



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

TANIA INESSA MARTINS DE RESENDE

**EIS-ME AQUI:  
A CONVIVÊNCIA COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO NO CAMPO DA  
SAÚDE MENTAL**

BRASÍLIA

2015

TANIA INESSA MARTINS DE RESENDE

**EIS-ME AQUI:  
A CONVIVÊNCIA COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO NO CAMPO DA  
SAÚDE MENTAL.**

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

BRASÍLIA

2015

**EIS-ME AQUI:  
A CONVIVÊNCIA COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO NO CAMPO DA  
SAÚDE MENTAL.**

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Banca examinadora

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa - UNB - PsiCC  
(Presidente da banca)

---

Prof. Dr. Roberto Tykanori Kinoshita  
Membro externo – UNIFESP/MS

---

Prof. Dr. Pedro Demo  
Membro externo – Departamento de Sociologia/ICS/UnB

---

Profa. Dra. Maria Aparecida Gussi  
Membro externo – Departamento de Enfermagem/FCS/UnB

---

Profa. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura/UnB

---

Profa. Dra. Deise Matos do Amparo  
Suplente - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura/UnB

Brasília, 28 de Agosto de 2015.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Dianne, *in memoriam*.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho somente pode ser construído a partir da convivência fraterna e afetiva com muitas pessoas, em diferentes momentos, matizes e relações.

Aos meus pais. Meu pai quem primeiro instigou em mim o gosto pela pesquisa e acima de tudo me ensinou que só vale a pena viver se estivermos lutando por uma sociedade justa e solidária, onde todos tenham as mesmas oportunidades e o mesmo valor. Minha mãe quem, em sua forma discreta e altruísta, primeiro me ensinou o que é cuidar, ao cuidar de mim, e a me sustentar enquanto pessoa de forma autêntica.

Ao meu esposo, Luiz Paulo, pelo amor. Obrigada pela confiança e apoio incondicionais, por acreditar antes de mim que seria possível este trabalho e por cuidar das crianças.

Aos meus filhos, Pedro e Felipe, por todo o amor que me invadiu com a chegada de vocês e pela paciência por dividir a mamãe nos momentos finais quando precisei dar à luz este trabalho.

À minha irmã Nane pela confiança em minha capacidade e apoio constante.

Às amigas Thalita e Bethânia, pela alegria, riso, incentivo e por me ajudar a não levar tudo tão a sério.

Ao meu orientador Ileno Izídio da Costa, por seu carinho e incentivo ilimitado. Com este trabalho encerramos um ciclo que se iniciou vinte anos atrás quando me supervisionou em meu primeiro estágio em saúde mental. Que seja apenas o início de muitos outros projetos juntos na e pela saúde mental do DF.

À Eva Faleiros e Anunciação que me ensinaram tudo o que sei sobre cuidar de quem sofre.

A todos os amigos da Inverso e da TV Sã que me permitiram pressentir pela primeira vez como a convivência tem um potencial terapêutico.

Ao Movimento Pró-Saúde Mental do DF, por compreender a minha ausência no percurso deste trabalho e por ajudar a dar sentido à vida em busca de uma sociedade onde a diferença é acolhida e valorizada.

Ao CAPS, por ter aberto suas portas, com tanto carinho e confiança. Em especial, Girlene, cuja gentileza e carinho me fizeram sentir acolhida e cuidada, me permitindo estar à vontade para conviver.

A todos os participantes do grupo de convivência, pelo carinho, amor e cuidados mútuos.

Aos queridos alunos e ex-alunos do grupo de pesquisa Convivência e Saúde Mental, em especial Henrique, Dillyan, Luíza, Hyanne, Christiano, Lorena, Patrícia, Thaís e Lorena Lucena, por terem me apoiado em diferentes momentos deste processo e terem sempre acreditado no potencial da convivência. Vocês moram em meu coração.

A Henrique Fernandes, pela presença e ajuda em todo o percurso deste trabalho. Por ajudar a concretizar meus sonhos e até mesmo a antecipá-los e a dar-lhes forma quando ainda eram meras imagens ou ideias delirantes. Muito obrigada!

Ao UniCEUB, por ter me permitido ao longo destes anos experimentar e produzir no campo da saúde mental. Em especial, Simone que sempre apoiou minhas aventuras na saúde mental.

Aos meus alunos e ex-alunos, em especial estagiários e extensionistas do PRISME, vocês são pedaços de mim espalhados nos serviços de saúde mental, me ajudando a sonhar, alucinar e criar novas formas de cuidar. Sou muito grata pela confiança que depositam em mim e pelo esforço e dedicação de vocês. Aos serviços de saúde mental, pela confiança e parceria.

Ao grupo *Croissant*, Juliana Pacheco, Filipe Braga, Amanda Oliveira, Thiago Petra e Daniel Goulart, sem o apoio emocional de vocês e o nosso compartilhar, tanto as dificuldades de fazer saúde mental no DF como as sugestões e críticas inestimáveis, este trabalho não teria se concretizado.

A Sandra Baccara, por ser minha analista, sempre.

*Eu penso que todos os internados em manicômios são dissidentes políticos.*  
BASAGLIA, 1979, p. 144.

*Os meninos (...) sabem **outrar**: amam – todos – uns aos outros e sabem sentir – e  
sentir por inteiro – a dor que dói no companheiro.*  
ZIRALDO, 2012, p. 14.

## RESUMO

O objetivo da pesquisa foi articular o cuidado e a inclusão social através da ideia de convivência, caracterizando-a como dispositivo de cuidado no contexto da atenção psicossocial em saúde mental. A hipótese que guia este trabalho é a potencialidade da convivência, se orientada por determinadas características e posturas, de converter-se em um dispositivo de cuidado com um papel estratégico no campo brasileiro da saúde mental. Buscou-se destrinchar este dispositivo de cuidado, do ponto de vista da trama teórica, em três dimensões: ética, política e clínica. As dimensões da convivência são caracterizadas, com a ajuda de diferentes autores, de diferentes campos do conhecimentos e a partir de diferentes experiências no campo da saúde mental. Através de um recorte filosófico, o cuidado é caracterizado em sua indissociável dimensão ética que se desdobra quando o tema é convivência. Esta é analisada, a partir de um recorte sociológico, como um dispositivo de cuidado em seu papel político, isto é, desinstitucionalizador e promotor de cidadania. Em seguida, a convivência é problematizada enquanto um dispositivo de cuidado no campo da atenção psicossocial em sua dimensão clínica. Este estudo foi realizado através de uma pesquisa qualitativa, em particular, uma pesquisa-intervenção, com o objetivo de caracterizar a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental. A convivência, enquanto uma dimensão fenomenológica, foi estudada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A intervenção tem a convivência, ao mesmo tempo, como objeto e estratégia, e foi na convivência pesquisadores-usuários-equipe que as decisões sobre as atividades que compõem a intervenção foram realizadas. As informações qualitativas geradas através de diários de campo, gravações das reuniões com a equipe do CAPS e registros em ata da participação na assembleia do CAPS e das reuniões da equipe de pesquisa, foram analisadas segundo a hermenêutica de profundidade. A análise das intervenções (a atividade de convivência e o grupo de convivência) foi construída em diálogo com as dimensões ética, política e clínica e com as disponibilidades implicadas no cuidado. A convivência se guia pelas constelações de princípios e características sustentadas pelas dimensões ética e política (afinal não é qualquer encontro humano que é terapêutico) se configura na possibilidade de construir um cuidado privilegiado em saúde mental através das disponibilidades afetivas de *estar com*, *fazer junto* e *deixar ser*. A convivência exige uma disponibilidade ética para estar com outro, sustentada em uma posição política de

reconhecer o outro em sua diversidade e alteridade, o que é incompatível com uma formação autoritária e prescritiva. A partir da convivência foi experienciado um combate à formalização, permitindo uma flexibilização e circularidade de papéis entre cuidadores e usuários, culminando na construção de redes solidárias e de relações mútuas de cuidado, marcadas pela afetividade, alegria e espontaneidade, o que resultou na possibilidade de acolher o sofrimento, este marcado também pelos confrontos, desencontros e ambivalências que constituem o humano. Foram apresentadas algumas sugestões para (des)organizar os CAPS a partir da convivência, visando à desburocratização dos serviços e à construção de uma forma de cuidar sob medida e coletiva.

**Palavras-chave:** Convivência. Saúde Mental. Ética. Política. Clínica.

## ABSTRACT

The goal of the research was to articulate care and social inclusion through the idea of coexistence, characterizing it as a device of care in the psychosocial attention context in mental health. The hypothesis that guides this work is the potentiality of coexistence, if guided by certain characteristics and position, of converting itself into a care device with a strategic role in the Brazilian field of mental health. An attempt was made to unravel this care device, from the point of view of theoretical plot in three dimensions: ethical, political and clinical. The dimensions of coexistence are characterized, with the help of different actors, by different fields of knowledge and through different experiences in the mental health field. Through a philosophical profile, care is characterized in its inseparable ethical dimension that unfolds when the subject is coexistence. It is analyzed, through social profile, as a care device in its political role: desinstitutionalizer and promoter of citizenship. Then coexistence can be problematized as a care device in the field of psychosocial care in its clinical dimension. This study was accomplished through a qualitative research, particularly, an intervention-research, with the goal of characterize coexistence as a care device in the field of mental health. Coexistence, as a phenomenological dimension was studied in the Psychosocial Care Center (CAPS, in Portuguese). Intervention has coexistence, equally, as object and strategy, and it was in the coexistence researchers-users-team that the decisions over the activities that compose intervention were accomplished. Qualitative information generated through field diaries, recordings of the meetings with CAPS team and minutes of the participation in the CAPS assembly and meetings of the research team, were analysed by the Depth Hermeneutical. The intervention analysis (the activity of coexistence and the coexistence group) was built through the dialogue with ethical, political and clinical dimensions and with the availability implied in care. Coexistence, if guided through the constellation of principles and characteristics supported by ethical and political dimensions (after all, not every human encounter is therapeutical), sets in the possibility of building a privileged care in mental health through the emotional availability of *being with, doing together and letting be*. Coexistence demands an ethical availability for being with each other, supported in a political position of acknowledging the other in its diversity and otherness, that is inconsistent with a commanding and prescriptive formation. Through coexistence, it was experienced a combat to formalization, allowing an

easing and circularity of roles between caretakers and users, culminating in the construction of solidarity networks and mutual relationships of care, defined by affectiveness, joy and spontaneity, which resulted in the possibility of receiving suffering, this also defined by confrontation, mismatches and ambivalences that constitute the human being. Some suggestions were presentet to (un)organize CAPS through coexistence, aiming the reduction of bureaucracy of the services and the construction of a way of custom-made and collective caring.

**Keywords: Coexistence. Mental Health. Ethics. Politics. Clinic.**

## **LISTA DE TABELAS**

**Quadro 1** – Hermenêutica de profundidade reinterpretada por Demo (2006a)

**Quadro 2** – Caracterização da atividade de convivência

**Quadro 3** – Modos de aproximação: facilitadores

**Quadro 4** – Modos de aproximação: obstáculos

**Quadro 5** – Dimensões do cuidar

**Quadro 6** – Limites da atividade de convivência

**Quadro 7** – Análise formal do grupo de convivência

**Quadro 8** – Constelação: modo de funcionamento do grupo de convivência

**Quadro 9** – Constelação: respeito à alteridade

**Quadro 10** – Constelação: estabelecimento de relações horizontais

**Quadro 11** – Dimensão clínica do grupo de convivência

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	13
<b>CAPÍTULO I – A convivência no contexto da atenção psicossocial</b>	29
1.1 A convivência como dispositivo	29
1.2 O campo da atenção psicossocial: é possível uma clínica política	32
1.3 O lugar da convivência no campo da saúde mental: breve recorte histórico	40
1.4 O CAPS: enfrentando as dificuldades	48
<b>CAPÍTULO II – Cuidado, ética e convivência</b>	54
2.1 <i>Estar com</i> e Cuidado	55
2.2 Solidão e Alteridade	59
2.3 Economia da Violência e Hospitalidade	69
2.4 Cuidado: as funções de implicação e reserva	75
2.5 A dimensão ética da convivência como dispositivo de cuidado: <i>estar com e deixar ser</i>	81
<b>CAPÍTULO III – Convivência: fraternidade e Justiça no Cuidado</b>	86
3.1 É possível uma convivência igualitária?	86
3.2 Exclusão Social e Desigualdade	93
3.3 Justiça e Fraternidade	104
3.4 Uma outra formação possível...	114
3.5 A dimensão política da convivência como dispositivo de Cuidado: questionamento e autoquestionamento	124
<b>CAPÍTULO IV – A convivência como dispositivo de cuidado: a dimensão clínica</b>	131
4.1 A experiência francesa: a vida é feita de detalhes	135
4.2 A experiência italiana: <i>Dá para fazer</i>	144
4.3 A experiência norte-americana de <i>Soteria</i>	150
4.4 A experiência brasileira	158
4.4.1 Centro de Convivência: também um espaço de cuidado e acolhimento à crise?	158
4.4.2 Acompanhamento terapêutico: a convivência como estratégia clínica	166
4.4.3 Experiências outras em saúde mental	172
4.5 O dispositivo convivência no contexto do CAPS: uma primeira aproximação	177
4.5.1 <i>Estar com</i>	185
4.5.2 <i>Fazer junto</i>	187
4.5.3 <i>Deixar ser</i>	189
<b>CAPÍTULO V – Origem, Horizonte e Bastidores da Pesquisa</b>	191
5.1 Os impasses do início: um luto necessário	191
5.2 Um grupo heterogêneo e repleto de cuidado	193
5.3 Como estudar a convivência? Convivendo...	193
5.3.1 Desenho metodológico	200
5.3.2 A construção da informação qualitativa	205
5.3.3 Interpretação e reinterpretação da convivência	207
<b>CAPÍTULO VI – Análise das informações qualitativas: a convivência como dispositivo de cuidado</b>	226
6.1 Contextualização sócio-histórica	227
6.2 Análise formal	235
6.2.1 Atividade de Convivência	236
6.2.2 Grupo de Convivência	267
6.3 Interpretação/Reinterpretação	355
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	383
<b>REFERÊNCIAS</b>	399
<b>APÊNDICES</b>	415

## INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos poucos países de renda baixa ou média em que está em curso um processo sólido de ampliação do acesso ao tratamento em saúde mental, que vem sendo realizado através de dois vetores: a desinstitucionalização e a criação de serviços de base comunitária (DELGADO, 2015).

