até o quarto ano de faculdade tinha interesse pela psicologia escolar. Nunca se sentiu atraída pela idéia de

exercer a clínica em consultório particular. No entanto, suas escolhas de estágio no quinto ano, afirmaram seu desejo pela área da saúde pública. Falou o quanto o aprimoramento em saúde pública foi importante para reafirmar sua escolha. Lembrou que assim que terminou o aprimoramento, foi fazer mestrado. Ainda que as discussões acadêmicas fossem interessantes, sentia que o prazer estava mesmo em trabalhar em serviços ligados à rede pública de saúde. A partir daí mandou vários currículos até que conseguiu seu primeiro emprego nesta área. Disse que o aprimoramento foi fundamental para ela passar no processo seletivo. Como eu também havia feito o aprimoramento, começamos a falar sobre como era estar nesta função e todas as dificuldades que tínhamos encontrado. A entrevista foi encerrada nesse momento. Agradei pela sua participação. Falei que ela poderia me procurar caso se lembrasse de mais alguma coisa relevante que pudesse acrescentar à pesquisa. Pedi sua permissão para procurá-la, caso houvesse alguma dúvida de minha parte sobre tudo o que havíamos conversado.

5- Relato da entrevista com Luana

Nosso encontro para a entrevista: uma conversa que de alguma forma já havia iniciado

Eu já havia visitado o Centro de Convivência onde Luana está inserida por conta de uma reunião que aconteceu lá em algum momento. Quando cheguei ao local, ainda estava fechado (O Espaço ainda não fica aberto o dia todo porque ainda não dispõe de uma equipe contratada para estar exclusivamente no local. Desse modo acaba ficando aberto principalmente nos horários das oficinas e de acordo com a disponibilidade dos voluntários). Sentei-me em um banco do lado de fora para descansar um pouco. Eu havia andado um bom pedaço a pé. O local era bastante agradável, havia muitas árvores que conferiam um ar fresco o que foi providencial para o calor que eu estava sentindo naquele momento.

Logo chegou uma voluntária para abrir o espaço. Começamos a conversar sobre o que ela fazia. Ela me disse que trabalhava como voluntária três vezes por semana em três serviços diferentes, um deles, era uma unidade de um hospital que trata de mulheres que estão fazendo radioterapia. Relatou que as mulheres vêm de outras cidades para se tratar e que muitas vezes ficam até uma semana no hospital. Disse que nesse hospital, ela ensinava artesanato e que percebia que a atividade ajudava as mulheres a melhorar. Falou também que está no Centro de Convivência há dois anos e que era muito prazeroso estar lá. Relatou que várias pessoas que chegam com diagnóstico de depressão acabam melhorando ao perceber que têm alguma habilidade, que podem produzir coisas. Começou a me mostrar alguns dos produtos que estas pessoas haviam feito. Disse também que acabava exercendo uma função de psicóloga às vezes pelo fato das pessoas desabafarem com ela ao longo da oficina. Disse que sentia muitas vezes, falta de conhecimento ou informação suficiente para lidar com algumas situações, no entanto, acreditava que oferecer sua escuta já era uma grande ajuda. Nossa conversa estava bastante prazerosa. Depois de uns dez minutos Luana chegou para entrevista, junto com uma outra voluntária de artesanato.

A entrevista

Enquanto Luana tomava um lanche, conversamos sobre uma reunião que tivemos na Prefeitura dois dias antes e das dificuldades que estávamos tendo ao lutar por melhorias em nossos Centros de Convivência. Falei então sobre a pesquisa; disse que eu não tinha nenhum roteiro de perguntas e que a intenção era ouvi-la livremente sobre sua experiência com projetos comunitários, incluindo o Centro de Convivência.

Luana disse que sua primeira experiência com Centro de Convivência foi quando se mudou para Campinas por conta do aprimoramento que fez na UNICAMP em 2005. Ela tinha o CAPS como campo de trabalho. Nessa instituição conheceu uma psicóloga que estava tentando, junto com a comunidade e outros setores da assistência, implementar um Centro de Convivência para a região (o local idealizado trata-se do Centro de Convivência no qual Daniela, segunda entrevistada desta pesquisa, está como coordenadora). Luana disse que ela, junto com outros profissionais e a associação de moradores de bairro, faziam reuniões para pensarem juntos em ações para aquele espaço. Chegaram a escrever projetos e enviar para empresas com a finalidade de conseguir verba para reforma. Quando Luana acabou o aprimoramento, a reforma ainda não havia acontecido. Isto só foi possível quando um Centro de Convivência que estava saindo do Hospital psiquiátrico mudou-se para essa casa e arcou

com as despesas da reforma. Luana disse que na época em que estava envolvida com a revitalização do espaço, ouvia de pessoas da comunidade várias histórias que diziam respeito ao significado que aquele local tinha para elas. O local havia sido um clube comunitário, onde as pessoas encontravam-se para namorar, fazer festas, etc. Era um local que representava parte importante da história das pessoas daquele bairro.

Luana disse que uma das questões que a tocou na época foi o fato dos pacientes ficarem muito dentro do CAPS. Sentia falta de atividades coletivas fora da instituição. Relatou que resolveu propor um grupo de dança no espaço comunitário, ainda que o mesmo apresentasse condições físicas precárias. Este grupo de dança era coordenado por um paciente do CAPS que foi professor de dança de salão, antes de desenvolver um quadro psicótico. Luana relatou que vários pacientes até mesmo de outros CAPS da cidade passaram a freqüentar o grupo de dança. Simultaneamente a este grupo, levava os pacientes do CAPS para conhecerem outros Centros de Convivência da cidade. Em um dos Centros de Convivência, chegou a gravar um CD em parceria com dois pacientes do CAPS. Voltando a falar do grupo de dança, Luana disse que foi também uma tentativa de aproximar os profissionais de diferentes CAPS de Campinas. Luana falou do quanto este contato mais próximo entre diversos CAPS é raro. A dança foi, o dispositivo para este encontro acontecer.

Luana disse que com o tempo o grupo foi perdendo adesão das pessoas que se queixavam pelas condições precárias da casa. Passaram então a fazer o grupo em um Centro de Convivência que funcionava dentro do hospital psiquiátrico. As pessoas que freqüentavam eram apenas pacientes que faziam tratamento em saúde mental. Levantei a questão do que tinha mobilizado Luana a sair do CAPS e fazer grupos fora da instituição. Ela disse que a própria equipe do CAPS se queixava do “inchaço” de pacientes dentro do CAPS, da grande demanda e do cansaço. Ao mesmo tempo faziam muitos atendimentos individuais e poucos grupos. Luana comentou que nem todo mundo tinha habilidade para o trabalho comunitário. Desta forma ela acabou assumindo esta tarefa.

Luana falou que sempre gostou de fazer acompanhamento terapêutico quando ainda estava na faculdade. Segundo ela, a questão do trabalho comunitário está “no sangue”. Segundo Luana, não é porque o profissional não está em uma sala de atendimento que não está fazendo clínica. Disse então que fazia questão de mostrar à equipe o efeito clínico do trabalho na comunidade. Ela atendia os pacientes individualmente e realizava grupos dentro do CAPS, mas era uma questão pessoal para ela mostrar que “havia vida lá fora”, para além do CAPS. Luana refletiu que é muito bom estar no CAPS, que é acolhedor e acolhedor, mas que há muita coisa interessante além dos muros institucionais. Lembrou que conseguia ingressos e ia com os pacientes ao teatro.

Voltando um pouco à questão de que o trabalho comunitário está “no sangue”, questionei Luana sobre em que sentido sua história havia lhe motivado a este outro tipo de trabalho. Ela me disse que sua formação foi muita responsável por isto. Relatou que fez estágio em saúde mental na área de psicologia social e não de psicologia clínica. Disse que tinham uma proposta de trabalhar com a inclusão dos pacientes no CAPS. Nesta instituição, ela coordenava uma oficina de artes plásticas. Isto implicava em sair, ir a exposições, fazer contatos com artistas para ministrar as oficinas, etc. Lembrou que dentro do departamento de psicologia clínica fez estágio com uma professora que acreditava muito na proposta do acompanhamento terapêutico (AT), que queria pensar a clínica a partir deste trabalho. Falou que esta professora entendia que a clínica se dava na relação, que extrapolava o *setting* do consultório. Luana relatou que nos seus estágios, teve experiência com AT, atendimentos em grupos e individuais, mas havia uma leitura muito mais aberta e questionadora para estas práticas. Ressaltou mais uma vez que sua formação ajudou então a pensar nesse trabalho fora da instituição e que passou a ser identificada pela equipe com este tipo de proposta. As pessoas no CAPS a viam como aquela que fazia grupo, que fazia AT, que tinha esta construção de trabalho para fora da instituição.

Perguntei se no CAPS onde ela fazia aprimoramento, era só ela e a psicóloga que estavam envolvidas com o trabalho fora da instituição ou se outros profissionais eram influenciados pela proposta. Ela disse que tinha muito apoio da equipe, que eles acreditavam que era uma forma interessante de inserção, mas que não iam junto.

Quando finalizou o aprimoramento, Luana relatou que foi contratada para trabalhar em outro CAPS em uma outra região da cidade. Disse que a equipe desse CAPS manifestava desejo por um Centro de Convivência para a aquela região. Luana explicou que nessa época existiam salas da FUMEC dentro do CAPS, no entanto, havia um desejo dos profissionais de que estas salas de aula acontecessem fora do local de tratamento. Esta mudança chegou a acontecer, mas não houve adesão dos pacientes ao novo local por vários motivos como: distância em relação ao CAPS; falta de transporte para levarem os pacientes até o local; o fato do acesso ao local oferecer riscos aos pacientes, visto que eles tinham que atravessar uma avenida com trânsito intenso de automóveis, etc.

Simultaneamente a este processo, Luana soube por uma psicóloga de um Centro de Saúde que havia um local onde seria possível alocar o projeto do Centro de Convivência incluindo as salas de aula da FUMEC. Neste local já aconteciam algumas atividades desenvolvidas por voluntários da comunidade. Luana levou esta proposta à equipe. As duas pessoas que antes eram referência para o projeto de Centro de Convivência no CAPS não se mostraram motivados em aumentar sua carga horária para se responsabilizar por esse projeto. Sugeriram então o nome de Luana para que ela ficasse de referência para o Centro de Convivência. Ela aceitou o desafio e foi liberada por dez horas semanais para articular as propostas de convivência. Relatou que começou a fazer assembléias com a população, reuniões com voluntários que já atuavam naquele local, até que foi possível efetivar a ida das salas de aula para lá. Luana disse que com a mudança as salas de aula tornaram-se mais heterogêneas; passaram a ser freqüentadas por senhoras de 70 anos que nunca foram alfabetizadas, pacientes do CAPS e funcionários do Centro de Saúde que fica próximo dali.

Explicou que quando ela chegou ao espaço, já funcionavam várias atividades que contavam com a presença de voluntários ligados a um Centro Espírita que estava alocado no mesmo terreno. Retomou nesse momento um pouco da história do local. Disse que em 2005, este Centro Espírita conseguiu se constituir em uma ONG; ganharam o terreno da prefeitura, mas tinham como contrapartida prestar serviço na área de saúde mental. Nesse período uma assistente social, também voluntária, começou a exercer o papel de coordenadora e articuladora de algumas ações nesse sentido. Algumas psicólogas que freqüentavam o Centro Espírita começaram a disponibilizar horas para atendimento individual e em grupo voluntariamente. Com o tempo o Centro Espírita construiu um outro salão para as atividades ligadas aos cultos e a casa foi cedida exclusivamente para o desenvolvimento de ações em saúde mental. Disse que a assistente social recorria ao Centro de Saúde próximo dali, para saber em que sentido a ONG poderia ajudar. Disse que o Centro de Saúde chegou a encaminhar vários pacientes para serem atendidos pelas psicólogas da ONG. Aos poucos, além dos atendimentos mais tradicionais dentro da área de psicologia, foram surgindo alguns grupos de artesanato desenvolvidos por voluntários.