Segundo o autor, em 2006, ocorreu a virada definitiva da curva do financiamento: a maior parte dos recursos passou a ser direcionada para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas e demais dispositivos no território que visam substituir, e não complementar, os hospitais psiquiátricos. De tal sorte que a saúde mental pública deixava de ser hospitalocêntrica, “mesmo que a matriz da institucionalização de tipo goffmanniano ainda permaneça como grande obstáculo a ser superado” (DELGADO, 2015, p. 14).

A Política Nacional de Saúde Mental tem como uma das suas principais metas a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, de modo a realizar uma redução pactuada e gradual dos leitos psiquiátricos em hospitais de grande porte e de hospitais com baixo desempenho na avaliação de qualidade assistencial (BRASIL, 2011). A redução foi de mais de 35.000 leitos psiquiátricos tradicionais em 14 anos, 1.700 leitos fechados ao ano, e buscou equilibrar o fechamento de leitos com a oferta de serviços comunitários substitutivos, caracterizados pelo acolhimento mais humanizado e pelas internações de curta duração (DELGADO, 2015; BRASIL, 2011). Assim, a redução de leitos foi concatenada com a construção progressiva de uma rede “de atenção aberta, diversificada e inserida na comunidade, com base estratégica nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ações de saúde mental na atenção básica, Programa De Volta para Casa e programas de inclusão social pelo trabalho” (BRASIL, 2011, p. 29).

Apesar de dificuldades que precisam ser superadas, como o financiamento adequado das residências terapêuticas, a abertura de serviços em hospitais gerais e de CAPS III com funcionamento 24 horas para acolhimento da crise, a desinstitucionalização prosseguiu em todos os municípios onde se localizam hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011). Em especial, destaca-se que a rede de CAPS não apenas se expandiu no período de 2007 a 2010, mas também se interiorizou, em todo o país, especialmente na região Nordeste (BRASIL, 2011). Segundo Kinoshita

(2014), atual coordenador da Coordenadoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, os atendimentos em serviços comunitários aumentou de 40.000 em 2002 a 20.000.000 em 2010, revelando a mencionada inversão na rede de financiamento dos serviços pelo Ministério da Saúde.

Delgado (2015) salienta, no entanto, que este processo enfrenta atualmente barreiras importantes, que precisam ser mais bem avaliadas, inclusive no que diz respeito à fragilidade no campo da produção de conhecimento sobre os novos dispositivos de atenção que estão sendo implementados.

Se, na reforma psiquiátrica do Brasil, a desinstitucionalização é italiana e a atenção comunitária, inglesa, as inovações tecnológicas produzidas aqui, nossas jabuticabas, não são capricho de militantes, mas ousadias indispensáveis para fazer frente ao desafio da garantia de acesso com qualidade. O grau de protocolização desejável para a saúde mental no território é certamente menor que aquele de outras clínicas, embora seja necessário desvelar a fragilidade notável e reconhecida da rede de saúde mental: a baixa densidade dos consensos técnicos praticados. As inovações (...) somente serão efetivas e sustentáveis se houver uma cultura enraizada de registro regular das ações desenvolvidas, de avaliação, supervisão, pesquisa. Isto é tudo que não existe na saúde mental do SUS, por responsabilidade de todos nós – academia, gestores, trabalhadores (DELGADO, 2105, p. 14).

O autor afirma ainda que os artigos sobre os CAPS, se relativamente numerosos quando comparados com os outros dispositivos, são “uma gota d’água no oceano de estudos farmacológicos ou epidemiológicos” (DELGADO, 2105, p. 16), oriundos basicamente de apenas cinco centros de pesquisa concentrados no Sudeste e Sul e pequena produção em mestrado e doutorado.

A presente pesquisa, em especial considerando-se o fraco desempenho do DF na consolidação da rede de atenção psicossocial, com uma das mais baixas coberturas de CAPS por habitante no país (BRASIL, 2011), é um esforço para tentar refletir sobre o funcionamento dos CAPS, no sentido de ajudar a alcançar seus objetivos e papel estratégico na construção de uma saúde mental pública inclusiva e comunitária.

Amarante e Torre (2001), ao analisarem os documentos de dois projetos pioneiros, a saber, a criação do CAPS Luis da Rocha Cerqueira em São Paulo e do NAPS em Santos, problematizam os desafios no campo da saúde mental brasileira. O risco sempre presente na construção dos novos serviços é a reprodução do modelo psiquiátrico tradicional:

(...) sair do manicômio (e esta saída não é aquela triunfal, romântica, mas um processo cotidiano, técnico, político, cultural, legislativo) abre um campo de possibilidades e como tal incerto, rico, contraditório, por vezes extremamente difícil, novo e belo (...) A complexidade desta nova realidade implica instituições em movimento, (...) em aceitar o desafio da complexidade dos múltiplos planos da existência não reduzindo o sujeito à doença ou a comunicação ‘perturbada’, ou e apenas a pobre, ou autonomizando o corpo e ou o psíquico, mas reinscrevendo-o no corpo social (NICÁCIO, 1990 apud AMARANTE; TORRE, 2001, p. 30).

Para estes autores, é preciso que os novos serviços, mais do que reformas, sejam rupturas: um rompimento radical com o modelo psiquiátrico clássico, “que fundou a noção de doença mental como sinônimo de desrazão e patologia, que fundou o manicômio como lugar de cura e que fundou a cura como ortopedia e normalização” (AMARANTE; TORRE, 2001, p. 33). Estas rupturas a serem operadas pelos novos serviços implicam, portanto, em colocar em questão a ideia de doença mental e os preconceitos que a acompanham (incapacidade, periculosidade, desrazão), os princípios do tratamento moral e do princípio do isolamento terapêutico, ainda presentes nas velhas e novas instituições.

Lancetti (2008) argumenta que, no início da implementação dos CAPS, o governo utilizou uma estratégia preventiva, priorizando a construção dos CAPS tipo I, ao invés de implementar os CAPS tipo III que, por sua estrutura e funcionamento, têm condições de agir no território e, de fato, trabalhar na substituição imediata dos hospitais psiquiátricos. Frente a esta realidade e a dificuldade enfrentada pelos CAPS de funcionar pensando no território e de buscar efetivamente formas e estratégias para diminuir as internações psiquiátricas, os profissionais, muitas vezes, reproduzem a lógica manicomial e, no lugar de procurar novas estratégias clínicas, exigem que os usuários se adaptem às ofertas disponíveis dos serviços (LANCETTI, 2008). O presente trabalho se constitui como uma tentativa de reverter esta lógica, pensando *dispositivos sob medida*.

No atual modelo de atuação, preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), sustentado na proposta de desinstitucionalização e inclusão social, parece haver um intercâmbio maior e potencial entre as atividades clínicas<sup>1</sup> e as atividades comunitárias e culturais. Segundo Tenório (2001), o reclame da cidadania das pessoas com transtornos mentais caracteriza a atual reforma psiquiátrica brasileira. Neste

---

<sup>1</sup> Ainda que estejamos sempre falando de uma clínica ampliada, pois tal como entendida no paradigma da atenção psicossocial, o objetivo de cuidado e alívio do sofrimento está intimamente relacionado à construção de espaços de vida e troca social, sendo esta construção o primordial objetivo do trabalho realizado nos serviços substitutivos em saúde mental.

sentido, ideias como rede, território, reabilitação psicossocial, cidadania e autonomia são os articuladores desta proposta. Desde 1992 que a política nacional de saúde mental visa a inclusão social e a desinstitucionalização (BRASIL, 2002), tendo esta política recebido em 2001 maior sustentação jurídica, a partir da aprovação da lei 10.216, que prevê exatamente a substituição das instituições asilares por serviços abertos e comunitários. Inspirada na reforma psiquiátrica italiana, liderada por Franco Basaglia (1985), a política nacional brasileira prevê a construção de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, a gradual extinção dos leitos psiquiátricos, a partir de um modelo de atenção psicossocial (AMARANTE, 1994; BRASIL, 2002).

Teixeira (2009) defende que os princípios da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização têm como objetivo não a cura, mas a reinserção social dos usuários dos serviços de saúde mental e a reabilitação para a vida. Rotelli (2001), continuando o trabalho iniciado por Basaglia na Itália, afirma que

estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes (p. 94).

Para Lobosque (1997), a desinstitucionalização refere-se a “um movimento em prol da construção da cidadania, cujos militantes – técnicos ou usuários (...) – buscam fazer circular no tecido social as indagações e *os impasses suscitados pelo convívio*” (p. 21, grifo meu).

Desdobram-se, assim, diferentes dimensões entrelaçadas para o alcance dos objetivos do campo da saúde mental no Brasil: cuidado clínico psicossocial, a inclusão social e a habilitação da sociedade para o convívio com o sofrimento psíquico. A convivência nos parece ser um possível articulador destas dimensões: eis a tese central deste trabalho.

Assim, buscar compreender a convivência, enquanto dimensão do cuidado, articulada à inclusão social e à habilitação da sociedade para o convívio com o sofrimento psíquico grave é um dos objetivos do presente trabalho, conforme Lobosque (2001) enfatiza:

Por eficazes que sejam, as reformas no âmbito da assistência só adquirem um caráter transformador quando se articulam com uma intervenção na cultura, tendo a recriação de ideias sobre a figura do louco ao mesmo tempo como objetivo e efeito de sua implementação (p. 31).

Valentini (2001) destaca enfaticamente a importância da convivência para o alcance do objetivo de inserção social:

Senhores pessimistas, com licença. A saúde mental e a reabilitação psicossocial, para superar a tradição psiquiátrica promotora da adaptação, **devem cuidar de promover mais e mais a convivência. É a convivência democrática, respeitosa, terna, de qualidade que promove a inclusão social.** E é dentro do campo da convivência que se deve negociar, tensionar, disputar para que o equilíbrio entre as partes seja conseguido (p. 24, grifo meu).

Ribeiro e Campos (2001) salientam, discutindo a experiência de reforma psiquiátrica em Campinas, em especial as atividades realizadas no Espaço do Centro de Convivência, que um grupo estável de usuários-trabalhadores é necessário para sustentar a crença em uma convivência solidária e saudável entre os homens, onde haja espaço para o riso, a música, a pintura, a dança, o teatro, a mídia... A articulação da convivência com a política de reabilitação psicossocial e o objetivo de reinserção social fica novamente evidenciado no posicionamento das autoras. Ribeiro e Campos (2001) acrescentam uma preocupação crítica no sentido de apontar os riscos de psicologizar/psiquiatrizar/psicanalisar a convivência. É fundamental este posicionamento das autoras para não perdermos a dimensão da crítica à clínica “bonsai”<sup>2</sup>, normatizadora e adaptacionista. Esta crítica à face institucionalizante da clínica foi articulada pela experiência de desinstitucionalização italiana que é, conforme apontado acima, uma das principais referências no contexto atual brasileiro da saúde mental.

Por outro lado, neste trabalho pretendo defender a ideia de que (sustentada pelos princípios da atenção psicossocial e articulada com a dimensão política, isto é, com o objetivo de reinserção social e resgate da cidadania e com a dimensão ética que o *estar com* exige) a convivência pode vir a se tornar um dispositivo essencial de cuidado que, de forma dialética, auxilie no alcance dos objetivos do cuidado em saúde mental: singularização, autonomia, empoderamento, reabilitação psicossocial, inserção social e cidadania.

---

<sup>2</sup> Valentini (2001), em um belíssimo artigo, utiliza a referência ao bonsai como metáfora para compreender parte dos processos humanos que trabalham contra o crescimento coletivo e individual, experiência das pessoas internadas em instituições psiquiátricas: “Subalternidade e obediência todo o tempo. Tudo sendo operado num modelo de poda. Hierarquia, obediência e subalternidade e poda. Todos os dias” (p. 12). Salienta que “o cultivo dos bonsais, originário do Japão, cumpre ritos e tem significados próprios naquele contexto cultural” (p. 11), sendo utilizado em seu texto apenas como uma metáfora.