Antes da entrada da FUMEC no local, Luana fez várias reuniões com as pessoas que lá estavam a fim de problematizar o que seria uma proposta de Centro de Convivência. Começou a questionar a questão dos encaminhamentos do Centro de Saúde a fim de demandar atendimentos psicoterápicos. Luana falou do quanto isso foi complicado e que a discussão ainda estava em processo. Relatou que naquele momento as psicólogas não ofereciam mais atendimentos individuais, mas havia ainda psicoterapia em grupo.

Perguntei a Luana qual era exatamente o seu papel no Centro de Convivência. Ela disse que ainda não conseguiu fazer nenhuma oficina. Sua função no início era propor reuniões para explicar a proposta do Centro de Convivência. Disse que ficava no papel de articuladora das ações junto com a assistente social voluntária. Além disso, disse que tem

participado dos Fóruns dos Centros de Convivência que são reuniões mensais compostas por representantes dos diversos Centros de Convivência de Campinas. Luana disse que a cada dia que passa sente que “tem mais lugar” lá dentro.

Relatou ainda que um outro papel é acompanhar as salas de aula da FUMEC no sentido de dar suporte à professora. Relatou que procura não entrar junto nas salas de aula porque os pacientes querem ficar conversando com ela sobre outros assuntos referentes ao tratamento. Ao tocar nesse trabalho da FUMEC, falou do quanto é rico para os pacientes. Disse que certa vez um paciente relatou o quanto era importante para ele sair na rua e entender o que estava escrito numa placa de trânsito.

Como Luana tocou nesta questão, perguntei a ela, que tipo de mudança ela percebia nos pacientes do CAPS quando eles vinham até o Centro de Convivência. Luana disse que no CAPS os pacientes acabam sendo influenciados pelos sintomas dos outros. Segundo ela, no CAPS eles podem ser “mais loucos, atiram objetos para longe, não cuidam do espaço”. Ponderou que, muitos destes comportamentos fazem parte da crise do sujeito e que era preciso acolher. No entanto disse que no Centro de Convivência os pacientes sentem que estão num outro espaço social; nunca fumam dentro do local, há um respeito maior em relação às regras sociais e ao próprio espaço.

Luana disse que no CAPS, os pacientes se sentem mais respeitados em sua diferença. Quando saem para rua ou outros espaços sociais, são estigmatizados. Por isso disse que seu papel dentro do Centro de Convivência é cuidar para que este respeito aconteça. Lembrou que ainda hoje, há alguns alunos que freqüentam a FUMEC que se queixam dos pacientes; alguns têm medo de que os pacientes batam ou machuquem alguém. Relatou que uma outra função que ela desempenha é acolher quem chega. No entanto não há uma proposta de acolhimento estruturada como em outros Centros de Convivência da cidade. Muitas vezes as pessoas chegam direto para as oficinas e este acolhimento se dá dentro do próprio grupo.

Nesse momento, Luana se lembrou de uma reportagem de jornal que foi feita sobre o espaço de convivência. Contou que precisava ter algo publicado no jornal para concorrer a um prêmio da Secretaria de Cultura e fizeram uma pequena reportagem. Após uma semana o jornal demonstrou interesse pelo projeto e publicou uma reportagem de uma página inteira. Luana foi procurar esta reportagem para me mostrar. Quando voltou com a reportagem, disse que se sentia muito motivada a escrever projetos com a finalidade de arrecadar verba para o Centro de Convivência.

Lembrando que no início da entrevista, Luana tocou no aspecto clínico dos projetos comunitários, perguntei se ela considerava este trabalho no Centro de Convivência como uma forma de clínica ou se ela denominaria de outra coisa. Luana deu uma grande risada e me disse que esta era uma questão que ela vinha trabalhando em análise pessoal, que era um tema de reflexão constante. Disse então que quando veio para Campinas, tinha a intenção de trabalhar em algo que pudesse unir a clínica e o trabalho social, pois nunca viu sentido nesta separação. Começou a refletir e questionar a confusão que se faz diante desta separação. Comentou que às vezes o fato de fornecer um benefício social a um paciente nem sempre garante melhoras de seu sofrimento mental, pelo contrário, pode até piorar. Segundo Luana, dar um lugar social ao paciente não garante uma melhora dos sintomas. Segundo ela, era a clínica que muitas vezes vinha somar neste sentido, que poderia responder o porque a pessoa não melhora quando lhe dão comida, auxílio-doença, etc. Perguntei se ela estava querendo dizer que às vezes procurava-se reduzir o clínico ao social e ela me disse que sim e ao mesmo tempo disse que a clínica não precisa se reduzir a ela própria, alimentando a pretensão de que se pode dar conta de tudo através da clínica. Relatou que não é possível acreditar que atender uma pessoa numa sala fechada dê conta da complexidade da vida dela. Disse, no entanto, que muitas vezes acaba acontecendo uma cisão entre as duas práticas, uma clínica e outra social. Perguntei se hoje ela via a

possibilidade de juntar estas duas áreas e ela disse que sim, que poderia existir uma clínica dentro do Centro de Convivência, mas não esta clínica tradicionalmente conhecida que significa em sua origem “o inclinar-se a beira do leito”. Luana, para explicar o tipo de clínica que estava querendo se referir, utilizou um conceito de um autor que ela não lembrou o nome naquele momento. Disse que é a clínica como “clinamen”. Segundo ela, esta expressão significa algo que tem a ver com “fazer desvios”, de “operar desvios na vida”. Não é a clínica que coloca o outro numa posição de passividade, onde um cura e outro é curado. Relatou que a partir desse outro sentido da clínica é possível pensar na clínica para além do apaziguamento de sintomas. Disse que era uma clínica que agia no sentido de promover mudanças mais amplas na vida da pessoa. Disse que acredita que o Centro de Convivência tem um papel fundamental neste sentido.

Nesse momento, lembrou-se de uma paciente que foi encaminhada pelo Centro de Saúde com sintomas de angústia e depressão. Segundo Luana, com a vinda ao Centro de Convivência, esta paciente conseguiu encontrar um lugar diferente para ela, e passou a se sentir valorizada. Luana disse que naquele momento essa pessoa tinha vários amigos e que ajudava no desenvolvimento das atividades como voluntária. Segundo Luana esta mulher passou a ter um reconhecimento das pessoas e passou a exercer um papel de protagonista; sentia-se apropriada do local, questionava, propunha mudanças. Luana disse que considera que ao mesmo tempo em que essa pessoa propõe intervenção para o espaço, o espaço também intervém na vida dela.

Falei para Luana que eu estava entendendo este desvio que ela estava se referindo no sentido de que ainda que a pessoa tivesse um sofrimento, era preciso olhar para a sua potencialidade. Ela confirmou esta idéia. Luana disse que isso é interessante, pois permite pensar não só em remissão de sintomas. Na verdade, é a vida da pessoa como um todo que se coloca em jogo. Falando ainda da mesma paciente, Luana disse que ela começou a questionar suas escolhas de vida na medida que se inseriu nas oficinas no Centro de Convivência. A partir destas descobertas, a paciente começou a pensar em mudar de profissão, descobriu que seu talento era para uma outra área de atuação profissional.

Luana falou que tem buscado, junto com os pacientes do CAPS, a construção de um outro lugar para eles no Centro de Convivência que não seja o de lugar de louco. Disse que tenta sempre enfatizar para os pacientes que nas salas de alfabetização da FUMEC, eles estão lá como alunos, que têm que cumprir uma tarefa; lá eles não estão como pacientes, eles têm um outro papel social. Comentou que estava trazendo para o Centro de Convivência uma oficina de artes plásticas que iniciou no CAPS que seria ministrada pelos próprios pacientes. Refletiu que quando esta oficina acontecer, eles estarão como artistas e professores e não como pacientes. Disse que o tratamento no CAPS às vezes chega ao seu limite, que é preciso mesmo avançar, sair da instituição. Por mais que promova grupos dentro do CAPS é sempre entre iguais; não é a vida real.

Comentei que talvez a vida real fosse mais parecida com o que acontece no Centro de Convivência. Luana concordou comigo, mas pontuou que a vida real para estes pacientes, é na verdade, muito mais dura, referindo-se ao grande preconceito que existe por parte da sociedade em relação às pessoas com transtorno mental. Refletiu que não é por acaso que muitas vezes, os pacientes têm receio em sair do CAPS, pois lá eles se sentem acolhidos em sua diferença. Lembrei de uma discussão que tivemos em uma das reuniões sobre Centros de Convivência em que alguém falou que ainda que existissem várias oficinas de artesanato em locais como salões de igreja, os pacientes que têm um transtorno mental não chegavam a ir porque não se sentiam bem acolhidos. Luana também se lembrou desta conversa e disse que tem tentado garantir este bom acolhimento dentro do Centro de Convivência. Neste sentido disse que tem conversado freqüentemente sobre isto como os voluntários e freqüentadores. Segundo ela tem sido um desafio, pois nem todos são solidários. Segundo Luana, estar no Centro de Convivência trabalhando a questão da

inclusão, implica em lutar por uma transformação cultural no que diz respeito à doença mental. Segundo ela, na medida que algumas pessoas são sensibilizadas, a idéia pode ir se multiplicando. Falou ainda que algumas voluntárias têm dificuldade em lidar com alguns pacientes. Neste sentido relatou que procurava exercer uma função de suporte, procurando orientar sobre algumas questões importantes para o cuidado. Comentou que também aprendia muito neste lugar. Falou que sentia como estranho o seu papel lá dentro. Tem consciência de que é alguém que está ali para ajudar a implementar ações, que tenta algumas articulações para que atividades aconteçam. Disse que não é monitora de nenhuma oficina, mas que está em todas as oficinas ao mesmo tempo. Comentou que às vezes fica pensando “O que estou fazendo aqui?” Mas sabe que seu papel é importante e que tem muita motivação a buscar verba para ajudar o espaço. Disse que se viesse verba para o Centro de Convivência, poderiam contratar pessoas que já estão lá como voluntárias.

Luana se lembrou que fez sua monografia na faculdade sobre Michael Foucault. Disse que ele fala da “estilística da existência” e que para ela esta idéia tinha tudo a ver com a clínica que estávamos conversando. Luana disse que Foucault chama atenção para o fato de que temos que produzir ou investir em modos de vida mais belos. Luana comentou que se um dia tivesse oportunidade de escrever algo para ser publicado, gostaria de teorizar sobre a prática do Centro de Convivência porque acredita que este lugar é capaz de investir em modos mais belos de viver. Segundo ela, a questão da arte faz com que as pessoas prestem mais atenção à beleza das coisas, na estética das produções. Disse que quando alguém faz uma toalha e aquilo fica bonito, significa que algo de bonito também existe na pessoa, que ela tem bom gosto.

Luana falou que o que fazemos no Centro de Convivência é estimular as pessoas a ver o que a vida tem de belo. Além disso, incentivamos a pessoa a descobrir sua potência, um dom que ela não tinha consciência. Segundo Luana, lá as pessoas podem ser consideradas como artistas e não como um paciente ou um “um doidinho”. Neste sentido, disse que o papel do profissional no Centro de Convivência, é questionar o outro sobre o que tem de beleza em sua existência. A clínica então poderia caminhar para isto, seria um dispositivo para que as pessoas encontrassem essa beleza. Luana falou ainda do quanto se identifica com a proposta do Centro de Convivência, que era o tipo de clínica que ela sempre pensou exercer. Luana disse que a cisão entre clínica e social existe em vários espaços. Comentou que no CAPS isto é explícito. Segundo Luana, os profissionais que são “do social” acreditam na inclusão, na reabilitação, na questão do retorno ao trabalho. Por outro lado àqueles que são “da clínica” acreditam na escuta como determinante para o tratamento. Comentei que eu percebia que Centro de Convivência permitia a existência destas duas propostas ao mesmo tempo, pois havia escuta e um olhar clínico para as situações, ao mesmo tempo em que se acreditava na inclusão social. Luana concordou e disse que não acredita na possibilidade de fazer clínica sem levar em conta o social. Refletiu que não havia como levar tudo pela via somente do social ou da clínica.

Comentei que isso era uma questão que me fazia refletir constantemente, mas que estava em aberto e que minha pesquisa vinha tentar encontrar possíveis respostas a essa questão. Disse que ao longo do processo de pesquisar, eu estava cada vez mais me convencendo de que um trabalho comunitário poderia sim ser clínico, que trazia efeitos terapêuticos. Falei que naquele momento eu tinha a noção de que não deixava de ser psicóloga porque desenvolvia um trabalho dentro do Centro de Convivência. Luana concordou comigo; disse que era possível ser psicólogo dentro do Centro de Convivência, mas que era uma atuação bem diferente. Falou do quanto o profissional tem que estar disponível para conversar sobre toalhas, brinquedos, bola, planta, etc. Neste sentido, falei para ela que eu sentia que nos colocávamos muito como pessoas dentro do Centro de Convivência, e nos desvestíamos do papel de psicólogo tradicionalmente conhecido. Havia uma relação de horizontalidade. Luana concordou comigo e se lembrou de um texto onde a

autora dizia da importância de não se colocar numa posição vertical frente ao outro e se desvestir da idéia de que somos profissionais que sabemos o que as pessoas têm e que temos o que eles precisam. Nesse sentido, Luana, refletiu que precisamos nos colocar ao lado das pessoas para construir coisas em conjunto.

Como estava chegando ao final da entrevista, perguntei como tinha sido para ela falar sobre tudo aquilo no momento. Luana me disse que tinha sido importante, pois não falava sobre isto com muitas pessoas. Além disso, segundo ela, são poucos profissionais que estão envolvidos com a questão dos Centros de Convivência em Campinas. Disse que falar permitia organizar as idéias. Lembrou-se do quanto as reuniões do Fórum sobre Centros de Convivência são importantes. Relatou que sente que aprende muito com os outros profissionais que estão envolvidos com esse tipo de projeto há mais tempo. Luana falou ainda de que antes pensava que não podia se falar de clínica dentro Centro de Convivência, que isto soava como “um pecado”. Na medida que foi participando das reuniões sobre Centro de Convivência viu que falar em clínica dentro destes espaços fazia muito sentido. Falou o quanto se sente “a caçula da turma”, já que começou a se envolver com a proposta do Centro de Convivência recentemente. Comentou ainda sobre as psicólogas que ainda realizam psicoterapia dentro do Centro de Convivência. Em relação a isso, disse que tem tentado não implicar com o que elas fazem, mas ao mesmo tempo tenta mostrar que um outro tipo de proposta pode ser possível. Luana disse que gostaria que as psicólogas se apaixonassem pelo projeto tanto quanto ela. Relatou que naquele momento o espaço contava com oficinas de artesanato, cinema, brinquedoteca e um grupo de Terapia Comunitária. Havia também proposta de oficina de artes plásticas para o próximo ano. Falou que dez horas de sua carga horária, estava sendo insuficiente para articular todas estas ações e por conta disso não havia assumido nenhum grupo específico. Relatou que tinha optado naquele momento por estar numa posição de apoio.

Falei o quanto foi rico escutá-la. Comentei que ela havia tocado em questões muito importantes e dito coisas que eu não havia escutado até então. Falei também que talvez a conversa não esgotasse sua experiência, mas que como tudo precisava ter um fim, que estaríamos terminando por ali. Perguntei se eu poderia procurá-la caso surgisse alguma dúvida e ela concordou. Falei que ela poderia também me procurar caso quisesse acrescentar alguma coisa.

6- Relato da entrevista com Pedro

Nosso encontro para a entrevista

No dia em que cheguei ao local de trabalho de Pedro para a entrevista, ele estava ocupado, realizando um acolhimento com pessoa que havia sido encaminhada pelo CAPS da região para realizar oficinas. Ele acabou tendo que fazer esta entrevista porque a coordenadora do local estava em outra reunião e só havia ele de profissional de referência para fazer aquilo naquele momento.

Enquanto aguardava, tive curiosidade em ler alguns informes que estavam no mural na sala de espera. Lá estavam especificadas algumas oficinas que aconteciam ali: culinária; papel; mosaico, sabonete, tecido e bijuteria. Além de informes sobre o local havia outros em relação a questões relacionadas à saúde como dengue e doenças sexualmente transmissíveis. Havia ainda horários de atividades de lazer que aconteciam no Centro de Saúde próximo dali. Chamou-me atenção esses informes que apontavam de alguma forma para estreita parceria entre alguns serviços da saúde da região. Veio a idéia de que as atividades não se esgotavam ali; os pacientes poderiam buscar alternativas de cuidado à saúde e de lazer em outros espaços no território.

Além disso, me chamou atenção a leveza do lugar. Havia um certo silêncio. Talvez esse silêncio tenha me chamado atenção pelo fato do Centro de Saúde onde eu estava naquele momento como profissional, era um eterno alvoroço, sem muitos momentos de calma. E lá não. Era tão silencioso. Só se ouvia uma música de fundo; a rádio tocava MPB. O tempo em que fiquei na sala de espera deu tempo para conversar com as pessoas que ali estavam, ler o mural, ir a até a cozinha, beber água e anotar uma série de coisas que eu ia observando como significativas do local. Houve um momento que comecei ficar ansiosa para o início da entrevista. A conversa que Pedro estava tendo com a mulher foi um tanto longa; talvez tenha durado quase uma hora. Saindo da sala, ele ainda foi apresentar o espaço para ela. Após ter apresentado o local, finalmente entramos na sala para iniciar nossa entrevista.

A Entrevista

Conversamos inicialmente sobre um Congresso de Saúde Mental no qual ele havia estado há poucos dias. Fiz algumas perguntas sobre o local e as atividades. Perguntei se só freqüentavam adultos e ele disse que sim, mesmo porque, por se tratarem de oficinas de trabalho, pelo ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), crianças não poderiam participar, já que se configuraria como trabalho. Perguntei também se as oficinas que aconteciam eram aquelas especificadas no mural. Ele disse que sim e falou quais eram: culinária, mosaico, sabonetes, costura e uma oficina que era realizada a partir de materiais reciclados, jornal, etc. Disse que todas essas oficinas eram destinadas a geração de renda.

Falei que eu já havia ouvido que no início da implantação do projeto, o objetivo era desenvolver atividades de geração de renda, mas também visando a convivência. Pedro se lembrou de um outro Centro de Conveniência de Campinas que aloca estas duas propostas ao mesmo tempo e elogiou dizendo que era muito interessante agregar num mesmo espaço as duas propostas: geração de renda e convivência. Segundo ele é muito interessante o convívio entre pacientes com transtorno mental e pessoas da comunidade. Pedro lembrou que lá onde ele estava não havia somente pacientes usuários dos serviços de saúde mental. Disse que aos poucos estavam conseguindo inserir pessoas que vinham encaminhadas pelo

Centro de Saúde e também aquelas que não vinham encaminhadas de nenhuma instituição. Pedro falou que dentro de algumas oficinas conviviam pacientes e não pacientes e que isto era interessante, pois muitas vezes o limite era dado, não pelo profissional que coordenava a oficina, para sim pelas próprias pessoas que ali estavam. Disse que aquelas pessoas que não têm nenhum transtorno mental, vão dando dados de realidade para quem está necessitando disso naquele momento. Segundo ele, dar limites, acaba tendo um efeito terapêutico.

Assinamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e falei sobre a pesquisa. Disse que a intenção era que ele me falasse livremente sobre sua experiência com trabalhos comunitários. Conteí ainda que eu havia entrevistado várias pessoas ligadas à Centro de Convivência e que seria interessante para mim ouvir uma experiência de alguém que estava envolvido com um outro tipo de projeto, embora de alguma forma, interligado aos objetivos do Centro de Convivência. Disse o quanto era difícil encontrar pessoas para participar da pesquisa que estão trabalhando em projetos de geração de renda, mesmo porque a maioria dos profissionais que estão envolvidos com essa proposta são terapeutas ocupacionais. Pedro concordou comigo e disse que quando foi contratado para coordenar a oficina de culinária, foi questionado sobre o porquê um psicólogo estaria envolvido com este tipo de projeto.

Falou que quando estava na Universidade, os estágios em saúde mental eram voltados para CAPS ou Centros de Saúde e que o pilar eram sempre as oficinas terapêuticas e o trabalho fora da instituição. Pedro disse que muitos dos psicólogos que conheceu em Campinas, não têm este tipo de formação. Disse que onde está atualmente só tem ele de psicólogo na equipe. O Espaço conta com duas terapeutas ocupacionais, sendo que um delas é a coordenadora; uma pedagoga e duas monitoras de oficinas.

Continuando a falar de sua formação, relatou que na graduação discutia muito sobre a clínica ampliada; se questionava se somente a clínica tradicional poderia ser denominada de clínica psicológica ou se havia outras ações que também poderiam ser consideradas como clínica. Relatou que teve oportunidade de fazer estágios em áreas que não eram do campo da clínica. Lembrou que na Universidade tinha três departamentos: psicologia clínica; psicologia experimental e do trabalho; e psicologia evolutiva, social e escolar. Para a formação, ele tinha que fazer estágio em dois destes três departamentos e ele acabou escolhendo os dois últimos. O estágio que desenvolveu dentro da psicologia experimental e do trabalho foi dentro de um núcleo chamado “Núcleo de formação e apoio ao desenvolvimento de cooperativas populares”. Disse que hoje esse é um projeto bastante difundido em várias Universidades e que atualmente é denominado de “Incubadora tecnológica de cooperativas populares”. Neste estágio ele oferecia um apoio a uma cooperativa de catadores de materiais reciclados. Pedro disse que sempre se questionava se a atividade que estava desenvolvendo era clínica, se o que estava fazendo era uma atividade de psicólogo. Relatou que acompanhava reuniões do grupo de pessoas que compunham a cooperativa e também participava da rotina de trabalho dos trabalhadores. A intenção era pensar junto com o grupo sobre a atividade e a forma como eles a desenvolviam. Problematicavam os rumos da cooperativa e o que poderiam fazer para melhorar o processo de produção.