O esforço atento neste trabalho é justamente evitar este dualismo que opõe clínica e política, de forma – espero – crítica: afinal, no campo prático, o que moveu o desejo e tema do doutorado foi justamente perceber que em espaços, a princípio não clínicos (como a TV Sã e o Centro de Convivência Inverso), resultados terapêuticos inusitados surgiam, permitindo, por exemplo, evitar, acolher e gerenciar crises. Por outro lado, a presença de processos de institucionalização, às vezes de forma discreta, às vezes aviltante, nos CAPS, impediam, em algumas circunstâncias, o próprio cuidado.

O horizonte de onde surgiram as questões propostas no presente projeto é precisamente minha inserção em diversas práticas antimanicomais em instituições públicas de saúde mental (do tipo CAPS), um Centro de Convivência (ONG Inverso)<sup>3</sup> e no Núcleo de Comunicação Comunitária em Saúde Mental do Distrito Federal – TV Sã<sup>4</sup>. Essas práticas se organizam prioritariamente através de diferentes projetos realizados nestas instituições, através do acompanhamento de estagiários de Psicologia e supervisões conjuntas nesses serviços e orientação interdisciplinar de alunos extensionistas de diferentes cursos (Psicologia, Direito, Enfermagem, Educação Física) no PRISME – Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental<sup>5</sup>. As ações desenvolvidas têm como função primordial iniciar e desenvolver um espaço de interlocução com os usuários de saúde mental e com os profissionais, que permita construir um novo olhar sobre a loucura e o sofrimento psíquico grave.

A partir da participação no cotidiano dos CAPS, notei que a convivência não era utilizada em sua potencialidade clínica, mas estava, de fato, em diferentes medidas, sendo “desperdiçada”. Nesta inserção em diferentes CAPS do Distrito Federal, através do PRISME e da orientação de estágios curriculares em Saúde Mental, percebi que a convivência, principalmente entre técnicos e usuários, estava permeada por relações burocratizadas, limitadas ao tempo e espaço das oficinas que os usuários eram *obrigados* a participar.

---

<sup>3</sup> A Inverso é um Centro de Convivência, criado por militantes da luta antimanicomial no DF, em 2001, antes mesmo da criação de qualquer CAPS em nosso território. É uma ONG em saúde mental, sustentada por trabalho voluntário e pelo desejo de ajudar a implementar no DF a política e serviços de saúde mental a que temos direito.

<sup>4</sup> A TV Sã foi criada em 2008, por um coletivo de usuários de saúde mental, profissionais e estudantes, com apoio do Movimento Pró-Saúde Mental do DF. Nos eventos comemorativos do 18 de maio, dia nacional da luta antimanicomial, a TV Pinel do Rio de Janeiro passou uma semana conosco nos instrumentalizando para a produção comunitária e coletiva de vídeos em saúde mental.

<sup>5</sup> As diversas atividades (estágios e o projeto interdisciplinar de extensão) realizadas nas diferentes instituições de saúde mental do DF vinculam-se a minha atuação como docente dos cursos de Psicologia e Enfermagem no Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

De outra forma, ao longo dos anos, percebi que na Inverso e na TV Sã – espaços que legitimam a existência e atuação das pessoas em sofrimento psíquico intenso, mas que não são instituições oficialmente clínicas ou de assistência, no sentido estrito – por meio da convivência, alcançávamos resultados clínicos expressivos, na medida em que acolhíamos dores e tristezas, permitindo e suportando as diversas e intensas – mas necessárias – expressões subjetivas, evitando e acolhendo crises. Desse *contraste*, surgiu o desejo de estudar a convivência como um dispositivo de cuidado clínico-político-ético no campo da saúde mental.

Em suma, ao longo dos últimos doze anos, pude, por um lado, presenciar efeitos clínicos em espaços políticos (TV Sã e Inverso) e, por outro, os limites apresentados nos espaços de cuidado (CAPS) em função de uma atuação desvinculada da política e da atuação social. Neste sentido, o **objetivo** da pesquisa é articular o cuidado e a inclusão social através da ideia de convivência, caracterizando-a como dispositivo de cuidado em suas dimensões ética, política e clínica, pensando-a no contexto da atenção psicossocial em saúde mental.

A importância da convivência no campo da saúde mental, mais especificamente no campo das práticas de reforma psiquiátrica, a partir da abordagem psicossocial, tem sido registrada por diferentes autores e atores sociais implicados na construção de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. A convivência, inicialmente utilizada como estratégia para permitir a mudança do modelo hospitalocêntrico para o novo paradigma de cuidados em saúde mental, com o propósito de propiciar a revisão de preconceitos e estigmas, tem demonstrado, nos serviços substitutivos, a potencialidade para converter-se em estratégia terapêutica.

Neste sentido, Tenório (2001), ao discutir os objetivos e práticas de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial, faz uma breve referência à importância da convivência.

Na convivência nos ambientes comuns (cozinhas, corredores, sala de estar e refeições) acontecem, muitas vezes, as conversas e os fatos importantes para o serviço e para o tratamento de determinado paciente. É interessante notar que a expressão “convivência” ganhou o estatuto de designação de um recurso terapêutico, figurando, por exemplo, entre as atividades consignadas no contrato terapêutico ou no mapa de frequência dos pacientes, quando se considera que, para além da participação em atendimentos ou oficinas, o estar no CAPS foi a “atividade” relevante para o paciente naquele turno (p. 129).

Na dimensão do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, Lobosque (2001) defende que o convívio, entre outras estratégias, é um dos instrumentos que temos para oferecer um suporte a uma desordem que não pode se organizar à força. A clínica, dentro desta perspectiva, subordina-se à abordagem psicossocial, isto é, trata-se de ajudar a (re)construir projetos de vida, mais do que eliminar sintomas.

Como descreve Tenório (2001), o objetivo do cuidado não se restringe ao reconhecimento dos sintomas, mas, ao acompanhar o sujeito, ajudá-lo a viver, de modo que as ações clínicas tenham efetivamente incidência no cotidiano das pessoas. Alguns espaços são privilegiados para o alcance deste objetivo, como, por exemplo, os Centros de Convivência. No entanto, todos os serviços substitutivos de saúde mental, por princípio, devem organizar-se a partir da lógica psicossocial e têm, portanto, como objetivo, a inclusão social através da construção de projetos de vida. A convivência, a partir desta mudança nos objetivos dos serviços de saúde mental, como os CAPS, encontra aí sua potencialidade de cuidado: um dos aspectos a serem abordados na pesquisa.

Se os planos terapêutico e institucional não estão adaptados aos detalhes da vida cotidiana do paciente, temos um abismo entre as intenções e o que realmente se faz. Para Diatkine, Quartier-Frings & Andreoli (1993) é neste abismo que se (re)inscreve a solidão e projeções do paciente. “Os encontros aleatórios nunca devem ser desprezados” (p. 70). O que se passa nos encontros aleatórios que não encontra lugar nas consultas e atividades programadas?

Neste novo paradigma de cuidado em saúde mental, esbarramos em uma determinada incompatibilidade do sofrimento psíquico intenso “com os dispositivos clássicos de abordagem psi: o consultório, o *setting*, um certo modo de escansão do tempo, uma certa ortodoxia da escuta” (LOBOSQUE, 2001, p. 98). A presente tese é uma reação a esta incompatibilidade, configurando-se como uma tentativa de caracterizar dispositivos sob medida e sensíveis às dimensões ética, política e clínica.

Por sua vez, Diatkine, Quartier-Frings & Andreoli (1993) explicitam, ainda, que cada uma das situações vividas pelos membros da equipe junto ao sujeito em sofrimento psíquico grave pode tornar-se reveladora dos processos de sofrimento deste sujeito, não se tratando meramente de interpretar as ações cotidianas, implicando em uma discussão permanente entre os membros da equipe e um esforço de interlocução com o sujeito, que se sustenta em um interesse genuíno por aquilo que ele representa e por aquilo que ele pensa. “Ele não deve ser uma identidade abstrata,

um objeto de estudo ou pesquisa, mas **um interlocutor que participa da trama dramática da qual ele é herói**” (p. 77, grifo meu).

Por outro lado, a rotina e o desinteresse progressivo, o insuportável da convivência poderia produzir efeitos anti-terapêuticos e institucionalizantes, criando o que os autores chamam de barreiras defensivas (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993). No presente trabalho, buscarei discutir as razões que tornam a convivência quase insuportável, tornando-a estéril, repetitiva e não terapêutica para, em seguida, pensar as características que a tornam potencialmente transformadora e produtora de vida e de sujeitos no contexto do CAPS.

O CAPS foi escolhido como cenário para a presente pesquisa, porque os serviços tipo CAPS assumem, segundo o Ministério da Saúde (2004), um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados. O objetivo do CAPS, como um serviço do SUS, é oferecer atendimento à população de seu território e área de abrangência, “realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13).

No entanto, há riscos para a sustentabilidade dos CAPS:

Na PNSM<sup>6</sup>, e na resposta brasileira para a saúde mental comunitária (que aqui preferimos chamar territorial), **os CAPS são o coração e a alma da Reforma**. O componente da sustentabilidade financeira não é sequer o mais importante. É preciso considerar também a qualidade e efetividade da clínica complexa que se exerce nestes serviços e no território (...) As fragilidades (...) devem ser enfrentadas no cotidiano da prática, pelos próprios trabalhadores do SUS e pelas universidades e centros de pesquisa parceiros (BRASIL, 2011, p. 24, grifo meu).

Assumindo tal questão como também de nossa responsabilidade, o problema de pesquisa é a convivência como um dispositivo de cuidado em suas inseparáveis dimensões ética, clínica e política no campo da saúde mental no Brasil. Estas dimensões nunca ocupam de forma exclusiva o campo da experiência humana, pois estão sempre presentes entrelaçadas em alguma medida. O cuidado visto exclusivamente da dimensão ética rapidamente se torna discurso moral, que descuida da realidade concreta e possível da vida das pessoas. Visto exclusivamente do ponto de vista político, faz esquecer que cada indivíduo, ainda que necessariamente se faça a partir do social, tem sempre algo irredutivelmente alteritário. Do ponto de vista

---

<sup>6</sup> PNSM: Política Nacional de Saúde Mental.

clínico, basta pensar o papel normatizador e classificatório na história da psicopatologia (FOUCAULT, 1993; BASAGLIA, 1985; 2005). O esforço em pensar a convivência enquanto dispositivo de cuidado articulado às fundamentais dimensões do campo da existência humana visa minimizar o risco de um pensar e fazer autoritários.

Assim, a hipótese que guia este trabalho é a potencialidade da convivência, se guiada por determinadas características e posturas, de converter-se em um dispositivo de cuidado com um papel estratégico no campo brasileiro da saúde mental. Buscou-se destrinchar este dispositivo de cuidado, do ponto de vista da trama teórica, em três dimensões: ética, política e clínica. Como mencionado acima, estas dimensões não são estanques, ao contrário, compreendo-as em uma lógica de complementariedade, tal como proposta por Derrida (1999). Para Derrida, o suplemento tem duas significações: acrescentar e suprir, sendo que as duas significações se fazem presentes, embora a inflexão possa variar de um momento a outro. “Cada dimensão é sempre um apelo de suplemento endereçado ao outro, assim como cada dimensão procura no outro a suplência de suas fraquezas ou o controle suplementar de seus excessos” (COELHO; FIGUEIREDO, 2004, p. 24).

Ainda que em cada capítulo teórico seja possível identificar uma dimensão em destaque (no capítulo 2 a dimensão ética; no capítulo 3, a política e no capítulo 4, a clínica), as outras estão sempre presentes em uma relação de complementariedade, não mero complemento, só podendo ser entendidas em sua relação recíproca e não inteiramente redutível. A clínica só faz sentido – e a história, Foucault (1993) lembra, nos dá disso testemunho – se articulada com um projeto político e ético. A dimensão política, dissociada de um valor ético e de um cuidar que respeite o modo de cada um, facilmente evolui para dominação e imbecilização. Já a dimensão ética só faz sentido se multicultural e, portanto, concretamente assentada na convivência possível entre iguais e diferentes (DEMO, 2005).

Este estudo foi realizado através de uma pesquisa qualitativa, em particular uma pesquisa-intervenção, com o objetivo de compreender o estatuto da convivência no cuidado em saúde mental a partir do paradigma da atenção psicossocial. Segundo Demo (2006a, p. 51), para que seja “o caso trabalhar com pesquisa qualitativa, é mister estarmos diante de um campo-sujeito-objeto<sup>7</sup> marcado por tessituras intensas,

---

<sup>7</sup> Este conceito, inspirado por Thompson (1995), será discutido no capítulo 5.

profundas, não-lineares da convivência e da comunicação humanas”. Para o autor, estes contextos são caracterizados por “profundeza e envolvimento subjetivas” e politicidade. Sendo o tema desta pesquisa a própria convivência, um desenho qualitativo, que considere a subjetividade e a politicidade implicadas no fenômeno, fez-se necessidade intrínseca.

Como articulo autores e ideias de campos muito diversos, tenho a preocupação em apresentar o contexto e as influências de cada autor para que fique o mais claro possível de onde cada autor parte e a articulação que construo, facilitando assim a discussão. Scarcelli (2011) reforça que

(...) do mesmo modo que o contato e a troca entre egressos do hospital psiquiátrico e grupos de pessoas que não circulam nos espaços voltados especificamente para a questão da Saúde e da Saúde Mental podem representar uma das modalidades de ruptura efetiva com a lógica manicomial, o trânsito entre áreas do conhecimento entre a diversidade de práticas parece também ser uma das possibilidades de romper o círculo vicioso ‘entre a repetição do mesmo e o eterno retorno do antes’ (p. 172).

Em seu trabalho, a autora fez dialogar as produções do campo da Saúde Mental com a Arquitetura (seu tema é moradia); em meu caso, sendo meu tema convivência, dialogo, em especial, com recortes no campo da Filosofia e da Sociologia na caracterização desta como dispositivo ético-político-clínico de cuidado. Uma posição, que, em muito se parece com este esforço, encontro descrita no livro de Demo (2002) sobre a solidariedade como efeito de poder: “faço isso não só por obrigação acadêmica, mas sobretudo para permitir discussão aberta irrestrita que, para mim, ainda é o melhor critério de cientificidade, principalmente no plano das ciências hermenêuticas” (p. 15). Demo (2006a) afirma que a interdisciplinaridade é exigência mesma da realidade, pois esta é não linear, dinâmica e complexa, o que impossibilita que uma disciplina capte esta diversidade.

A tese está dividida em seis capítulos. No primeiro capítulo, é realizada uma primeira contextualização, de modo que a noção de dispositivo é apresentada e o campo da saúde mental será contextualizado historicamente a partir da ideia de convivência. Em seguida, os desafios e dificuldades que os CAPS, cenário da presente pesquisa, têm enfrentado para alcançar seus objetivos serão problematizados, em uma primeira aproximação da convivência enquanto um dispositivo de cuidado no campo da atenção psicossocial.

Nos três capítulos seguintes, busco caracterizar as dimensões da convivência, com a ajuda de diferentes autores, de diferentes campos do conhecimentos e a partir

de diferentes experiências no campo da saúde mental. No segundo capítulo, procuro, através de um recorte filosófico, caracterizar o cuidado e a indissociável dimensão ética que se desdobra quando o tema é convivência. Está implicado na convivência justamente *estar com*, encontro com o outro e os impasses e desafios que se desdobram para construir uma convivência que se abra à alteridade e *deixe ser*. Inspirada no exemplo de Figueiredo (1994), quando desenvolve belos trabalhos sobre a clínica psicanalítica a partir do efeito que a filosofia heideggeriana exerceu sobre ele, destaco que não se trata neste capítulo de aplicar teorias filosóficas ao tema do doutorado.

Trata-se, sobretudo, de buscar “enveredar por caminhos outros de pensamento” (p. 44), me retirando um instante da prática em saúde mental, e deixar-me “colher e afetar” (idem), de deixar-me ser conduzida pelas provocações de Heidegger, Lévinas e Derrida, por caminhos, espero, não previsíveis e em diversas direções. Ao fim do capítulo, novamente Figueiredo (2007, 2011) me ajudará, a partir de seu esforço na construção de uma teoria sobre o cuidado articulada com uma noção de saúde. Buscarei articular o modo como estas filosofias e esta visão sobre o cuidado impactam o meu tema: a convivência em saúde mental como um dispositivo, em sua dimensão ética, de cuidado. A partir de uma caracterização do cuidado e suas funções, o desafio do presente trabalho será como construir um modo de convivência no contexto do CAPS em que o cuidado aposte na potencialidade e *deixe ser*, ao mesmo tempo, em que acolha os confrontos inerentes a todo e qualquer conviver e evite reproduzir a violência sempre potencialmente implicada no *estar com*, em especial, no contexto da saúde mental, como a história nos dá testemunho.

No terceiro capítulo, esforço-me no sentido de pensar a convivência a partir de um recorte sociológico que deve refletir-se em uma análise da convivência como um dispositivo de cuidado em seu papel político, isto é, desinstitucionalizador e promotor de cidadania. Duas questões centrais organizam este capítulo: como pensar uma convivência igualitária em nossa sociedade e como o papel e a formação do cuidador podem ser afetados pelos princípios e características de uma tal convivência. O que motiva este capítulo é o reconhecimento de que a convivência configurada como um dispositivo de cuidado no campo da saúde mental exige a superação de algumas dificuldades relacionadas à formação dos profissionais de saúde. Ao longo deste capítulo, o objetivo é articular diferentes autores (em especial, Pedro Demo, Amartya Sen, Jessé Souza e David Bohm) e argumentos para mostrar, por um lado, a

necessidade ética de repensar uma convivência mais igualitária e justa em nossa sociedade; por outro, o reconhecimento de que esta não é tarefa fácil, implicando a superação de visões estigmatizantes, ingênuas e acríticas que permeiam muitas de nossas políticas públicas.

Parece-me que uma convivência - sensível às necessidades singulares das pessoas que acompanhamos, tanto do ponto de vista do sofrimento psíquico quanto das condições sociais que interferem sobremaneira na manutenção do processo de exclusão social - é um esforço para diminuir a lacuna entre os níveis definidores de políticas e aqueles responsáveis pela produção das práticas voltadas para suprir as necessidades da população. O que move este capítulo é a preocupação com o questionamento de práticas e discursos que se pretendem inclusivos, mas que podem, em uma prática de ajuste e não ruptura, resultar em uma prática excludente. Para tanto, volto-me para o papel da formação dos profissionais de saúde, destacando, em especial, um resgate da dimensão afetiva.

No quarto capítulo, me deixarei interpelar por discussões, experiências e esforços clínicos diversos no campo da saúde mental a fim de caracterizar a convivência como um dispositivo de cuidado no contexto do CAPS, em sua dimensão clínica. Especificamente em relação às experiências brasileiras, uma ênfase será dada aos Centros de Convivência e ao acompanhamento terapêutico, em suas utilizações - política e clínica - da convivência.

Neste trabalho, com o intuito de refletir sobre a dimensão clínica da convivência na atenção psicossocial, serão utilizados diferentes autores, que trabalham em diferentes modelos de atenção à saúde mental. Saúde Mental é campo de saber e de práticas que exige um estreito diálogo com vários tipos de saberes e disciplinas, visando “a desconstrução das heranças da psiquiatria clássica e das instituições totais, bem como a proposição de outro lugar social para a manifestação da loucura e para o cuidado oferecido pelos serviços de saúde e pela sociedade frente ao sofrimento psíquico” (SCARCELLI, 2011, p. 19).

A opção neste trabalho foi me deixar ser interpelada por discussões e esforços clínicos de diferentes experiências no campo da saúde mental para poder refletir sobre como ajudar os CAPS a alcançarem seus objetivos. Neste sentido, terei o cuidado de, a cada vez, marcar a diferença dos modelos de atenção, sem me furtar, no entanto, a problematizar, a partir de referenciais distintos ao modelo da desinstitucionalização, e dos quais guardamos algumas críticas, o alcance clínico de experiências diferentes do

modelo brasileiro em construção. A dimensão clínica da convivência associa-se à ideia de produção de subjetividade que apenas faz sentido em processos intersubjetivos. A clínica neste contexto, tal como tentarei desenvolver ao longo desta tese, está subordinada ao objetivo maior de inserção social e resgate da cidadania (TENÓRIO, 2001; LOBOSQUE, 2001, 2003; GRIGOLO, 2010) e redimensiona o caráter meramente descritivo dos diagnósticos psiquiátricos. Neste trabalho assumo a noção de sofrimento psíquico grave (COSTA, 2003, 2010, 2013), como identificando o campo de cuidados da clínica psicossocial. De acordo com Costa (2010), o *sofrimento* remete a algo essencial do humano, o *psíquico* recusa uma redução do humano ao orgânico e o adjetivo *grave* demarca uma intensidade que exige dispositivos de cuidado diversos.

A presente pesquisa fará uma análise da convivência em um CAPS no DF e está imbuída do desejo de ajudar a construir em nosso território uma outra forma de relação com o sofrimento psíquico grave (COSTA, 2003), em uma resposta social que não seja a exclusão, ciente de todos os desafios, contradições e impasses implicados em um esforço para cuidar sem tutelar (TENÓRIO, 2001; LOBOSQUE, 2003).

Scarcelli (2011) fala de “estratégias de evitação” desenvolvidas pelos técnicos, pelas instituições e pela sociedade em relação aos “anormais” que é absolutamente fundamental para pensar a convivência: como desconstruir estas estratégias de evitação que estão presentes também no CAPS?

A função do CAPS, enquanto clínica em movimento, é atuar no espaço intermediário entre a instituição e o acesso à cidade, embora pareça que justamente aí alguns serviços não estejam conseguindo atingir sua missão. Ao pensar que é no cotidiano que se produzem os estranhamentos, onde os acordos e os contratos existem e funcionam (MERHY, 2004), o esforço é, após ser afetada pelas mais diversas experiências em saúde mental, tentar uma primeira caracterização da convivência como um dispositivo de cuidado, em sua dimensão clínica, necessariamente articulada com as dimensões política e ética.

A convivência é, em alguma medida, o objetivo mesmo das ações no campo da saúde mental, sob a ótica da desinstitucionalização. Ora, como alcançá-lo, sem ao menos conviver no contexto dos serviços?

No quinto capítulo descrevo o percurso da pesquisa, sua origem, impasses e desdobramentos. Em especial, destaco e me posiciono acerca das escolhas metodológicas realizadas, inclusive em suas implicações éticas e ideológicas. Este

estudo foi realizado através de uma pesquisa qualitativa, em particular, uma pesquisa-intervenção, com o objetivo de caracterizar a convivência como dispositivo de cuidado na clínica da atenção psicossocial.

A pesquisa comportou três etapas, um primeiro diagnóstico/avaliação da convivência no CAPS, a análise crítica sobre como a convivência estava presente (ou não) no CAPS, suas características, impasses e limites e a intervenção propriamente dita. Estes três momentos da pesquisa constituem um processo contínuo de reflexão e transformação da realidade que se nutrem mutuamente (BRANDÃO, 1987). A intervenção tem a convivência, ao mesmo tempo, como objeto e estratégia, e foi na convivência pesquisadores-usuários-equipe que as decisões sobre as atividades que compõem a intervenção foram realizadas.

Na primeira etapa, a equipe de pesquisa realizou uma imersão na realidade do CAPS, participando das atividades do serviço: convivendo e ouvindo os usuários e a equipe.

A partir da análise desta experiência de imersão, na segunda etapa, foi delimitada a intervenção, esta com o objetivo de (re)organizar a convivência entre usuários, profissionais de saúde e comunidade que compõem a realidade do CAPS. Na análise e organização das atividades, levamos em consideração as opiniões e sugestões da equipe e dos usuários e familiares do CAPS que estavam presentes na assembleia. Após a análise, apresentamos para a equipe duas propostas: uma atividade de convivência e um grupo de convivência. O grupo de convivência foi idealizado com a intenção de produzir uma forma de cuidado ético-político-clínico, nas dimensões discutidas nos primeiros capítulos. O grupo de convivência, com frequência semanal, foi configurado com o objetivo de tentar construir, convivendo, um dispositivo diferenciado de cuidado. Foi, neste sentido, fundamental, uma vez que, por meio do enfrentamento concreto da convivência, viabilizou-se a avaliação das potencialidades e dificuldades para a implementação de um dispositivo diferenciado de cuidado.

Com receio, no entanto, de institucionalizarmos a convivência, em um grupo semanal, foi proposta também a atividade de convivência. Nesta, basicamente, os pesquisadores estavam no CAPS, sem estar vinculados a nenhuma atividade específica, ao contrário, disponíveis para a convivência e para estar junto de quem precisasse ou desejasse, de forma não programada ou agendada. Neste sentido, são atividades livres e não-estruturadas (isto é, não delimitadas como já fazendo parte das

atividades terapêuticas ofertadas pela instituição), ocupando os espaços e tempos “ociosos”, tendo como princípio *estar com* e realizar atividades em conjunto. Implicava, portanto, em uma participação espontânea, do usuário, familiar ou profissional.

As informações qualitativas geradas, através de diários de campo da imersão no CAPS para a etapa de diagnóstico e das intervenções (atividade e grupo de convivência), gravações em áudio das reuniões com a equipe do CAPS ao longo da implementação da pesquisa e registros em ata da participação na assembleia do CAPS e das reuniões da equipe de pesquisa, foram analisadas segundo a hermenêutica de profundidade, referencial teórico-metodológico proposto por Thompson (1995) e reinterpretado por Demo (2006a). Esta análise divide-se em três eixos, contextualização sócio-histórica, análise formal e reinterpretação e estão descritas e problematizadas de acordo com o objeto de pesquisa, a convivência, no capítulo 5.

No sexto capítulo, apresento uma análise das intervenções realizadas no CAPS no contexto da presente pesquisa, a saber, a atividade de convivência e o grupo de convivência. As intervenções foram analisadas a partir das dimensões ética, política e clínica e das disponibilidades do cuidado, *estar com*, *fazer junto* e *deixar ser*, destacadas – as dimensões e as disponibilidades – ao longo dos primeiros capítulos. A análise foi organizada de modo a caracterizar as dimensões política e ética das intervenções enquanto possibilitadoras do estabelecimento da dimensão clínica do cuidado através da convivência.