O outro estágio que fez dentro da psicologia social era desenvolvido dentro de um CAPS. Ele trabalhava a partir de oficinas terapêuticas. Lembrou que chegou a se envolver com uma oficina de jornal e em outra atividade onde propunha passeios com os pacientes a vários lugares da cidade. Pedro disse que a cidade onde fazia o estágio era bastante pequena e que a maioria das pessoas que estavam no CAPS não deveriam na verdade estar ali. Poderiam estar sendo tratadas em Centros de Saúde ou mesmo participar de oficinas em Centros de Convivência, no entanto, não havia estes recursos no município. Lembrou também que o município oferecia poucos empregos. Muitos pacientes que estavam

no CAPS eram pessoas que tinham trabalhado na lavoura e que perderam seus contratos de trabalho; não tinham nenhuma garantia de direitos trabalhistas. O sofrimento psíquico decorria muitas vezes dessa situação. Às vezes a pessoa tinha algum tipo de reação agressiva e era encaminhada ao CAPS. Segundo Pedro, faltava uma proposta de atividades de visasse à geração de renda. Disse que chegava a problematizar isso dentro do estágio, mas não chegou a presenciar nenhum tipo de mudança muito efetiva na época. Segundo ele faltava incentivo político. Disse que é diferente quando se trabalha em municípios como Campinas onde há incentivo para que este tipo de proposta se efetive. Lembrou que em Campinas, o início dos Centros de Convivência e projetos de geração de renda decorreu de esforços de profissionais que foram aos poucos destinando carga horária para esses projetos e a partir daí implantando a idéia de um outro tipo de atenção à saúde mental. Disse que o surgimento do local onde estava aconteceu dessa a forma: os profissionais que estavam inseridos em CAPS começaram a disponibilizar horas de trabalho para desenvolver atividades de geração de renda e convivência fora da instituição.

Lembrei que eu conhecia a proposta mesmo antes de estar formalizada como um espaço específico de geração de renda. As atividades aconteciam em outro local dentro no mesmo bairro em uma outra casa bem menor do que a atual. Pedro disse que a existência do local, conforme está hoje existe há um ano. Relatou que no início da implantação do projeto, o local não ficava aberto o dia todo, apenas nos horários que aconteciam oficinas. Não havia uma equipe permanente para o espaço. Até então, muitas atividades eram desenvolvidas em parceria com estagiários de uma Universidade próxima dali. Disse que até hoje, mesmo com uma equipe de trabalho fixa, os estágios ainda acontecem.

Pedro voltou a falar de sua formação. Relatou que quando terminou a graduação, se mudou para Campinas e fez aprimoramento em saúde mental na área da saúde coletiva. Disse que o aprimoramento era desenvolvido em Centro de Saúde. Segundo ele, o interessante do aprimoramento no Centro de Saúde era a oportunidade de desenvolver atividades externas, além dos atendimentos individuais e em grupo dentro da Unidade de Saúde. Falou que chegou a fazer grupos para pacientes dependentes de álcool e grupos de orientação sexual para adolescentes nas escolas do bairro. Disse que dentro das atividades, sempre enfatizava a importância da geração de renda.

Voltando para sua experiência na graduação, relatou que quando fazia estágio em CAPS, fez parte de uma associação de usuários, familiares e amigos da saúde mental e fizeram uma parceria com uma ONG que trabalhava com projetos relacionados à cultura. Dentro deste projeto ele oferecia apoio para o desenvolvimento das atividades; participava da discussão em relação às políticas públicas, etc. O projeto decorrente dessa parceria tinha vários eixos e um deles era trabalhar com a questão da cultura em lugares onde as pessoas tinham pouco acesso a esse tipo de atividade. Disse que faziam apresentação de espetáculos e depois havia um espaço para reflexão. Lembrou-se também da oficina de velas e sabonetes que iniciou no CAPS e que ele participava. Disse que esta oficina foi aos poucos se tornando uma cooperativa e passaram a vender os produtos em uma feira livre da cidade. Pedro disse que esse tipo de projeto começou a tomar consistência a partir do convênio do Ministério da Saúde com a Secretaria Nacional de Economia Solidária. Foi criada uma portaria que regulamenta o incentivo de projetos de geração de renda com usuários da saúde mental. Pedro disse que, ao participar da associação de usuários, familiares e amigos da saúde mental, conseguiu escrever um projeto ao Ministério da Saúde e receberam a verba que foi investida nas oficinas de geração de renda do CAPS (Neste momento fomos interrompidos por uma pessoa, participante de uma das oficinas. Pedro conversou rapidamente com ela e voltamos a entrevista).

Quando retomamos a conversa, falei a ele que tinha chamado minha atenção o fato dele escolher o Centro de Saúde para desenvolver trabalhos que fossem externos à Unidade. Pedro falou que no aprimoramento, ainda que fizesse atividades externas, também

realizava muitos atendimentos individuais. Ele também se interessava por esse tipo de experiência; lembrou que era importante o suporte da Universidade para supervisão dos casos. Pedro disse que o Centro de Saúde onde fazia o aprimoramento era bem próximo a um Centro de Convivência. Ele não chegou a desenvolver nenhuma atividade nesse espaço, mas sempre estimulava os pacientes que atendia no Centro de Saúde a frequentarem atividades no Centro de Convivência. Chegava algumas vezes a acompanhar os pacientes até o local, considerando que isto era também uma estratégia clínica. Tinha consciência de que a clínica individual poderia dar conta de algumas necessidades do sujeito, mas outros lugares como o Centro de Convivência poderiam dar conta de outras demandas que a clínica individual não dava. Falou que, no Centro de Saúde, a maioria das pessoas que chegava para atendimento tinha um sofrimento psíquico, no entanto tinha questões que não eram somente da ordem individual ou subjetiva. Disse que o Centro de Saúde no qual ele fez o aprimoramento está localizado em uma área de risco social, há poucos recursos de convivência e lazer, além da miséria, violência, exposição ao tráfico de drogas etc. Segundo Pedro, toda essa condição faz com que as pessoas adoçam. Disse então que se questionava muito sobre a questão do acolhimento a todas as pessoas que chegavam com queixa de sofrimento, pois percebia que eram muitos casos e se fosse fazer uma psicoterapia tradicional não daria conta dessa demanda. Relatou que fazia muitos atendimentos quinzenais e procurava não denominar o que estava fazendo como psicoterapia. Por outro lado, segundo ele, era possível ser efetivo fazendo alguns atendimentos pontuais e que ao mesmo tempo tentava, na medida do possível, buscar outros lugares da comunidade para estimular os pacientes a se inserirem em outras atividades para além da área da saúde.

Continuando o relato de sua trajetória, Pedro começou a falar de como se inseriu no local onde está atualmente. Disse que participou de um processo seletivo no final do aprimoramento e passou. Ficou por um tempo, no espaço e ao mesmo tempo encerrando as atividades do aprimoramento no Centro de Saúde. Quando finalizou as atividades do aprimoramento foi definitivamente para o espaço de geração de renda. Disse que até então, nunca tinha trabalhado com culinária. Quando entrou na oficina, ficou impressionado positivamente com a autonomia que o grupo tinha.

Perguntei qual era exatamente sua função dentro da oficina. Segundo Pedro, a função que ele exercia dentro da oficina era diferente da época que ele oferecia apoio à cooperativa de materiais reciclados no estágio da Universidade. No estágio, o objetivo era apoiar as pessoas e pensar junto com elas sobre a atividade que estava sendo desenvolvida. Pensavam, por exemplo, em como agregar valor ao que estava sendo desenvolvido. Lembrou que em um determinado momento, as pessoas da cooperativa trouxeram a necessidade de separar os reciclados em categorias, como por exemplo: garrafas transparentes de garrafas verdes, já que procedendo assim, o pagamento pelos materiais seria maior. Relatou que na oficina de culinária, seu papel vai além de pensar o processo de produção. Diz que ele exerce a função de facilitador e de suporte. Para exemplificar isso, disse que às vezes um sujeito está na oficina há dois anos, mas quando se depara com uma tarefa, verbaliza que não sabe como fazer, quando na verdade ele sabe. Quando acontece esse tipo de coisa, ele vai estimulando o paciente a se lembrar de quais ingredientes vão precisar, o que ele vai ter que fazer primeiro, etc. É nesse sentido que ele vê sua função de suporte. Pedro disse que é responsável também por alertar quanto aos cuidados com segurança na cozinha.

Disse ainda que às vezes precisa se inserir na atividade para fazer junto com o paciente que esteja com alguma dificuldade no momento. Pedro disse que muitos pacientes que passam pelas atividades vieram de várias internações psiquiátricas e por instituições tutelares onde muitas vezes não há uma auto-responsabilidade pelo tratamento. Refletiu que algumas instituições acabam fazendo a atividade pelo paciente ao invés de apostar que ele

pode fazer sozinho. Pedro disse, que tenta romper com esta lógica tutelar. Segundo ele, quando um paciente diz “eu não sei fazer”, ele responde “então vamos fazer junto”. Pedro disse que como muitas vezes há várias encomendas com prazos para a oficina, ele se vê algumas vezes fazendo pelo paciente, no entanto, sabe que não deveria agir desta forma. Segundo Pedro, por mais dificuldade que o paciente tenha, ele tem que fazer o que é possível dentro do seu limite.

Falei a ele que eu havia entendido que a maior diferença entre o seu papel dentro da cooperativa de reciclados e dentro da oficina de culinária, é que nessa segunda ele precisava algumas vezes se inserir de fato na atividade para auxiliar as pessoas. Pedro disse que não há como não se inserir, pois às vezes, se o profissional não está, algo acaba “desandando”. Disse que o processo de produção dentro da oficina de culinária é minucioso e a importância do profissional dentro da atividade vem no sentido de dar um direcionamento para o processo de trabalho como, por exemplo, ajudar a dividir as tarefas.

Pedro disse que tenta trabalhar promovendo a autonomia. Muitas vezes ele problematiza junto com o grupo o que podem fazer, quem vai se comprometer com o que, etc. Disse que quando trabalhava na cooperativa, sabia que mesmo se ele não estivesse presente, a atividade ia acontecer. No caso na culinária, ele precisa estar mais presente.

Perguntei se ele estava presente apenas na culinária ou se fazia parte de outras oficinas. Ele respondeu que foi contratado exclusivamente para coordenar a oficina de culinária. Explicou-me que a oficina acontece todos os dias e que tem cerca de 14 pessoas, sendo que o máximo que a oficina comporta são 15 participantes. Disse que há algumas pessoas que são mais engajadas e que sustentam mais a atividade e outras que oscilam na frequência. Pedro falou que tudo que é produzido é comercializado e parte do lucro é revertida para os participantes. As outras oficinas do local recebem toda matéria-prima da prefeitura, mas a culinária não. Disse que sempre é preciso ter um dinheiro em caixa para compra de ingredientes e embalagens, por exemplo.

Pedro explicou como é feita a divisão do lucro. Disse que todo final de mês há retirada de dinheiro. A divisão do lucro é feita através do número de horas dedicadas à oficina. É atribuído um valor à hora trabalhada. Se o sujeito trabalhou, por exemplo, 30 horas no mês, este número de horas é multiplicado pelo valor da hora. Esta divisão é feita junto com os participantes das oficinas. Disse que há uma escala para participarem das feiras livres, mas que não é obrigatório ir. No entanto, quem vai às feiras acaba recebendo mais, pois acaba tendo mais horas trabalhadas.

Perguntei qual era o critério para as pessoas entrarem na oficina. Ele explicou que as pessoas passam por uma entrevista e uma avaliação. Ele sempre procura deixar claro que o que fazem não é uma aula. Disse que quando ele avalia que uma atividade no Centro de Convivência poderia corresponder melhor às necessidades da pessoa, ele faz o encaminhamento. Disse que procura explicar na entrevista que os horários da oficina de geração de renda são mais sistemáticos e tenta pensar junto com a pessoa se ela terá condições de se inserir em uma atividade que exige essa disponibilidade.

Pedro falou que as oficinas acabam tendo uma proposta que vai ao encontro das propostas da clínica ampliada. Vê o quanto esse tipo de atividade mais sistemática, pode dar uma referência de cotidiano para algumas pessoas. Além da referência de cotidiano, Pedro considera que nas oficinas os pacientes acabam tendo a oportunidade de aprender questões em relação ao cuidado com higiene e segurança. Falou também que as pessoas aprendem a dividir tarefas. Quem tiver mais facilidade com vendas, vai se dedicar mais isto. Se a pessoa resolver ir para feiras vai também aprendendo a maneira de se relacionar com os clientes (Nesse momento fomos interrompidos por outro usuário que foi se despedir de Pedro).

Para exemplificar o que ele estava dizendo antes, Pedro falou desse paciente que tem grande facilidade com vendas, mas que não gosta que as pessoas o abordem. Ele prefere abordar as pessoas. No início ele dizia que não gostava de ir às feiras, mas na

verdade era uma dificuldade de lidar com pessoas que o abordavam. Gradativamente foram inserindo esse paciente nas feiras e ao mesmo tempo avaliando sua participação. Pedro disse que esse tipo de ação faz com que o paciente vá desenvolvendo aos poucos a capacidade de interagir com outras pessoas.

Disse que no momento da entrevista há que ter um olhar clínico para perceber se a pessoa não está muito fragilizada de modo que não dê conta de uma atividade sistematizada. Muitas vezes, a pessoa acaba se inserindo na oficina, no entanto, no cotidiano, vai dando sinais de que não está dando certo sua permanência naquele tipo de atividade; acaba faltando muito, por exemplo. Disse então que, muitas vezes, eles inserem a pessoa na atividade e ao longo do tempo, vão fazendo uma avaliação conjunta para saber se está trazendo ganhos para ela, se aquilo corresponde ao que ela necessita naquele momento. Segundo ele, a própria pessoa acaba verbalizando que aquele tipo de oficina não é adequado para ela naquele momento.

Falei para Pedro que eu percebia que de certa forma as oficinas de trabalho tinham algo de terapêutico. Ele concordou comigo e disse que lá eles pensam a atividade como intermediária das relações. Disse que muitas vezes eles sentam com o paciente e conversam sobre alguma dificuldade que eventualmente ele possa estar tendo. No entanto o fato de existir a atividade faz com que o paciente repense uma série de coisas. Para exemplificar o que ele estava querendo me dizer, lembrou de um paciente que certa vez entrou em crise psicótica. Disse que a equipe optou por manter o paciente na atividade. Pedro disse que ele tinha uma agitação, mas conseguia se envolver com a tarefa proposta. Enquanto o paciente estava entretido com a atividade, dava conta de ter limite. A atividade dava um “contorno” para ele naquele momento, permitia com que ele conseguisse se organizar. Isso era estruturante para a vida da pessoa naquele momento, de acordo com Pedro.

Pedro lembrou de um outro rapaz que tem um déficit cognitivo e uma significativa dificuldade de compreensão. Disse que quando este paciente entrou na oficina, ele causava uma certa agitação no grupo. Segundo Pedro ele era bastante “teatral”: ria, cantarolava. Isso causava um certo incômodo nos outros pacientes. Pedro conversou com ele e explicou que lá ele tinha momento para brincar e momento para trabalhar; que era preciso que ele se concentrasse na atividade, pois caso contrário, poderia acabar se machucando com uma faca ou se queimando. Disse que aos poucos ele foi conseguindo se inserir na atividade e isso foi bastante estruturante para ele. Pedro relatou que conseguiram inserir esse paciente em uma oficina de teatro e que ele estava gostando muito. Lembrou que quando esse paciente ia às feiras, ficava muito agitado. As outras pessoas achavam que ele estava em crise. A equipe conversava muito com ele, explicando que lá ele estava num contexto diferenciado e que tinha que se adaptar a algumas normas sociais. Pedro disse que no começo, ele chegava muito chateado, falava que não queria ir mais à feira. A equipe foi acolhendo sua dificuldade e explicando como ele deveria se comportar. Com o tempo ele acabou se adaptando e hoje tem uma noção mais global da atividade. Pedro disse então que aos poucos esse paciente foi tomando partido, foi se impondo mais. Segundo Pedro, tudo isso é o efeito terapêutico da oficina de geração de renda.

Lembrou ainda de uma outra paciente que também entrou em crise. Ela estava prestes a conseguir vaga em uma das oficinas de trabalho (NOT) do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Pedro disse que aquilo era algo muito importante para ela; estava esperando por esta vaga há dois anos. Relatou que a equipe optou por ir aos poucos fazendo uma ponte entre os dois serviços enquanto a paciente ia se estruturando. A paciente ficava alguns dias da semana no local das oficinas de geração de renda e alguns dias no Cândido Ferreira. Aos poucos, na medida que foi melhorando, conseguiu finalmente ser inserida nas oficinas de trabalho do Cândido Ferreira. Hoje ela vem ao espaço de geração de renda apenas para visitar.

Pedro falou que pensa na clínica ampliada a partir dessa atividade. Acredita na importância de otimizar recursos para promover uma ação clínica ou terapêutica. O fato de a atividade ser intermediadora das relações é algo que tem efeito terapêutico, segundo ele. Disse que ainda que a pessoa esteja em crise, há um trabalho a ser feito, pois muitas vezes há encomendas para a oficina. Desta forma, o paciente vai ter que dar conta de fazer a atividade de algum modo.

Perguntei a Pedro se havia alguma experiência de alguém, que a partir das oficinas, conseguiu se inserir no mercado de trabalho. Pedro lembrou da própria monitora do espaço, que antes era paciente e chegou a ser contratada como monitora. Além dessa pessoa, se lembrou de uma mulher que também chegou como paciente e foi contratada como zeladora. Recordou-se ainda de uma paciente que conseguiu emprego como faxineira, mas que depois entrou em crise novamente. Pedro falou da importância de oferecer estímulo e suporte a essas pessoas que estão indo para o mercado de trabalho. Falou o quanto há estímulo para que as pessoas não fiquem somente nas oficinas, que consigam prestar seleções e ir para o mercado de trabalho. Pedro disse que percebe que em muitos casos, a oficina é importante para a retomada do trabalho formal.

Segundo ele, o maior problema é que vivemos numa realidade social difícil. Muitas vezes, não significa que o paciente não esteja apto para o trabalho, mas a questão do emprego está mesmo muito difícil para todos. Lembrou de um paciente que já foi cobrador de ônibus. Disse que ele distribuiu vários currículos, fez várias entrevistas, mas não havia conseguido emprego ainda. Pedro disse que acredita que a atividade acaba tendo uma proposta clínica e política, pois faz o sujeito compreender o universo no qual ele está inserido.

Um outro aspecto da oficina é que na medida que o sujeito se apropria da atividade, acaba entendendo melhor o processo de produção, acaba desenvolvendo mais a autonomia. Segundo Pedro, muitas vezes, as pessoas vêm de trabalhos onde tinham um patrão que lhes dava ordens. Por isto Pedro entende que a dificuldade do paciente em exercer sua autonomia dentro da oficina se deve muitas vezes, não ao fato dele ter um transtorno mental, mas pelo fato dele não ter o hábito de tomar decisões. Disse que às vezes ao questionar os participantes sobre o que fazer, eles dizem: "Não sei, você é quem sabe". Pedro disse que aos poucos eles vão se apropriando, vão conseguindo se colocar mais e percebem que a opinião deles é relevante. Pedro disse que provavelmente este processo de decisão seja diferente dentro de empresas onde, muitas vezes, a participação e opinião do funcionário sobre o processo de trabalho não é levada em conta.

Pedro disse que percebe que a atividade acaba tendo um caráter político no sentido de problematizar com os pacientes esse outro lugar onde ele está inserido. Disse que percebe que o movimento de autonomia que vai acontecendo dentro da oficina acaba trazendo benefícios em outros contextos do paciente como a família e outros espaços sociais.

Pedro disse o quanto é interessante trabalhar nas oficinas pensando no sentido terapêutico, político e de cidadania. Pedro falou que trabalham a partir dos princípios da economia solidária como auto-gestão, cidadania, solidariedade e responsabilidade social. Pedro falou que acredita que a partir deste projeto é possível ir além da clínica *stricto sensu*. Trabalha com o sentido da atividade na vida da pessoa e como ela pode, através da atividade, se re-inserir na sociedade. Disse que acredita que no futuro estes grupos que acontecem dentro do espaço, possam tornar-se cooperativas de trabalho.

Falou então do papel do psicólogo dentro de todo esse processo. Disse que era uma questão que antes o preocupava bastante. No entanto foi tomando consciência de que o fato de termos conhecido a clínica de uma maneira dentro da formação, não quer dizer que ela se restrinja somente a um espaço de consultório. Começou a ver que a clínica pode acontecer em lugares diferenciados. Perguntei então se ele se denomina como psicólogo

clínico dentro do espaço de geração de renda. Ele disse que fosse pensar num psicólogo clínico, conforme a clínica tradicional, ele não poderia se denominar de psicólogo clínico. No entanto se for pensar dentro de uma outra perspectiva de clínica, ele considera que sim. Pedro falou da separação entre a ação clínica e social que existe ainda hoje. Segundo ele essa cisão vem já desde a formação, pois as pessoas têm que optar por uma área ou outra. No entanto, esta cisão não existe em sua prática.

Disse que tinham supervisão clínica no espaço. Refletiu que essa experiência era interessante, pois problematizavam em muitos momentos a angústia de trabalhar com atividades que geram recurso financeiro mínimo, visto que o lucro decorrente da atividade é insuficiente para o sujeito sobreviver. No entanto, Pedro disse que é preciso ter consciência de que a oficina não deve ser a principal atividade do sujeito. Falou que a partir das supervisões foi possível pensar nas oficinas de geração no sentido de modificação da vida do sujeito.

Como estávamos chegando ao final da entrevista, perguntei se ele gostaria de acrescentar mais alguma coisa e ele disse que não. Falei que ele poderia me procurar caso se lembrasse de algo que não falou na entrevista. Falei que talvez eu poderia lhe procurar novamente caso houvesse ainda alguma dúvida.

Perguntei a Pedro como foi a entrevista para ele. Pedro disse que sempre precisa de momentos de reflexão. Na Universidade conseguia problematizar mais algumas questões e vê o quanto isso lhe faz falta. No entanto, consegue hoje discutir algumas questões em reuniões com a equipe e em supervisão. Disse que a entrevista foi importante, pois na medida que foi pensando em algumas questões foi tendo que refletir sobre sua ação e viu o quanto isto foi positivo, pois tentou colocar em palavras, de alguma maneira, aquilo que ele estava vivenciando. Agradei pela sua disponibilidade em falar comigo naquele momento. Falei o quanto foi rico ouvi-lo contar sobre sua experiência sob o ponto de vista da geração de renda.

Anexo III: Exemplo de como foi conduzida a análise do relato dos depoimentos

Análise do relato do depoimento de Daniela

(Os trechos em negrito dizem respeito a compreensão psicológica a partir das unidades temáticas presentes ao longo do depoimento)

Iniciei a entrevista pedindo para que ela me falasse livremente sobre seu envolvimento com este tipo de projeto mais comunitário. Daniela iniciou dizendo que “fazemos nossas escolhas profissionais a cada dia, toda vez que levantamos e vamos trabalhar”. Entendi esta sua fala como algo parecido com uma aposta que se faz a cada dia num determinado tipo de proposta. Identifiquei-me muito com esta reflexão, pois senti que de certa forma eu também fazia esta aposta todos os dias ao me levantar e ir para o Centro de Saúde. Era algo como: “É isso que eu quero” ou “Isso pode dar certo”. Pensando sobre a questão do seu envolvimento com trabalhos comunitários, Daniela disse que começou a se interessar por essa forma de trabalho antes mesmo se graduar. Quando estava na faculdade fez parte de um projeto que tinha como objetivo oferecer a população ações culturais, lazer, esporte, etc. Trabalhava nesse projeto como voluntária junto com outros alunos de psicologia e psicólogos. Disse que essa vivência lhe permitiu um olhar diferenciado do que significava ser psicólogo.