Nas considerações finais, apresento algumas sugestões para a incorporação da convivência como dispositivo de cuidado no contexto dos CAPS que podem ser utilizadas por qualquer profissional e qualquer filiação teórica que se sustente, do ponto de vista ideológico, no projeto de desinstitucionalização: tratar em liberdade, visando a inserção social, mas sempre de modo a respeitar o modo próprio de cada ser.

## **CAPÍTULO 1 - A CONVIVÊNCIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Neste primeiro capítulo, busco fazer uma contextualização do objeto de pesquisa, a saber, a convivência no campo da saúde mental. Após problematizar a noção de dispositivo, o campo da atenção psicossocial será apresentado e contextualizado historicamente a partir da ideia de convivência. Em seguida, os serviços tipo CAPS, cenário da presente pesquisa, serão discutidos, em especial, destacando os desafios e dificuldades que vêm encontrando para alcançar seu potencial, sustentando o objetivo maior da política nacional de saúde mental, a saber, a reinserção social.

### **1.1 A convivência como dispositivo**

Foucault (2008), em *Microfísica do Poder*, indagado sobre o que denominou de um “dispositivo de sexualidade”. Esclarece que através deste termo, *dispositivo*, tenta

demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (p. 138 ).

Entre estes elementos heterogêneos, discursivos ou não, estabelece-se um jogo de relações: uma espécie de jogo com posições diferentes e mudanças de funções, de modo que o discurso pode se mostrar como programa de uma instituição ou, “ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda; pode ainda funcionar como reinterpretação desta prática, dando-lhe acesso a um novo campo de racionalidade” (p. 138).

Além de ser composto por elementos heterogêneos, o dispositivo, para o autor, tem uma gênese específica: é uma formação que tem como principal função responder a uma emergência em um determinado momento histórico. Exemplifica o dispositivo de dominação-controle da loucura como uma resposta para a absorção de um “excedente” de pessoas numa economia mercantilista.

Situa dois momentos essenciais presentes na gênese do dispositivo, no primeiro, predomina um objetivo estratégico, depois, o dispositivo se constitui como tal em um duplo processo:

por um lado, processo de sobredeterminação funcional, pois cada efeito, positivo ou negativo, desejado ou não, estabelece uma relação de ressonância ou de contradição com os outros, e exige uma rearticulação, um reajustamento dos elementos heterogêneos que surgem dispersamente; por outro lado, processo de perpétuo preenchimento estratégico (2008, p. 139).

O dispositivo é de natureza essencialmente estratégica, está em jogo uma manipulação das relações de força, de forma que o dispositivo está inscrito sempre em um jogo de poder, ligado a configurações de saber que o sustentam e são sustentadas por ele (FOUCAULT, 2008).

Nesta direção, pensar a convivência como um dispositivo pressupõe delimitar seus elementos heterogêneos e sua especificidade estratégica, em que campos de força se situa e a que saberes se vincula e se opõe.

Neste trabalho, a convivência situa-se no campo da atenção psicossocial no Brasil, cuja política de saúde mental é inspirada na experiência italiana de desinstitucionalização. O dispositivo convivência é aqui entendido como fazendo parte de um conjunto de dispositivos que visam construir uma outra resposta social à loucura (TENÓRIO, 2001), ao excedente, ao que não encontra lugar (FOUCAULT, 2008). De certo modo, um dispositivo que se configura como uma reação ao dispositivo de dominação-controle da loucura.

Estudar a convivência enquanto um dispositivo de cuidado, em suas inseparáveis e entrelaçadas dimensões ética, política e clínica, implica em pesquisar como os processos de convivência podem levar à inclusão social, pois conhecemos várias formas de *estar com* que são alienantes. O manicômio é uma – se não a maior – das mais graves experiências de exclusão da subjetividade (LOBOSQUE, 2001; FOUCAULT, 2002; BASAGLIA, 1985). Kastrup e Barros (2010) afirmam, inspiradas em Foucault, mas também na releitura de Foucault feita por Deleuze, que um dispositivo, além de comportar linhas de força que levam as palavras e as coisas à uma luta incessante por afirmação, comportam linhas de subjetivação, “linhas que inventam modos de existir” (p. 78). As autoras, ocupadas em problematizar as funções do dispositivo na prática de pesquisa cartográfica de acompanhamento de processos de produção de subjetividade, demarcam que os agenciamentos

engendrados pelo dispositivo devem revelar a potência de fazer falar, fazer ver e estabelecer relações. Para Deleuze (1996), nem todo dispositivo dispõe de um processo de individuação que escape às forças estabelecidas e aos saberes constituídos. Neste trabalho, ainda que a metodologia utilizada, conforme capítulo 5, não seja a cartografia com seu objetivo de desemaranhar as linhas de um dispositivo, será feito um esforço para construir, no contexto do CAPS, uma forma de conviver, que acolhendo as dores e alegrias, e também, principalmente, os confrontos, possa se constituir como um dispositivo propulsor de processos de individuação/subjetivação.

Um dos aspectos mais interessantes na leitura de Deleuze (1996) do conceito de dispositivo em Foucault é a ideia de que, a partir de um “repúdio dos universais”, o dispositivo seja uma multiplicidade que se define por sua capacidade de se transformar no que detém de novidade e criatividade. “É necessário distinguir, em todo o dispositivo, o que somos (o que não seremos mais), e aquilo que somos em devir: a parte da história e a parte do atual” (DELEUZE, 1996, p. 4).

Delgado (2015) aponta a co-existência de dois paradigmas no campo da saúde mental brasileira (biomédico e psicossocial), de modo que tentar fazer da convivência um dispositivo de cuidado é uma estratégia para ajudar na consolidação do campo da atenção psicossocial. Kinoshita (2001), ao refletir sobre as condições para que um paciente, após a desmontagem do manicômio, possa participar do processo de trocas sociais, afirma ser importante “produzir dispositivos em que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa-se passar por experimentações, mediações, que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio” (p. 56). A convivência aqui está sendo compreendida como uma estratégia de produção subjetiva a partir de intercâmbios e relações interpessoais.

O que conhecemos como reforma psiquiátrica e como desinstitucionalização deixou de ser uma reforma administrativa de serviços, uma reforma de modelo assistencial e de introdução de novas tecnologias assistenciais, para ser um processo social complexo, nas palavras de Franco Rotelli, um processo dinâmico e permanente que envolve atores, invenção de dispositivos e múltiplas estratégias (SADE, 2014, p. 13).

Do ponto de vista clínico, a convivência está sendo concebida como um dispositivo, mais um, substitutivo, no campo da atenção psicossocial. Do ponto de vista político e ético, a convivência está sendo abordada como uma reação contra os dispositivos de controle. Agamben (2005) faz uma leitura, desse mesmo texto de Foucault, diferente de Deleuze (1996). O filósofo italiano considera que o conceito de

dispositivo está ligado ao conceito de “positividade” de Foucault, enquanto relação entre os indivíduos e o elemento histórico, entendido este como o conjunto de instituições, processos de subjetivação e regras em que se concretizam as relações de poder. A partir dessa associação, Agamben (2005) entende o dispositivo como algo que tem a capacidade de capturar, controlar, modelar, determinar os gestos, discursos, condutas e opiniões. “O dispositivo é, na realidade, antes de tudo, uma máquina que produz subjetivações, e só enquanto tal é uma máquina de governo” (p. 15).

Por considerar que os dispositivos da fase atual do capitalismo agem por processos de dessubjetivação, sugere que os dispositivos devam ser “profanados”: a profanação<sup>8</sup> funciona como um contradispositivo que permite incidir não apenas no próprio dispositivo, mas sobre os processos de subjetivação. A tentativa e o esforço no presente trabalho é de, através da convivência, modificar o dispositivo terapêutico clássico visando produzir processos de subjetivação que respeitem o modo próprio de simbolização e de experiência de cada um em relações mais horizontalizadas. Neste sentido, na terminologia de Agamben, a convivência, tal como tentarei implementar, seria um contradispositivo.

O entendimento da convivência, no contexto deste trabalho, está imerso na heterogeneidade que constitui o campo da saúde mental no Brasil, mas, ao mesmo tempo, atrelado a um conjunto de princípios: território, rede, reabilitação psicossocial, contratualidade, empoderamento, autonomia, indissociabilidade clínica-política, cidadania, inclusão social, entre outros. Encontra sua *especificidade estratégica* justamente neste esforço, neste campo, de transformar as formas de lidar com o sofrimento psíquico no social.

Situa-se em *campos de força*, posicionando-se a partir da noção de enfrentamento do preconceito presente na raiz do conceito de doença mental. Vincula-se a um *campo heterogêneo de saberes*: não se circunscreve a nenhum, daí, a inseparável vinculação clínica e política que está sendo problematizada neste trabalho.

## **1.2 O campo da atenção psicossocial: é possível uma clínica política**

“Prefiro pensar numa clínica que se posiciona e toma partido, enfrenta e desafia as relações de poder – sem deixar de considerar o risco de colocar-se, ela própria, a serviço destas relações”  
(LOBOSQUE, 2003, p. 125).

---

<sup>8</sup> “A profanação é o contradispositivo que restitui ao uso comum aquilo que o sacrifício havia separado e dividido”, neste sentido profanar significa ao contrário restituir ao livre uso dos homens (AGAMBEN, 2005, p. 14).

Tenório (2001) define o campo da atenção psicossocial, a partir em especial da década de 1990 no Brasil (GRIGOLO, 2010), como um novo paradigma de cuidados em saúde mental. “A atenção psicossocial não é exclusivamente nem a reabilitação, nem a clínica institucional, mas o conjunto de dispositivos e instituições que fazem com que o cuidado em saúde mental tenha uma incidência efetiva no cotidiano das pessoas assistidas” (TENÓRIO, 2001, p. 55). No plano institucional, a rede da atenção psicossocial (RAPS) é composta por diversos dispositivos como CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, programas de geração de renda, ações da saúde mental na atenção básica (TENÓRIO, 2001; AMARANTE, 2007; BRASIL, 2011b). No plano dos saberes é um campo informado por diversas referências:

O atual movimento da reforma psiquiátrica brasileira teve como período germinativo a luta mais ampla pela redemocratização do país na segunda metade da década de 1970. Trata-se de um processo histórico impulsionado por circunstâncias próprias ao Brasil, que amadureceu segundo as exigências concretas que enfrentou e as soluções particulares que desenvolveu, sem a importação colonizada de modelos. Nem por isso deixa de ter relação com algumas das iniciativas de transformação da psiquiatria vividas na Europa e nos Estados Unidos desde o fim da Segunda Guerra Mundial, como a psicoterapia institucional francesa, a desinstitucionalização italiana, as comunidades terapêuticas inglesas e, em menor escala, a psiquiatria preventiva-comunitária norte americana (TENÓRIO, 2001, p. 25).

Amarante (2007), avaliando o diferente impacto no Brasil destas iniciativas de transformação da psiquiatria, classifica-as “em dois grupos mais um” (p. 41). O primeiro grupo, incluindo a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, apostou na introdução de mudanças na gestão do hospital psiquiátrico, de forma a torná-lo verdadeiramente terapêutico. O primado da escuta polifônica, em uma busca para ampliar os referenciais teóricos sem reduzir a escuta a uma corrente conceitual específica e a noção de acolhimento, destacando a importância da equipe e do espaço institucional como suporte e referência, são as propostas mais interessantes deste grupo (AMARANTE, 2007).

O segundo grupo, representado pela Psiquiatria Preventiva e pela Psiquiatria de Setor (as limitações oriundas da experiência francesa da psicoterapia institucional apontou para a necessidade de um trabalho externo ao hospital psiquiátrico), com estratégias de efetivação de políticas de desospitalização, implantou vários serviços de saúde mental cujo objetivo era “tornar o hospital um recurso obsoleto, que fosse caindo em desuso” (AMARANTE, 2007, p. 51). O que, na prática, não ocorreu, pois

as novas instituições (centros de saúde mental, oficinas protegidas, hospitais-dias, etc.) não se pretendiam substitutivas ao hospital.

É no outro grupo, “o mais um”<sup>9</sup>, que a experiência italiana de desinstitucionalização está incluída. Em que pese a importância histórica dos outros modelos, a experiência italiana se destaca, haja visto que a política de saúde mental é uma proposta, com sabor brasileiro, de desinstitucionalização (LOBOSQUE, 2003; AMARANTE, 2007; BRASIL, 2011b). O cerne do paradigma da desinstitucionalização é a premissa de que o conceito de doença mental é a redução, grosseira e simplificada, de um fenômeno complexo: a existência e a relação entre os homens (BASAGLIA, 1985, 2005; TENÓRIO, 2001; AMARANTE, 2007, SZASZ, 1977). A desconstrução, portanto, que está em jogo não é apenas a da instituição psiquiátrica, mas do conjunto de aparatos (institucionais, simbólicos, teóricos, sociais e políticos) que sustentam a ideia de doença mental. “A expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas” (AMARANTE, 2007, p. 56-7), como aconteciam nos modelos dos outros dois grupos. Mais do que regionalizados ou setorizados, os novos serviços têm uma base territorial e buscam reconstruir as formas como a sociedade lida com a pessoa com sofrimento psíquico que “tradicionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade” (p. 58).