Daniela sente o seu trabalho como uma aposta que ela faz a cada dia, aposta esta que começou já na Universidade, na medida que ela, sentiu necessidade de desenvolver atividades comunitárias ligadas à arte e outras produções culturais, acreditando que isto seria um fazer possível do psicólogo.

Assim que se formou foi trabalhar em um hospital psiquiátrico que ainda funcionava dentro de uma lógica manicomial. Logo depois foi trabalhar em outro hospital psiquiátrico e ficou atuando na área de recursos humanos. A partir dessa segunda inserção profissional, relatou que contribuiu para a formação de uma sala de aula de FUMEC (Fundação Municipal para Educação Comunitária) para funcionários deste hospital. Os pacientes começaram a se mostrar também interessados e foram acolhidos nas salas de aula. Aos poucos, Daniela começou a perceber que seria importante deslocar a sala de aula para um local fora do ambiente de trabalho e conseqüentemente fora do local de tratamento dos pacientes. Daniela iniciou conversas com pessoas ligadas a FUMEC para pensarem juntos num lugar onde pudesse agregar diversos cursos, onde a população pudesse relacionar-se com os pacientes de uma outra forma, para além da doença psiquiátrica. Foi assim que surgiu a proposta de um primeiro Centro de Convivência para a região, fora do hospital.

Ainda que no início de sua carreira vá trabalhar em hospital psiquiátrico, há nela uma lógica de um trabalho mais ampliado. Trabalhando no RH, pensa em oferecer algo que seja útil em termos de autonomia tanto para funcionários como para usuários. Mas algo que seja fora do hospital, que não se confunda com a noção de doença.

Daniela contou que neste período o hospital também estava vivendo um processo de desmontagem das alas de internação psiquiátrica, inspirado pelo movimento da reforma psiquiátrica e pelos ideais luta antimanicomial. Foram criadas muitas residências terapêuticas na época, segundo ela. Relatou que nesse mesmo período houve o fechamento de uma das piores alas do hospital, onde ficavam os “loucos especiais”, se referindo àqueles que eram mais agressivos. A partir de então houve um movimento dos trabalhadores junto com os pacientes para pensarem o que aconteceria naquele espaço. Relatou que os pacientes manifestavam seus desejos dizendo que aquele espaço poderia se transformar em um “clube”. A partir desta idéia foi criada uma proposta que foi denominada de “clube dos saberes”. A intenção era possibilitar encontros entre quem gostaria de ensinar algo,

transmitir um saber e quem gostaria de aprender. Daniela explicou que dessa forma, sugeriram duas propostas de convivência. Uma que já acontecia fora do hospital psiquiátrico, a partir de salas de aula em parceria com a FUMEC e o clube dos saberes, ainda dentro do Hospital. Em relação a esse segundo Centro de Convivência, lembrou de um paciente que tinha diagnóstico de esquizofrenia e que tinha como interesse ministrar um curso de massagem. Relatou que a equipe o ajudou a montar o curso e houve pessoas interessadas em participar. Essa foi uma experiência interessante para aquele sujeito que pode passar de uma condição de paciente para professor.

Após participar da desmontagem de leitos psiquiátricos dentro do hospital no qual ela estava inserida, Daniela passou a acreditar e investir num projeto inovador para dentro das antigas alas de internação: O clube dos saberes. Via e até hoje vê neste tipo de proposta a possibilidade de desenvolvimento de uma maior autonomia dos pacientes, que podiam se deslocar de um lugar de paciente para o lugar de sujeito capaz de ensinar algo para outros.

Aos poucos foram percebendo a importância de alguém que pudesse gerenciar o “clube dos saberes”. Uma pessoa, que havia saído da gerência do hospital-dia, foi convidada a exercer esta função. Aos poucos foi se formando uma equipe de trabalho para aquele espaço. Daniela gerenciava o espaço fora na instituição psiquiátrica e participava junto com outras pessoas da proposta do clube dos saberes.

Percebe o quanto foi importante a chegada de uma pessoa para gerenciar as ações do centro de Convivência. Foi possível formar uma equipe de trabalho a partir daí.

Em 1999, a partir da montagem de um CAPS, decidiu fazer parte da equipe de trabalho do mesmo e ficou lá por quatro anos. Relatou que mesmo quando estava no CAPS, tinha algumas saídas para fora da instituição. Ensinava dança do ventre no Centro de Convivência. Conseguiu fazer contato com a FUMEC para abertura de uma sala de aula dentro do CAPS. Daniela refletiu sobre a importância da parceria com a FUMEC já que esta carrega como objetivo lidar de forma diferente com a diversidade humana, o que vem somar esforços para o cuidado com pacientes com maior vulnerabilidade do ponto de vista do sofrimento mental.

Num determinado momento de sua vida, ainda que acreditando no trabalho dentro Centro de Convivência, lembra-se do quanto se sentiu motivada com a proposta de trabalho dentro de um CAPS a ponto de sair do Centro de Convivência e decidir investir sua energia neste projeto que era até então pioneiro na cidade de Campinas. No entanto, ainda que desenvolvesse o trabalho em CAPS, sempre esteve ligada a projetos que permitissem uma clínica ampliada. Mesmo no CAPS, sentia a necessidade de ter algumas saídas fora desta Instituição, a partir da dança do ventre, que passou a desenvolver dentro de um Centro de Convivência. Além disto, abriu a possibilidade de um trabalho da FUMEC dentro do CAPS. Enfim, para ela a clínica não se resume em tratamento clínico. A alfabetização, a convivência social e o envolvimento com uma atividade de dança, por exemplo, trazem efeitos terapêuticos.

Daniela voltou a falar nesse momento de quando entrou para trabalhar no CAPS recém-constituído. Relatou que no início “foi mágico”. Fizeram levantamento de expectativas, “tudo era cuidado, os pacientes iam chegando aos poucos”. Segundo Daniela, de repente aquilo tudo que era mágico foi se tornando uma dinâmica de trabalho difícil, se referindo à complexidade de se lidar com a crise psicótica o tempo todo. Lembrou desse período no CAPS para contrapor ao segundo momento onde ela volta para o Centro de Convivência (o antigo clube dos saberes).

Ao se recordar de sua inserção no CAPS, Daniela lembra do quanto de aposta se fez para este espaço, era “tudo mágico”. No entanto, o dia-a-dia do espaço acabou mostrando uma dinâmica de cuidado muito intensa, no sentido de ter que estar sempre pronta a lidar com a crise dos pacientes o tempo todo. Traz esta recordação

para fazer uma comparação a uma outra dinâmica, completamente diferente, dentro do Centro de Convivência.

Disse que na primeira reunião no Centro de Convivência, embaixo de uma árvore, perguntou para a equipe se não era necessário um rodízio entre eles para cuidar das pessoas nas oficinas. Disse que todos riram e disseram para ela se acalmar, pois ali as pessoas tinham autonomia. Daniela ressaltou esta experiência para explicar que no Centro de Convivência não é preciso ter um olhar “vigiador”, que tudo pode ser mais tranquilo. Embora a crise aconteça, tudo é tratado com mais tranquilidade. Segundo ela, “os profissionais têm mais tempo para respirar”. Perguntei a ela o porquê ela considerava o Centro de Convivência como um lugar mais respirável. Ela me respondeu dizendo que era o fato de não existir várias pessoas com comprometimento mental grave no mesmo momento demandando uma atenção especial. Disse que a velocidade das demandas do CAPS e a complexidade das respostas que os profissionais tinham que dar eram muito maiores. Disse que quando há alguém com maior comprometimento ou sofrimento no Centro de Convivência que necessite de uma atenção maior, é possível disponibilizar mais tempo para dar atenção a essa pessoa sem que o restante do grupo paralise a atividade dentro da oficina.

Sente que uma das maiores potencialidades do Centro de Convivência é o tempo maior que os profissionais têm para lidarem com as demandas. Não estão alocados ali apenas pacientes em crise; não é necessária uma tutela. As pessoas que ali estão tem autonomia. Isto permite um respiro maior, no sentido de um alívio, uma tranquilidade que não é possível de existir num CAPS, por exemplo.

Daniela falou nesse momento sobre a transformação possível a partir das ações nos Centros de Convivência. Relatou que os pacientes identificam aquele espaço como uma outra possibilidade de relação social. Ela disse que percebe que há uma mudança de comportamento de como eles se relacionam socialmente no Centro de Convivência e como se relacionam dentro do CAPS. Segundo Daniela, o entorno faz uma grande diferença. Os pacientes são afetados pela vida social. Falei para Daniela que eu também percebia esta transformação no Centro de Convivência onde eu estava. Lembrei de uma pessoa que estava em psicoterapia comigo no Centro de Saúde. Quando a paciente ia para Centro de Convivência ela se transformava, ria, falava das suas diversas internações, mas trazia isso de uma forma muito mais leve do que nos atendimentos individuais. Daniela lembrou que alguns pacientes freqüentadores do CAPS fazem a barba para irem ao Centro de Convivência o que não acontece se eles ficarem restritos ao ambiente do CAPS.

Sente que há uma clara diferença no comportamento dos pacientes quando os mesmos saem do CAPS para freqüentar o Centro de Convivência. A vida social acaba exercendo um efeito clínico na vida destes pacientes que passam a se ter um maior autocuidado o que não acontece se ficarem apenas no CAPS.

Daniela falou também que os grupos do Centro de Convivência permitem acolher muitas pessoas que padecem de solidão. Segundo ela, às vezes as pessoas não se vinculam tanto à atividade em si, mas ao grupo de pessoas que participam das oficinas. Muitas vezes a troca de receitas de bolo ou a troca de experiências de vida, permite a diminuição das tristezas do dia-a-dia. Lembrou das conversas que aconteciam durante as atividades de artesanato e algumas falas como: “Larga mão disso” (referindo-se às queixas em torno do sofrimento), “Ora para Deus” ou “A gente tem que se cuidar”. Segundo Daniela, essas conversas por si só já eram terapêuticas. Além disso, a partir dos encontros no grupo, havia possibilidade de combinar atividades para fora daquele espaço.

Daniela sente o quanto o Centro de Convivência permite diminuir a solidão, as tristezas do dia-a-dia. A troca de experiências no grupo permite uma identificação com o aspecto sadio da pessoa e não necessariamente com sua doença. Vê o quanto são significativas as conversas que acontecem nas atividades, no sentido de estimular o

outro a se cuidar, a ter mais fé para superar o sofrimento: Há aí uma sabedoria popular que permite o cuidado do outro.

Perguntei a Daniela se ela sentia diferença entre o Espaço onde ela estava naquele momento em relação ao outro espaço onde era o Centro de Convivência antigamente. Daniela disse que quando estava no outro espaço, ela e a equipe tentaram várias estratégias para não tornar um espaço só de saúde mental, mas que não tiveram êxito, já que por estarem dentro de um antigo hospital psiquiátrico, o Centro de Convivência tinha uma identificação grande com a questão da loucura. Os usuários eram preferencialmente pacientes com transtorno psicótico ou em tratamento para dependência química em Unidades de atendimento ambulatorial e de internação que funcionam também dentro do Hospital.

Daniela relatou que um dia fez uma roda de conversa com os pacientes informando sobre a saída do Centro de Convivência de lá. Muitos não gostaram da mudança, alegando que naquele espaço eles tinham liberdade para serem eles mesmos, sem ficarem preocupados com que o outro iria pensar. Daniela relatou que dentro do grupo existia uma convivência saudável, combinavam programas para fora do espaço. Segundo Daniela aquilo tinha um efeito social interessante, mas era “entre iguais”. Neste sentido, disse que foi preciso um trabalho com os usuários a respeito da mudança, mas mesmo assim muitos não quiseram vir para o espaço atual. Disse que muitos pacientes que não se adequaram à mudança acabaram tendo outras saídas. Daniela refletiu que talvez a idéia de mudança tenha impulsionado os pacientes a encontrarem outras soluções de vida. Relatou que um deles montou um brechó de roupas usadas dentro da própria casa e começou a ganhar dinheiro com isto.

Daniela também lembrou ainda que no outro espaço havia uma certa proteção e tutela que não existia mais no Centro de Convivência atual. Refleti junto com Daniela que talvez eles tivessem um espaço mais protegido quando estavam dentro do hospital, no entanto aquilo não significava a vida real, não permitia uma verdadeira inclusão social e ela concordou comigo.

Daniela acredita e sempre acreditou que o centro de Convivência não é apenas um espaço para usuários de serviços de saúde mental. Neste sentido, quando o Centro de Convivência ainda estava dentro do Hospital, buscava várias estratégias para trazer a comunidade para participar. No entanto percebia um preconceito desta comunidade em relação ao hospital. A alternativa então foi levar os pacientes para dentro da comunidade, mudança esta que não agradou muitos. Daniela lembra-se do quanto foi difícil para alguns pacientes aceitarem a mudança de local, já que se sentiam mais protegidos dentro do antigo espaço. Por outro lado, acredita que a mudança impulsionou muitos a procurarem alternativas de atividades e projetos de vida. Sente que a mudança permitiu movimentação de vida.

Daniela falou que ainda percebe o quanto é difícil para os pacientes que fazem tratamento no CAPS chegarem até este novo espaço. Disse que muitas vezes eles vão, mas acompanhados dos profissionais do CAPS. Daniela disse que percebe que é preciso uma certa “costura” para estes pacientes chegarem, pois ainda são poucos os que chegam por conta própria.

Sente o quanto é difícil ainda para alguns pacientes que tem um maior comprometimento em termos de saúde mental, chegarem sozinhos no Centro de Convivência. É preciso muitas vezes que um profissional vá junto, que faça ainda uma certa tutela, ou seja, que a passagem de um âmbito estritamente clínico para um âmbito de clínica ampliada, não é automático.

Daniela falou ainda do quanto era gostoso estar nesse espaço de convivência, pois perceberia que ali não havia diferenciação entre as pessoas; todos podiam participar das oficinas: crianças, mulheres da comunidade, pacientes usuários dos serviços de saúde

mental, etc. Disse que ela mesma usufruiu de várias atividades do Centro de Convivência como massagem, curso de arborismo etc. Falou que o interessante era o fato do lugar não ser freqüentado apenas por uma facção da sociedade, havia uma diversidade humana grande. O único critério para participar de uma atividade era identificar-se com ela. Daniela refletiu que existem vários grupos de artesanato em vários outros locais da cidade, no entanto o que fazia com que as pessoas escolhessem ir ao Centro de Convivência era o fato de se identificarem com a proposta e de se sentirem bem acolhidos pelo monitor da oficina ou pelas pessoas que freqüentavam as oficinas.

Um aspecto que lhe chama atenção nos Centros de Convivência é o fato de permitir uma convivência sem barreiras, seja de classe social, gênero, idade etc. Vê que é um espaço onde todos podem usufruir das atividades oferecidas. Ressalta também da importância do acolhimento que existe nos Centros de Convivência que faz com que as pessoas se sintam atraídas pelo local.

Voltou a falar que a convivência entre usuários da saúde mental e comunidade era muito mais possível no espaço atual do que no espaço do hospital psiquiátrico, já que antes havia uma clara identificação do espaço com doença mental. Disse que no Centro de Convivência atual é possível desenvolver uma saúde mental mais ampliada. É possível, segundo ela, diminuir o preconceito, considerando que no espaço anterior as pessoas da comunidade não iam até o hospital psiquiátrico talvez por medo de serem confundidos com os doentes mentais. Daniela relatou que hoje o trabalho é muito mais respirável, pois coexistem várias pessoas e não só pacientes em sofrimento mental. Isto permite, segundo ela, uma escuta mais tranqüila, acaso alguém venha precisar de uma atenção especial.

Sente o quanto foi interessante sair do Hospital psiquiátrico, já que a comunidade de um modo geral tinha um certo preconceito de ir ao Centro de Convivência e talvez serem confundidos com pacientes. Considera que o fato de existir hoje uma presença mais atuante da comunidade torna o espaço mais respirável, já que nem todos que estão lá, são pessoas que estão em sofrimento. Isto torna o clima menos pesado.

Concordei com ela e comentei que percebia que no Centro de Convivência havia um ar diferente. Daniela disse que a leveza era potência do espaço. A leveza significava poder respirar e conversar com calma sobre as coisas. Falou da possibilidade que o espaço dava para poder tomar um café, parar para dar risada, de poder aprender e resgatar habilidades. Falou do quanto os grupos são interessantes, pois sempre tem alguém passando uma receita, ensinando um ponto novo de crochê. Sempre há algo que mobiliza nas pessoas o desejo de participar. Daniela disse então que o Centro de Convivência tem esta função de dar um respiro para a saúde mental, tanto para os usuários como para funcionários. Falou da importância dos profissionais dos CAPS virem com os pacientes para esse outro espaço, já que há comentários por parte das pessoas de que isto é importante para os pacientes. Daniela refletiu que se deslocar era importante também para os próprios profissionais do CAPS.

Segundo Daniela, a leveza presente nas relações dentro do Centro de Convivência é exatamente o que faz com este espaço seja potente para o cuidado em saúde mental. Há a possibilidade de pensar e fazer as coisas de um modo mais tranqüilo. A troca, a aprendizagem, a descoberta ou resgate de habilidades: Tudo isto faz do Centro de Convivência um espaço de respiro para os pacientes e para os funcionários que podem se olhar de uma forma que vá além do que é doentio.

Daniela começou naquele momento sobre a falta de um referencial teórico para sua prática e da necessidade que ela sentia de buscar em outras áreas do saber, subsídios para sua atividade. Daniela falou da psicologia comunitária como uma área de conhecimento capaz de abarcar o que ela fazia. Falou ainda sobre a questão da arte que sempre foi muito importante para ela, desde o início de sua formação e que contribuía para pensar sua ação dentro do Centro de Convivência.

Perguntei a ela se ela achava que existia algo de clínico em tudo isto. Levantei esta questão lembrando de entrevistas anteriores onde uma questão sempre levantada era que embora as pessoas estivessem em espaços comunitários, ainda assim tinham um olhar clínico. Senti que Daniela ficou um pouco desconsertada com a minha questão, já que segundo ela, a clínica psicanalítica tradicional não dava subsídios para prática do Centro de Convivência. Por outro lado, Daniela se questionou que outro tipo de teoria poderia sustentar sua prática. Disse que isto era uma questão que a angustiava muito, que estava lhe tirando o sono.

Daniela sente que há um tipo de clínica no Centro de Convivência, mas falta um referencial teórico que dê subsídios a esta prática. Isto a angustia muito, pois sente hoje falta de um chão onde ela possa ancorar sua prática, ainda que busque interlocuções com outras áreas do saber. Percebe então a necessidade de buscar em outras áreas dentro da própria psicologia ou mesmo fora dela, esta sustentação. Levanta algumas possibilidades como a psicologia comunitária e o campo das artes.

Por outro lado, ela disse que era possível realizar uma clínica no Centro de Convivência, mas que não era uma clínica voltada para a doença ou para a cura. Segundo ela, “é a clínica que olha e escuta as peculiaridades de cada um no seu processo de interlocução com o outro, de como cada um acaba se restabelecendo na relação com o outro, sendo que este outro pode ser uma pessoa ou uma atividade”.

Daniela, ao refletir sobre a clínica que faz no Centro de Convivência, acredita que é uma clínica que se faz a partir das relações com o outro. Ou seja, os espaços de relação social é que fazem a diferença entre o espaço de convivência e as relações que acontecem dentro do consultório. A relação a qual Daniela se refere são as interações que se dão do dia-a-dia, sem nenhum papel profissional estabelecido. São relações genuínas, descomprometidas com o sentido terapêutico. Também considera que a relação pode acontecer não só entre pessoas, mas também entre a pessoa e uma atividade.

Daniela passou a falar nesse momento do papel do técnico ou monitor da oficina, no sentindo de que estimular no outro o desejo de criação. No entanto, segundo ela, não era só estimular a criação, a liberdade de expressão, mas também colocar o sujeito em contato com o que ele criou para que ele mesmo se deslocasse de um lugar de criador para ocupar um lugar de apreciador, de crítico. Segundo Daniela, este movimento permitia sair de um automatismo da atividade.

Daniela acredita que utilizar a arte como dispositivo não deve se confundir com um automatismo da atividade, por exemplo, pintar uma tela somente para se manter ocupado. O mais importante para ela é colocar o sujeito em contato com o que ele produziu para que ele possa a partir daí, emitir críticas, atribuir significados, etc.

Daniela falou também da importância de sustentar algumas peculiaridades difíceis de algumas pessoas que têm um alto comprometimento em termos de saúde mental, para que o trabalho todo não desande. Ela passou a falar nesse momento dos voluntários que são monitores de oficinas e que às vezes acabam adotando uma didática diferente do que o Centro de Convivência acredita. Falou que algumas voluntárias consertam o trabalho do outro, consertam o erro. Disse que muitas pessoas gostam disto, ou seja, gostam que um outro vá e conserte o que ele fez de errado. Por outro lado, Daniela disse que o Centro de Convivência vai por um outro caminho que é o da liberdade de expressão, de acolher as diferentes estéticas. Disse que lidar com isto estava sendo um problema, porque embora alguns aceitassem, outros não gostavam que consertassem seu trabalho. Por outro lado, Daniela disse que o Centro de Convivência tem uma outra proposta que é permitir a liberdade de expressão, de acolher as diferentes estéticas.

Sente também o quanto é importante saber lidar com peculiaridades de algumas pessoas com maior comprometimento mental: Há que ter uma delicadeza e uma

sensibilidade por parte do monitor, neste sentido. Para sustentar que este movimento seja possível, ou seja, de estimular no outro sua capacidade de crítica frente a expressão, ela percebe a necessidade de ter pessoas preparadas para lidar com as diferenças e mesmo com as limitações dos outros. Neste sentido, ela se preocupa com a questão do voluntário que acaba ocupando muito a posição de professor que diz que há um certo e um errado. Se o objetivo é estimular a livre expressão, como fazer se eles, ao corrigirem ou censurarem, inibem o potencial criador? Por outro lado sente o quanto muitos se identificam com esta didática, pois precisam que um outro lhes diga o que está certo, o que precisa ser consertado.