Na apresentação do livro de Scarcelli (2011), sobre duas importantes experiências brasileiras de construção de moradias para pessoas que estavam institucionalizadas em hospitais psiquiátricos brasileiros, Amarante coloca em questão o valor do terapêutico na proposta de desinstitucionalização.

Se a superação do modelo manicomial implica não apenas a desmontagem do equipamento hospital psiquiátrico, mas também a construção de muitos outros dispositivos que vão além do aspecto assistencial, é interessante observar que um recurso tão importante quanto uma residência venha a ser denominado no âmbito das políticas de Saúde Mental, como serviço residencial terapêutico. Sempre considerei no mínimo curioso que residências fossem denominadas de serviços, e que tanto residências quanto serviços fossem considerados terapêuticos, pois remete aos

---

<sup>9</sup> “Passaremos ao ‘outro’ grupo para o qual preferi não denominá-lo ‘reformas psiquiátricas’, pois não seria correto fazê-lo (...) Na verdade, não seriam experiências de ‘reforma’ no sentido estrito do termo, na medida em que deram início a processos de rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional” (AMARANTE, 2007, p. 51). Além da experiência de desinstitucionalização italiana, Amarante (2007) ainda inclui neste grupo a Antipsiquiatria que teve início na Inglaterra no final do anos 1950.

princípios das instituições de tratamento e correção moral, como os manicômios, os reformatórios e as penitenciárias, que pressupõem que a terapêutica seja consequência do próprio projeto institucional (AMARANTE, 2011, p. 10).

A discussão que Amarante (2011) faz é importante, especialmente ao considerar que um grande mérito histórico do “grupo o mais um”, foi justamente denunciar que falho não era apenas o hospital psiquiátrico enquanto sistema institucional, mas também enquanto sistema científico (BASAGLIA, 1985); e também pertinente para pensar políticas públicas intersetoriais para a saúde mental no Brasil<sup>10</sup>. Todavia, creio ser importante neste momento do texto resgatar o lugar da clínica, do cuidado no campo da saúde mental, pois, para que as mudanças sociais possam acontecer, é importante ajudar as pessoas a transformar sua experiência de sofrimento a fim de que até mesmo alguma mudança seja desejada. Elia (2000) resgata a importância da clínica nos processos de desinstitucionalização, pois “(...) a *produção de subjetividade* é, em si mesma, uma *estratégia de desconstrução da instituição fechada*” (p. 89), não se tratando apenas de conceber um sujeito tomado pelo sócio-cultural, como se fosse suficiente apenas desenvolver competências sociais, mas desfazer a dualidade externo-interno e pensar

que o interno continua no externo (ou no “em-torno”) e vice-versa, e que não há sujeito que não se constitua a partir de que lhe é alteritário, sem com isso confundi-lo com o meio ambiente natural ou social (...) já que o que é alteritário ao sujeito é, antes de acima de tudo, um mundo de linguagem, e não de signos naturais e sociais já codificados e determinantes do sujeito. Se fosse assim, estaríamos substituindo o determinismo dos fatores “internos” (...) por fatores sociais, e o sujeito permaneceria objeto. Recusando o saber que insiste em ver no sujeito o ‘fenótipo’ de uma interioridade instintiva e orgânica, temos que cuidar para não cair no colo do saber que dele faz a marionete dos fatores sociais. O que insiste, nas duas posturas, é a exclusão do sujeito (p. 86).

A produção de subjetividade está necessariamente ligada à intersubjetividade. Coelho e Figueiredo (2004) postulam quatro matrizes organizadoras da experiência da intersubjetividade<sup>11</sup>. “A prática clínica gera, inevitavelmente, uma intersubjetividade no encontro de sujeitos que se formam ou se transformam no ato de si” (JESUS, 2013, p. 73). Para Coelho Junior e Figueiredo (2004), esta é apenas uma das dimensões da

---

<sup>10</sup> A última Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida, em 2010, teve como foco de debate justamente a intersetorialidade.

<sup>11</sup> Neste artigo, os autores buscam confrontar o campo das psicologias com as exigências éticas do reconhecimento da alteridade como elemento fundante das subjetividades: “trata-se, em última análise, de como as dívidas para com os outros, contraídas na constituição do self, podem ser enfrentadas e assumidas por cada indivíduo. Além de sua implicação ética, é uma questão importante no campo da saúde mental” (COELHO; FIGUEIREDO, 2004, p. 2).

alteridade presentes na experiência da intersubjetividade: a *intersubjetividade interpessoal*, o campo das relações construídas nas interações concretas entre sujeitos. A alteridade, para os autores, ainda estaria presente em outras três dimensões: trans-subjetiva, traumática e intrapsíquica. A intersubjetividade trans-subjetiva refere-se a “uma modalidade pré-subjetiva da existência” (p. 5), de modo que o que nos precede deve ser entendido como algo que, apesar de não ser eu, permite que eu possa vir a ser. Heidegger, Scheler e Merleau-Ponty são as referências para problematizar esta dimensão da alteridade: “apontam para uma matriz intersubjetiva que concebe a alteridade como inaugural e anterior, como um solo trans-subjetivo, anterior inclusive à possibilidade instituída de um eu que venha a se opor ou a se relacionar com um outro” (COELHO; FIGUEIREDO, 2004, p. 6). A intersubjetividade traumática faz referência à alteridade que me precede, me traumatiza e, por consequência, me constitui. A experiência subjetiva é abertura incessante ao outro, que ultrapassa nossa capacidade de compreensão e acolhimento (COELHO; FIGUEIREDO, 2004), mas exige, no entanto, resposta, afinal o sofrimento de outrem é inaceitável (Lévinas, 1982/2004). As experiências de subjetivação “deveriam também e, principalmente, caracterizar-se como convivências e transformações (e transformações requerem e implicam trabalho [...]) diante daquilo que a princípio tende-se a excluir” (COELHO; FIGUEIREDO, 2004, p. 6). É o trabalho exigido pelo outro que caracteriza esta dimensão da intersubjetividade como traumática. Na intersubjetividade intrapsíquica, a alteridade aparece como uma presença-ausência que, precisamente por esta dinâmica, anuncia a constante presença do conflito psíquico. A dimensão clínica da convivência se associa à ideia de produção de subjetividade que apenas faz sentido em processos intersubjetivos.

Lobosque (2001) afirma que considerar a dimensão da subjetividade nas experiências da loucura e da luta política em geral tem a ver com algo em cada um de nós que

não se conforma, não se adapta ao que é (...) é claro que as pessoas podem acabar fazendo aquilo que as mandam fazer, seja pela violência da ordem, seja pela desistência do combate; em cada ser humano, porém, para além das suas qualidades e defeitos, para além da presença ou não da coragem e das ocasiões de resistir, existe algo que insiste, que não cede. A subjetividade, tal como nos interessa resgatá-la, tem a ver com esta alguma coisa que permanece irreduzível, sempre incapaz de curvar-se, de consentir numa dominação. A subjetividade tem a ver com este corpo, esta história, estas marcas inconfundíveis de cada um de nós; mas não entra na clássica oposição individual x social; pelo contrário, a consideração de suas diferenças é indispensável para toda construção coletiva (p. 20).

Meu esforço atento neste trabalho é justamente evitar este dualismo que opõe clínica e política, de forma – espero – crítica: afinal o que moveu o desejo e tema do doutorado foi justamente perceber que em espaços a princípio não clínicos, como a TV Sã e o Centro de Convivência, resultados terapêuticos inusitados surgiam, permitindo, por exemplo, evitar, acolher e gerenciar crises; por outro lado, a presença de processos de institucionalização, às vezes de forma discreta, às vezes aviltante, nos CAPS impediam, em algumas circunstâncias, o próprio cuidado. De modo que, presenciei efeitos clínicos em espaços políticos e, simultaneamente, pude observar os limites apresentados nos espaços de cuidado em função de uma atuação desvinculada da política e da atuação social. Na própria produção dos capítulos, se o foco recaiu de maneira mais específica em um aspecto, há um esforço de articulação, em uma lógica de complementariedade (DERRIDA, 1967/1999) sempre presente entre as dimensões éticas, políticas e clínicas.

Concordo com Amarante (2011) que nosso trabalho vai além de “reinventar a vida para – e com – as pessoas que saem dos manicômios, ou que por suas experiências psíquicas precisam construir outras trajetórias de vida” (p. 11), mas é um projeto maior de luta “contra as práticas de exclusão da sociedade capitalista” (idem). Penso que esta mudança é possível no cuidado oferecido cotidianamente e singularmente a cada sujeito que sofre, por isso, é a própria convivência que tento circunscrever como um dispositivo de cuidado no campo de atenção psicossocial. Há necessariamente presente uma dimensão de cuidado clínico se o trabalho opera com o sofrimento:

(...) há este dilaceramento subjetivo que é a experiência da crise – escutar vozes sem parar, estar ligado no rádio ou na TV de uma forma que ameaça ou persegue, andar sem parar ou ficar imóvel, disparar a falar, perder completamente o fio da fala; desandar, enfim... há certas experiências do depois da crise, onde aquilo que era insuportavelmente intenso já passou, mas deixando um vazio sem fundo: a apatia, a robotização, o bloqueio... também, por outro lado, há a dimensão da reconstrução: conseguir com a ajuda de um técnico, de um amigo, ou até sozinho, montar uma explicação para as vozes e os delírios, mesmo que esta explicação seja ela própria delirante; recuperar uma relação que parecia perdida com a família, ou perceber que, na impossibilidade da vida em família, existem outros espaços legítimos de convívio e afeto; fazer arte, procurar trabalho, definir políticas, participar de movimentos... enfim, criar novas produções de sentido (LOBOSQUE, 2001, p. 21).

O que se visa é poder produzir sentidos através da convivência. Lobosque (2003) defende que lidar com pessoas em sofrimento psíquico em momentos de crise envolve a dimensão do cuidado: “quando o dilaceramento psíquico atinge em cheio o sujeito, um certo modo de acompanhamento, de presença, de atos e palavras se faz

necessário como forma de ajuda” (p. 20). No entanto, a autora deixa claro que afirmar que alguém precisa de ajuda muitas vezes é uma forma de dominar e aliciar, de modo que “a questão de uma ajuda que se exerça sem domínio, eis aquela que se coloca para nós – não apenas nas relações com a loucura, mas nas relações dos homens entre si” (p. 21). Trata-se especificamente de pensar a “clínica em movimento”, para além de sua tradicional função de controle social, que se combina e articula e se transforma no convívio entre os homens (LOBOSQUE, 2003).

Partimos do princípio de que já se encontram superadas certas falsas oposições que nos impossibilitariam para produzir – as oposições que uma certa má fé institui, ao queixar-se de que os importunos grilhões do gerenciamento cerceiam a doce liberdade da clínica; de que as mesquinhas da política contaminariam a intocável pureza da técnica. Clínica e gerenciamento, técnica e política, são com certeza termos que nos exigem todo um esforço para sua articulação; este esforço, todavia, não nos levaria a lugar algum, se não partimos da admissão da necessidade de gerir – em casa como na cidade, no consultório como no centro de saúde, no público como no privado (LOBOSQUE, 2001, p. 148).

Tentando responder à questão “o quanto é bastante” no gerenciamento dos CAPS, a autora procura desfazer uma aparente contradição: como acolher a todos e estabelecer prioridades? A postura de acolher bem a todos não se confunde com a ideia de necessariamente tornar cada cidadão que busca o serviço em um usuário (LOBOSQUE, 2001). De toda forma, para o reconhecimento do que seria grave – que adjetiva o sofrimento da clientela do CAPS -, defende que é a urgência subjetiva que está em causa: “ou seja: justamente porque somos clínicos, não estamos a serviço das demandas sociais de homeostase ou adaptação; nossa preocupação é reconhecer e *tratar o sofrimento psíquico quando ele se torna insuportável subjetivamente*” (p. 150, grifo meu).

Scarcelli (2011) levanta a hipótese de que uma aliança informal tática entre a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e representantes do movimento antimanicomial tem viabilizado a implementação de algumas propostas. Para a autora, isto gera uma tentativa de operacionalizar as experiências consideradas de sucesso a partir de portarias e medidas normatizadoras que acabam por desconsiderar as passagens necessárias e as idiosincrasias de cada local para a construção de práticas, o que pode levar a uma burocratização. Penso que Scarcelli aponta uma importante questão, que será problematizada no capítulo 3, sobre o risco atual e recorrente de, com a melhor das “intenções”, ajudarmos a construir serviços que reproduzam a lógica manicomial e de exclusão. No entanto, junto com Lobosque, creio que não seja

interessante manter a dualidade técnica/política x clínica/atuação: se nosso contexto é do SUS e da implementação de uma política pública que visa a reinserção social e a desinstitucionalização no campo da saúde mental, é preciso regulamentar para ter financiamento do Estado. A prática não se engessa necessariamente pela “norma” e por decretos, mas, ao que parece, por uma atuação acrítica.

Não há nenhuma regulamentação do Ministério da Saúde em relação ao CAPS que diga que, se o usuário se atrasar para a oficina em 15 minutos, não poderá entrar e deve voltar para casa! Se um CAPS assim decide agir, isto se deve a uma prática desarticulada da dimensão político-ética do cuidado dos profissionais que gerenciam este espaço particular. Entendo que está em jogo a falta de preparação dos profissionais, uma formação autoritária e a falta de supervisão como alguns aspectos importantes para a tomada de decisões bem intencionadas, mas que destoam das diretrizes e objetivos de um serviço tipo CAPS. Concordo com Scarcelli (2011) quando chama a atenção para a despolitização nos estudos sobre saúde e na implementação de serviços de saúde mental que acabam por levar a uma “tecnificação de políticas sociais”. Há, porém, várias experiências no Brasil, ao longo das três últimas décadas, que apontam para a possibilidade, a partir da proposta de desinstitucionalização, na qual a clínica foi inicialmente negada e contestada por seu lugar na história de exclusão da loucura, de produzir dispositivos de cuidado na saúde mental que estejam articulados com uma dimensão ética e política.

O desafio da cidadania do louco é o de *como ela pode se realizar concretamente na vida de cada um, o que traz como exigência a sustentação de práticas singulares de cuidado e acompanhamento do sujeito*. Por essa via, a clínica, inicialmente rechaçada, retorna não mais como impedimento à cidadania, mas inversamente, como sua condição afetiva. Benilton Bezerra Jr. afirma que a tensão entre essas duas oposições, ou entre o que ele chamou de “clínicos” e “políticos”, esteve presente sobretudo nos primeiros anos do processo brasileiro de reforma psiquiátrica. Observa entretanto que, se em algum momento essa polaridade assumiu ares de oposição, o amadurecimento e as exigências do processo de reforma fizeram com que desse lugar a uma certa ‘complementariedade de iniciativas’ (TENÓRIO, 2001, p. 25, grifo meu).

Diversas ações concretas no campo da saúde mental, bem como diversos estudos, ressaltam a necessidade de construção de uma clínica, não naturalizada e apolítica, mas contextualizada, ampliada, territorializada, peripatética<sup>12</sup> e política

---

<sup>12</sup> “Conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando – peripatetismo – são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento” (LANCETTI, 2008, p. 19).

(LOBOSQUE, 1997, 2003; TENÓRIO, 2001; ROTELLI, 2004; AMARANTE, 2007; LANCETTI, 2008; GRIGOLO, 2010; BRAGA; COSTA, 2013).

A clínica no campo da saúde mental (...) tem sofrido um processo de ‘transição aguda’ desde o modelo hospitalar-manicomial e seus fundamentos teóricos para uma clínica produzida a partir de novos pressupostos e novos atores (usuários, cidadãos, trabalhadores, familiares), novos cenários de cuidado (a comunidade, a família, o PSF, os CAPS, o território), sob um novo estatuto legal (não mais “loucos de todo gênero”, mas sujeitos de direito, no contexto da vida comum), de outra política de atenção em saúde mental (não mais centrada na exclusão e hospitalização) e de novos desafios éticos e clínicos para os trabalhadores deste campo (GRIGOLO, 2010, p. 37).

Este trabalho, alinhado com esta perspectiva, sustenta a possibilidade de uma clínica política e aposta na convivência como estratégia de um cuidado no território que considera o sujeito em suas várias dimensões, constitutivas e intersubjetivas.

### **1.3 O lugar da convivência no campo da saúde mental: breve recorte histórico**

Foucault (1993, 2002), em sua já clássica análise da história da loucura, mostrou que o processo de silenciamento da loucura e sua exclusão está intimamente articulado com a redução do complexo fenômeno existencial loucura à ideia de doença mental. Para Szasz (1977), o conceito de doença mental – que o autor chama de mito – funciona como um disfarce, encobre justamente o desafio que sempre é e existe para os homens de conviverem com seus semelhantes. Com o conceito de doença mental, produz-se uma “coisa” impessoal e, ao mesmo tempo, moral e, com isso, “falhamos em aceitar o simples fato de que as relações humanas são inerentemente carregadas de dificuldades e que torná-las, mesmo relativamente, harmoniosas requer muita paciência e trabalho árduo” (p. 27).

Excluído, afirma Foucault (1993, 2002), o louco já estava, mas a reclusão ao hospital psiquiátrico marca uma mudança: o silenciamento e a exclusão da subjetividade que se opera a partir da redução da loucura à ideia de doença mental. Silêncio nas trocas interpessoais, como Diaktime, Quartier-Frings e Andreoli (1993) expressam, o hospício é o local de grau zero de interlocução. Silenciamento, também, como Goffman e Basaglia tão bem o descreveram, de si mesmo, de ser um sujeito. Nos hospícios, estão excluídos do convívio social e a convivência na instituição tem a marca da mortificação do eu. Basaglia (2005) descreve o processo de restrição e diminuição de si mesmo, fruto da institucionalização.

A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, a condição permanente de estar à mercê dos outros, sem a mínima iniciativa pessoal, com seus dias fracionados e ordenados segundo horários ditados unicamente por exigências organizacionais que – justamente enquanto tais – não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida do asilo (p. 24).

Scarcelli (2011) afirma que o hospital psiquiátrico reúne as esferas da vida – dormir, trabalhar e brincar - que haviam sido separadas na organização das cidades. “Dentro do hospital, somos desabitados de tempo e presas do espaço” (PALOMBINI, 2004, p. 24). O hospício, enquanto lugar de violação ao sujeito e sua sociabilidade, exige uma adaptação à vida institucional inusitada para um adulto. Em relação ao papel submisso e não usual para um adulto, que é atribuído ao “paciente”, Scarcelli (2011) chama nossa atenção a regras como pedir permissão para ir ao banheiro: por descaso – ou pior, como punição - nem sempre o pedido é ouvido.

Eis que, a partir do fim da Segunda Guerra Mundial, surgem na Europa e nos Estados Unidos movimentos e práticas que começam a colocar em questão a institucionalização, conforme discutiu-se brevemente no tópico anterior.

A falta de ar atingira um limiar insuportável, não dava mais para continuar desse jeito: uma questão político-ideológica, com certeza, mas sobretudo uma questão de desejo; não eram apenas os pacientes que se asfixiavam nessa paisagem, mas também os profissionais que nela atuavam (ROLNIK, 1997, p. 83).

Com as comunidades terapêuticas, a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor, a convivência se transforma. Delion (1984) destaca posições históricas ideológicas que marcam o estar junto, a convivência, no contexto da saúde mental: “desde o fazer-sem-ele-uma-vez-excluído, até o fazer-no-lugar-dele passando para o fazer-por-ele” (p. 75, tradução livre).

Estas experiências tiveram um impacto, em especial, nas relações interpessoais, um esforço de modificação do silenciamento e da mortificação do eu típicas do hospício. Observo que estas experiências guardam um alcance clínico, que gostaria de explorar, no quarto capítulo. A psicoterapia institucional francesa é considerada, por Oury (1989), um de seus principais representantes, como uma instância crítica da psiquiatria, onde a abordagem oferecida ao sofrimento psíquico intenso precisa ser coletivo, em uma “comunidade estrutural”. É a criação de um coletivo cujo objetivo é desbloquear as energias congeladas, em uma prática de luta contra a segregação. Para o autor, a abordagem psicoterápica das psicoses exige uma

metodologia não redutora, havendo a necessidade de privilegiar as vias de acesso polidimensionais e policentradas. Ainda que tenha influenciado a experiência brasileira, diferencia-se fundamentalmente da reforma psiquiátrica brasileira por não se propor substitutiva ao hospital psiquiátrico (TENÓRIO, 2001; LOBOSQUE, 2001).

De Tosquelles, leitor de Freud, em Saint Alban, a Jean Oury, analisando de Lacan, em La Borde, talvez possamos dizer que a psicoterapia institucional (de forma não muito diferente das comunidades terapêuticas), retira o louco do hospício para inseri-lo em cuidados terapêuticos onde se procura preservar relações humanas e dignas; estas relações, porém, acabam por não sair, justamente, do âmbito e do ambiente “terapêuticos”- ou seja, o serviço se torna antes uma nova casa e um novo mundo para o usuário, do que um espaço de abertura para outros mundos e casas (LOBOSQUE, 2001, p. 125).

Basaglia (2005) questiona o alcance da reforma proposta pela psiquiatria francesa que se, por um lado, ergue barreiras para impedir a entrada no hospital psiquiátrico, por outro, continuaria lugar de alienação “se for organizado como um mundo completo em si mesmo, no qual todas as necessidades são satisfeitas, como numa **gaiola de ouro**” (p. 32, grifo meu). Seus limites justamente aí se encontram, pois uma vida ideal – e artificial – dificilmente se sustenta, ou talvez seja mais preciso dizer, mesmo que se sustente, será às custas da exclusão. Sibemberg (2004) destaca que diversos dispositivos como assembleias e grupos operativos foram construídos com base em uma vida *ideal* de relações sociais, como se tais dispositivos fossem capazes de tratar e “educar” os sujeitos na direção da inclusão social.

Por isso, para a experiência italiana, é preciso ir além, é preciso desinstitucionalizar:

(...) o hospital psiquiátrico, ainda que modificado e transformado, permanece – enquanto tal – causa de doença, foco de infecção, não só em sua função de reconhecimento-codificação e expropriação do sofrimento enquanto distúrbio psiquiátrico; não só por estender para o território a cultura e as regras mediante as quais efetua esse reconhecimento e a expulsão que daí resulta; mas também na medida em que, com sua própria existência, pré-forma os conteúdos da demanda, endereçando-a aos canais convenientes, a fim de que a abertura da crise, em qualquer nível, seja automaticamente compensada com a expulsão do portador para o bolsão de contenção (...) Por essas razões, qualquer forma de sobrevivência do hospital psiquiátrico, ainda que aparentemente periférica e quantitativamente reduzida, define, a partir do papel que ele exerce, a lógica de funcionamento dos circuitos dos quais faz parte; em contraposição, sua destruição representa a ruptura do próprio cerne do mecanismo com o qual se fabrica, no mundo da saúde, a diversidade como “inferioridade”, e se pré-formam as respostas para invalidar-lhe a existência (BASAGLIA, 2005, p. 247).

Descrevendo a experiência italiana de desinstitucionalização, Basaglia (2005) destaca que o processo de transformação institucional, sustentado pela busca de destruição do hospital e o poder-saber que o caracteriza, buscou substituir a relação de tutela por uma relação de contrato. Não como um “prêmio” por ter se “reabilitado”, mas como aquisição de um poder de base que seria preliminar a qualquer contratualidade nas relações (BASAGLIA, 2005). Neste processo, tratou-se de evitar e lutar contra a cristalização das respostas, de não evitar as contradições com respostas pré-constituídas, mas de, ao contrário, fazê-las fermentar e aprofundar seus significados, prosseguindo no território a luta contra a lógica do “serviço” (BASAGLIA, 2005). Em relação à convivência, esta superação implica não apenas em “tolerar” a loucura, mas a “recusa à interrupção das relações quando já não se possuem as regras para sustentá-las sem transtornos” (p. 256) e por manter aberto um “encontro-confronto-reconhecimento (...); a recusa a organizá-lo segundo formas de socialização pré-constituídas” (p. 256).

Para Lobosque (2001), o que se trata de evitar

é que o contato com a loucura, sob qualquer ângulo que seja, tome as formas da violência, do medo, do nojo, do autoritarismo; tampouco aquelas da confusão, da colagem, da piedade. Esse contato, é possível fazê-lo como interlocução. (...) Assim reconhecemos as experiências da loucura não como aberração ou déficit, mas como experiências legítimas e pensáveis do corpo, da existência, do pensamento. Experiências perturbadoras, sim, porque podem rasgar o sentido; mas podem também, em certos casos, imprimir ao sentido outros cortes, possibilitando inimagináveis refazendas (p. 22).

Como ensina Basaglia (1985, 2005), para desinstitucionalizar é preciso transformar a relação que se estabelece entre equipe técnica e usuários, estendendo-se esta mudança na forma de conviver para o território e todas as relações sociais.

(...) nossa posição de privilégio perante um doente que foi inferiorizado aos nossos olhos não será facilmente superável (dificilmente conseguiremos cancelar nosso papel, que nos coloca numa posição de vantagem); mas poderemos tentar *viver as exigências que fazem parte da realidade* do doente, desencadeando uma relação que – para além de qualquer esquema institucionalizado – se tensione sobre o fio do risco e da contestação recíprocos (BASAGLIA, 2005, p. 58, grifo meu).

É convivendo, de forma igualitária e ética, que me parece, será possível uma forma de relação que faça um esforço consciente e cotidiano de não institucionalização.

Uma breve reflexão sobre dois filmes que retratam a experiência francesa e italiana de reforma psiquiátrica exemplificará a diferença entre os dois modelos e o papel da convivência em cada forma de cuidado ofertado no campo da saúde mental.

O primeiro filme é *La moindre des choses* de Nicolas Philibert. O impacto das primeiras cenas persiste ao longo do filme: o lugar é lindo, um castelo francês, mas as estereotípias, o andar em círculo, a calça desabotoada, a falta de dentes, a tristeza e a apatia. Não deixam dúvidas: são imagens do hospício. Os defensores do hospício dizem ser imagens da cronificação da doença. Quem acompanhou a saída de pessoas de situação de institucionalização – às vezes um passeio é suficiente para ver a mudança – discorda e associa a cronificação com o isolamento, com a falta de convivência e o silenciamento.