Relatou que com quem faz parte da equipe de trabalho do Centro de Convivência é possível uma conversa mais aberta sobre essa questão, já que fazia parte do cotidiano da equipe fazerem roda de conversa para discutirem questões do processo de trabalho. Reflete sempre sobre a importância de respeitar a estética que o outro traz e ir aos poucos apresentando outras estéticas possíveis

Daniela vê o quanto é importante o respeito pelas diferentes formas de expressão e que é a partir daí que se encontra a possibilidade de diálogo e de trocas com outras formas de expressão ou de saber. Este respeito pelas diferentes estéticas e outras questões referentes ao processo de trabalho são possíveis de serem discutidas em rodas de conversa dentro do Centro de Convivência.

Disse que na equipe essa questão era bem aceita, no entanto, segunda ela era difícil convencer os voluntários. Relatou que é um trabalho de ir “pelas beiradas”, pois a questão do respeito às singularidades e das diferentes estéticas deveria fazer sentido para o voluntário. Por isso disse que vai procurando conversar, mas sem impor. A única questão que ela sentia necessidade de deixar bastante claro era a importância de oferecer acolhimento a quem quer que viesse ao espaço manifestando desejo por alguma oficina. Daniela lembrou de uma voluntária que certa vez a questionou sobre a vinda de pessoas ao espaço que tinham um poder aquisitivo maior, alegando que essas pessoas tinham possibilidade de fazer cursos em outros locais. Daniela conversou com ela que a filosofia do Espaço era acolher a todos, não fazer distinção de quem era pobre ou rico, de quem tinha maior ou menor sofrimento psíquico.

Sente uma dificuldade maior de conversar com os voluntários a respeito de certas atitudes ou modo de pensar que não condiz com a filosofia do Centro de Convivência. Percebe a importância de conversar de uma maneira sem se impor. Acredita que a filosofia do Centro de Convivência deve ser algo que faça sentido ao voluntário e não algo imposto como norma de trabalho. A única coisa que faz questão de deixar claro é importância de acolher a todos e oferecer um bom acolhimento a quem chega no local. Faz questão de explicitar que não há restrições de classe social, gênero, idade, etc. para participar do Centro de Convivência.

Quanto às propostas de atividades, disse que quem dá o parâmetro é conselho gestor e a equipe. Quando um voluntário manifesta desejo de desenvolver uma oficina que lhe parece um pouco estranha, ela leva para a equipe. Relatou uma situação em que um voluntário queria desenvolver uma palestra que propunha coisas malucas como não dormir, comer somente coisas que caíam das árvores, comer luz; não podiam beber água, etc; e isto não foi permitido pela equipe. Então, segundo ela, quando chegam propostas como essa, eles acabam barrando.

Sente que é importante ter parâmetros do que cabe enquanto proposta de trabalho dentro do Espaço. Para isto conta com o apoio da equipe para decidir quais atividades estão em consonância com os objetivos do Centro de Convivência e as que não estão.

Após este relato, houve um pequeno silêncio. Daniela me questionou se ela havia falado demais. Perguntei se ela ainda tinha algo a falar e ela me perguntou se eu gostaria que ela falasse algo a respeito da clínica. Disse a ela que não precisava ser

necessariamente sobre isto. Disse a ela que a questão da clínica vinha sim me mobilizando, mesmo por conta das análises de outras entrevistas que de certa forma, apontavam para uma clínica dentro do Centro de Convivência. Daniela disse que esta prática poderia ser nomeada de várias formas, dependendo das áreas de conhecimento onde o profissional está inserido. Lembrou de Paulo Freire que fala do sujeito encontrar seu lugar no mundo a partir da sua própria letra, que a pessoa possa estabelecer uma visão do mundo mais crítica. Do ponto de vista da saúde, Daniela, disse que o que era peculiar no Centro de Convivência era a possibilidade de inserir pessoas que tem maior comprometimento e menos autonomia. Refletiu que na medida que a pessoa tem um amparo profissional para suportar certas situações, vai lidando melhor com situações semelhantes em sua vida social.

Acredita que a prática dentro dos Centros de Convivência pode ser nomeada sob vários ângulos, dependendo da área onde o profissional está inserido. Toma como exemplo a pedagogia de Paulo Freire na área da educação e a ideologia de que na medida que o sujeito se aproxima de si próprio, dos significados de seu fazer, caminha rumo a um empoderamento. Do ponto de vista da saúde, Daniela vê este empoderamento como autonomia, sendo que o papel do técnico é dar suporte e estimular esta a autonomia para que aos poucos as pessoas se sintam fortalecidas para outras relações sociais.

Lembrou novamente que existem vários lugares que têm atividades culturais, esportivas, etc. no município, mas que não há pessoas preparadas para dar um suporte a um usuário da saúde mental com um grau de comprometimento maior. Segundo Daniela, a exclusão poderia se dar por um mal acolhimento e por isso a importância do Centro de Convivência. Refletimos que neste sentido, nos Centros de Convivência parecia existir um cuidado maior e que ele acabava representando uma transição para estes outros lugares menos protegidos da cidade.

Sente que a diferença entre os Centros de Convivência e outros espaços sociais e de convivência da cidade, está na capacidade que o primeiro tem de dar um suporte para situações peculiares dentro da saúde mental. O Centro de Convivência conta com pessoas preparadas para serem continentes a algumas situações e pessoas. Percebe o quanto o bom acolhimento faz a diferença e que se caso isto não aconteça pode-se dar a exclusão. A partir desse acolhimento, deste suporte, o usuário da saúde mental pode aos poucos se sentir mais seguro para frequentar os outros espaços sociais, menos protegidos.

Daniela referiu que uma das missões do Centro de Convivência é ser um espaço onde as pessoas possam pertencer, mas a partir dele, pertencer a outros lugares sociais. Lembrou que a partir dos grupos dentro do Centro de Convivência, as pessoas combinavam passeios para outros espaços sociais da cidade.

Daniela sente o que Centro de Convivência pode ser como uma matriz para as pessoas. De lá têm a possibilidade de se inserir em outros espaços sociais e culturais. Neste sentido o Centro de Convivência seria um agenciador de convívios.

Daniela disse ainda que no Centro de Convivência há menos um afã de querer curar as pessoas. Relatou que acredita que temos que nos esvaziar do intuito de querer tratar as pessoas, porque senão acabamos medicalizando nosso olhar.

Segundo ela, no Centro de Convivência as pessoas precisam se despir do olhar do tratamento, do querer curar o outro.

A entrevista parecia estar chegando no final e comentei o quanto foram profundas as questões que ela havia levantado. Daniela disse que seria possível abrir várias questões a partir dos Centros de Convivência. Ressaltou que é um projeto muito novo e que várias reflexões ainda precisam ser feitas. Lembrou da questão da intersectorialidade dentro do espaço e da importância de ter alguém que coordene as diversas ações.

Acredita que, por ser o Centro de Convivência uma proposta ainda recente, muitas questões ainda precisam estar esclarecidas. Aponta para a importância da intersectorialidade e para o estabelecimento de diretrizes políticas para todos os Centros de Convivência.

Comentei que ela parecia estar feliz neste outro espaço. Daniela disse que o processo de mudança não foi fácil, porque ninguém gosta de mudar. Segundo ela, sempre surgem as incertezas. Disse que foi uma crise. No dia da mudança a equipe estava tensa, brigavam mais, parecia que “estavam no olho do furacão”. Relatou que foi um dia árduo e cheio de mal-entendidos. Por outro lado, após um tempo foram colhendo retornos positivos da mudança e começaram a se maravilhar com o espaço. Lembrou que em uma supervisão institucional, o supervisor perguntou como a equipe estava sentindo a mudança de local. Lembrou que uma pessoa relatou o quanto ela estava encantada ao ver que era possível presenciar relações que talvez nunca acontecessem no outro local. Esta pessoa falou da possibilidade de realizar oficinas que acolhiam ao mesmo tempo, crianças, adolescentes, idosos, usuários da saúde mental, todos juntos, numa mesma atividade, em uma convivência tranqüila.

Ainda que tenha vivenciado um momento difícil no período de mudança do local, devido a uma certa resistência e insegurança da equipe em mudar, atualmente, tanto ela como a equipe, percebem retornos muitos positivos, como a participação maior da comunidade dentro do espaço. Vê que a diversidade permite uma convivência mais rica entre os diferentes.

Daniela lembrou que logo após a mudança, uma senhora que mora na frente do Centro de Convivência trouxe um vasinho de flores para enfeitar o espaço. Outras pessoas iam se oferecendo para ajudar. Com o passar do tempo, a equipe foi se convencendo de que a mudança foi a melhor escolha.

Sente que houve um bom acolhimento e solidariedade das pessoas comunidade no momento em que se mudaram para este novo local.

Daniela lembrou ainda que uma questão que angustiou muito a equipe no início da mudança foi o fato de que não havia nenhum alambrado cercando os limites da sede do Centro de Convivência. Isto permitia que traficantes utilizassem os arredores da casa para venderem drogas. Aos poucos a equipe foi conseguindo apoio da população e a partir de uma assembléia, conseguiram, enfim, colocar o alambrado. Os traficantes também começaram a respeitar o trabalho e não ocuparam mais o espaço do Centro de Convivência, deixando a equipe mais tranqüila.

Embora tenha havido um momento inicial de insegurança na equipe por conta do uso que os traficantes faziam dos arredores do Centro de Convivência, hoje se sentem mais seguros e percebem que há apoio, respeito e valorização por parte da população em relação ao trabalho que estão desenvolvendo.

Daniela disse que já estavam lá há quase um ano e que ela mudou radicalmente sua idéia de intersectorialidade, de clínica, de projeto comunitário. Falou que sente uma mudança para melhor. Relatou que no outro espaço, havia pouca participação das pessoas, a comunidade não chegava. Disse que na última Conferência Municipal de Saúde, a idéia dos Centros de Convivência estarem dentro dos bairros ficou muito forte para ela. Disse também que onde eles estavam antes, já havia um outro Centro de Convivência que já era bem freqüentado pela comunidade. Portanto não haveria motivo para continuar com dois Centros de Convivência no mesmo território. Ressaltou que um outro ganho foi terem se mudado para próximo do CAPS o que permitiu maior acesso aos usuários deste serviço para o Centro de Convivência.

Daniela acredita que o que fortaleceu sua decisão de mudar foi ter participado da Conferência Municipal de Saúde, onde se decide alguns rumos políticos para o cuidado da saúde. Nesta Conferência sentiu-se tocada pela idéia dos Centros de

Convivência estarem inseridos nas comunidades. Percebe que esta mudança foi um ganho em dois sentidos: além de estarem inseridos dentro de uma comunidade, estão também próximos a um CAPS, o que possibilita um acesso maior dos usuários deste serviço ao Centro de Convivência.

Falei para Daniela que eu me lembrava do seu processo de mudança e que eu percebia que ela estava muito mais satisfeita agora. Finalmente, perguntei a ela como foi falar sobre todas estas questões na entrevista. Daniela me respondeu dizendo que falar sobre o trabalho, permitia fazer uma reflexão sobre sua trajetória. Disse que também era possível pensar em outras várias questões que ainda estão em aberto, como a questão da clínica e do referencial teórico que pudesse sustentar as práticas no Centro de Convivência.

Percebe que falar na entrevista permitiu olhar para sua trajetória e também possibilitou pensar em questões que precisam ser esclarecidas. Um ponto que ainda a incomoda muito é a busca de um referencial teórico onde ela possa ancorar sua prática.

Falei o quanto foi importante escutá-la. Agradei pela sua disponibilidade e combinamos que poderíamos nos falar caso ela quisesse acrescentar alguma coisa ou se eu tivesse alguma dúvida. Tive a impressão de que a entrevista acabou com um certo “gostinho de quero mais”. Talvez ficaríamos ali por horas falando sobre o tema. Mas como tudo precisa ter um fim, nos despedimos.