No entanto, não é um hospício, no sentido da convivência. Ao invés da troca zero (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993), em *La Borde* – o filme é um documentário que retrata o cotidiano da famosa clínica ícone da psicoterapia institucional francesa – a convivência está presente: são pessoas que efetivamente moram juntas nesta instituição e dividem os espaços e os cuidados. Não parece haver lugares proibidos, assumem funções diferentes (desde atender o telefone, separar os remédios, cozinhar, etc.). Lecarpentier (1989), ao apresentar a clínica de *La Borde*, confirma minha impressão, destacando a liberdade de circulação dos pacientes pela instituição: “setores considerados tradicionalmente como não fazendo parte da dimensão do cuidado, como a cozinha, os escritórios, (...), o setor de serviços, passam a ter “coeficiente psicoterápico” (p. 2), tornando-se oportunidade para encontros, investimentos e responsabilidade. O autor destaca ainda a necessidade de reuniões para lutar contra o fechamento, a hierarquia, a segregação e a uniformização.

O momento mais rico, mais potencial, é o da montagem da peça. Não é uma montagem de faz-de-conta, é real: investem-se nas habilidades, encontram-se lugar para todos que desejam, é um grande espetáculo e é dirigido para o exterior. Há um público, as famílias e colaboradores são convidados para participar e fazer doações. Em especial, a figura do músico é potencializadora: ele investe e acredita, incentiva, não desiste. A peça é organizada pelo Clube Terapêutico, uma espécie de centro de convivência, uma instância coletiva que, através da autogestão com participação de todos, pensionistas e cuidadores, define as atividades e cotidiano de *La Borde* (PASSOS, 2009). O Clube Terapêutico tem este mérito de fazer um esforço de interlocução com o território: passeios, viagens, o convite para que as pessoas venham

assistir à peça... Lecarpentier (1989) destaca a importância do Clube Terapêutico, que guarda relações econômicas específicas com a clínica, gerando uma variedade de atividades (culturais, esportivas, artísticas, de animação, de saídas, ergoterapia...) que dão suporte à vida cotidiana. A impressão que o filme passa é a de que eles se sentem cuidados, são ouvidos, são respeitados, inclusive, em um certo sentido, de serem livres para serem loucos, não precisando lidar com a demanda cotidiana de ser diferente do que se é para ser aceito, o que de maneira geral se exige na sociedade.

“Nós temos a necessidade de cuidados, nós os doentes”.

“Foi você, a sociedade em geral que me deixou doente. Agora, na sociedade aqui estou melhor. Te dou um conselho: não fale de sua saúde para um médico porque ele pode te subjugar<sup>13</sup>. Eu não estou subjogado aqui. É diferente com o meu irmão: ele fala com o psiquiatra e ele será preso” (tradução livre).

Eles são livres, recolhidos em *La Borde*. “Ele se sente protegido do exterior em *La Borde*. Estamos entre nós. Maternados, não, protegidos”, diz o diretor.

*Dá para fazer*. A mesma impressão – com diferença da beleza do lugar onde *La Borde* se situa – no início do filme<sup>14</sup>: alienação, estereotípias... Mas estando em uma instituição manicomial no filme, agora na Itália, também estão presentes, como marcas deste tipo de instituição, a infantilização, a subserviência, “o bom paciente é aquele que engole” (FOUCAULT, 2002, p. 318). A subestimação é a tônica: “uma semana azeitonas com caroço, outra sem” para etiquetar os preços, em um trabalho por caridade, “somente esmolas”, eles produzem, “senão eles se confundem”, não podem fazer um trabalho de verdade. O médico fala como se fossem imbecis e incapazes; o excesso de medicamento e seu efeito sedativo não entram na consideração da “incapacidade”. “Só falar para eles já é um esforço”; “Essa gente tem o inferno dentro de si”; “porque a vida normal para eles é um risco”, “são incapazes de aguentar as pressões do trabalho”.

“Então vocês erravam de propósito?”. Esta é a primeira transformação que se opera quando Nelo assume a cooperativa e – sem nada conhecer sobre “doença mental” – os trata como trabalhadores: “o trabalho tem que ser bem feito. O cliente

---

<sup>13</sup> O termo que este morador de *La Borde* utiliza no filme é *asservir*. Para me auxiliar na tradução, busco no *Le Nouveau Petit Robert* (1993) e a primeira definição é: reduzir à servidão, à escravidão (p. 137).

<sup>14</sup> O filme, baseado em fatos reais, narra a formação de uma cooperativa de trabalho com pacientes psiquiátricos como uma das estratégias utilizadas na Itália, após a promulgação da lei 180, em 1978, conhecida como Lei Basaglia, que proibiu no território italiano hospitais psiquiátricos.

deve ficar satisfeito”, “você aprendem”, “vou tratá-los como trabalhadores”. “Eu me chamo Luisa, também quero ser chamada de senhora”. “Vocês aprendem, vocês tem potencial”. Não são palavras vazias, Nelo realmente acredita na potencialidade. Está aí presente uma aposta antecipada na capacidade de vir a ser dessas pessoas. Trata-se da intersubjetividade interpessoal que Figueiredo (2007) aponta como tendo a função de reconhecer no cuidado. Nelo, junto com cada um e convidando cada um a espelhar seu cuidado, serve como uma testemunha que espelha o outro, em uma semelhança que se antecipa ao próprio objeto a ser reconhecido, em sua capacidade ainda por vir. Esta modalidade de presença, muitas vezes silenciosa e discreta, consiste em prestar atenção ao outro, na medida de sua necessidade.

“Como vai sócio?” A convivência se constrói a partir de uma identidade do grupo, por fazer parte. “Em uma cooperativa não é o diretor que decide, são os sócios”. “Erramos, porque tentamos”. “A culpa e o dinheiro são divididos em uma cooperativa”. Ao conclamar à vida, Nelo também assume a função de interpelar do cuidado (FIGUEIREDO, 2007).

“Já que vamos trabalhar juntos, devemos nos conhecer, não acham?” A primeira aproximação é sentida como invasiva por Luca. Luca resiste, mas Nelo não desiste. Mudança fundamental: quando Luca dá um soco em Nelo e, ao invés, de punição recebe cumplicidade: “não deduramos companheiros, resolvemos entre nós: um problema entre colegas se resolve entre colegas”. Neste sentido, penso que se trata da busca de desconstrução das relações de poder, tal como Basaglia (1985, 2005) apontava. Mas há também uma assimetria que diz respeito ao cuidado. A assimetria se faz presente não para preservar o cuidador que se diferencia; a assimetria é para preservar o sujeito de que cuidamos, para que não passemos a exigir dele reciprocidade, afeto e cuidado conosco. Ele pode nos odiar e continuamos cuidando. A posição ética de Lévinas, a ser discutida no próximo capítulo, é aqui inspiração: trata-se de uma responsabilidade assimétrica, altruísta e desinteressada, não importa o que Outrem seja em relação a mim, ele é, antes de tudo, aquele por quem sou responsável (LÉVINAS, 1982b/2010). No sentido em que todos os homens são responsáveis uns pelos outros, mas eu mais do que todo o mundo, aquele cuja obrigação para com o próximo é infinita, nunca está quite com outrem. A mutualidade de cuidados, também a ser discutida no capítulo 2 com as contribuições de Figueiredo (2011), não deve se tornar imposição e exigência do cuidador: é uma consequência de uma posição afetiva e de disponibilidade do cuidador. A ideia de uso do objeto de

Winnicott (1983), ao falar da clínica com o sofrimento psicótico, pode ajudar a tematizar esta disponibilidade afetiva:

... você se preocupa com o problema de seu paciente. Você aceita ficar na posição de um objeto subjetivo, na vida do cliente, ao mesmo tempo em que conserva seus pés na terra. Você aceita amor, e mesmo o estado de enamorado, sem recuar e sem atuar a sua resposta. Você aceita ódio e o recebe com firmeza, ao invés de como vingança. Você tolera, em seu cliente, a falta de lógica, inconsistência, suspeita, confusão, debilidade, mesquinhez etc. e reconhecer todas essas coisas desagradáveis como sintomas de sofrimento (na vida particular, essas mesmas coisas o fariam manter distância). (...) em todos estes aspectos, você é, em sua área profissional limitada, uma pessoa profundamente envolvida com sentimentos e, ainda assim, à distância, sabendo que não tem culpa da doença de seu paciente e sabendo os limites de suas possibilidades de alterar a situação de crise (apud COSTA, 2013, p. 66).

Em um outro contexto, o de uma análise geral das relações de poder, Veronese e Guareschi (2006) afirmam que é preciso lembrar que a assimetria nem sempre estará ligada à dominação; algumas relações - como a da mãe-bebê, por exemplo - são assimétricas, pois os recursos materiais e imateriais para lidar com a realidade são diferentes. De modo que, outros elementos como o amor, o cuidado, o ensino, podem evitar que a assimetria evolua para a dominação nestes relacionamentos. Lobosque (2001) também tematiza esta questão, ao afirmar que, no cotidiano dos serviços, são experimentados desafios clínicos como

sustentar a assimetria indispensável ao tratamento com a igualdade igualmente indispensável no trato com pessoas que convivem conosco por vezes 12 horas, todos os dias; a montagem de um bloco de carnaval é tão importante para a equipe e para o se procura oferecer aos usuários quanto o atendimento individual (p. 110) .

Um pouco mais de *Dá para fazer*. Sergio, ao se apresentar para a moça que lhe atrai, deixa de ser Topo Gigio, o doente mental do médico e da mamãe - “ele continua sendo uma criança”. O suicídio de Sergio, que se segue à desilusão amorosa, faz lembrar que, junto com o reconhecimento fundamental e ético de que são pessoas – trabalhadores, namorados, amantes, amigos, sócios, consumidores<sup>15</sup> – é preciso não esquecer o cuidado, diferentes necessidades que precisam ser respeitadas. Delicado equilíbrio, que não se alcança inteiramente o tempo todo, mas pode funcionar como horizonte sempre presente em nossas ações, entre tratar como igual (pois somos), apostando no sujeito; e oferecer o cuidado em função de cada necessidade, porque

---

<sup>15</sup> Luisa, que desde que engravidou solteira, teve seu filho afastado de si e vive no hospício, não sabe o tamanho de suas roupas, pois nunca mais teve a chance de comprar ou escolher o que vestir: veste as sobras de caridade que lhe são impostas.

somos diferentes (pois somos; não por um diagnóstico, somos todos, nos constituímos de forma diferente e mais ou menos congruente com o que é exigido socialmente de nós).

Um outro exemplo. Sr. Ossi diz “não tenho preferências, não sei de nada, não me toque, não me toque”. “Faça como quiser”, responde Nelo, mas para Ossi simplesmente ir à direita ou à esquerda não é uma possibilidade naquele momento. Seu colega de hospício Gofredo, mais sensível às necessidades através de sua convivência com Ossi, diz “à esquerda”, retirando-o de uma dúvida imobilizadora.

Encontrar a função de cada um, valorizando suas habilidades, potencialidades e diferenças: isto é comum com *La Borde*. A diferença: na vida, no território. Mas também a importância de reconhecer as necessidades e limites. Neste sentido, é preciso apostar no “dá para fazer” visando as potencialidades e no “não dá para fazer”, respeitando as necessidades e limites<sup>16</sup>. Quando se forma a cooperativa independente da tutela do hospital, se afirma que “serão tratados primeiro como trabalhadores e apenas se houver necessidade como pessoa com problemas mentais”. O desafio é estar atento para não tutelar e, ao mesmo tempo, não descuidar das necessidades tão idiossincráticas.

#### **1.4 O CAPS: enfrentando as dificuldades**

O CAPS<sup>17</sup> é fundamental serviço na construção de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva ao manicômio (BRASIL, 2004). Em última instância, um dos objetivos deste trabalho é ajudar a pensar em um funcionamento do CAPS que potencialize sua finalidade de ajudar a viver (TENÓRIO, 2001), de ter incidência concreta no cotidiano da vida das pessoas, (LOBOSQUE, 2003; AMARANTE, 2007). Para tanto, é preciso reconhecer e compreender suas principais dificuldades e limites na atualidade. Se, com Pires (2004), constatamos a importância do conhecer para construir um cuidado que vise à emancipação, poder refletir sobre as dificuldades

---

<sup>16</sup> Em uma cena nos momentos finais do filme, Nelo diz a Fábio, que cuida obsessivamente dos prazos de entrega e da administração de maneira geral da cooperativa, em um belo exemplo de transformar o que no hospital psiquiátrico era sintoma em habilidade, que “não dá para fazer”, que, mesmo que os prazos estejam apertados, todos vão sair para almoçar e comemorar. Este é o contraponto necessário e aprendido com a morte de Sérgio, pois a tônica que permitiu a construção da cooperativa e que a sustenta é a injunção “dá para fazer”.

<sup>17</sup> Na publicação Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial, o Ministério da Saúde (2004) apresenta com detalhes o que é um CAPS, seus princípios, objetivos, modalidades, bem como orienta os municípios acerca das ações necessárias para a implementação e financiamento deste serviço.

vivenciadas no cotidiano dos CAPS é importante passo para a construção de uma compreensão da convivência que possa efetivamente ser utilizada nos serviços, ajudando-os a alcançar sua vocação.

Conforme já apresentado, um dos motivadores deste estudo foi justamente testemunhar – e o desejo de reverter - o processo de institucionalização vivenciado cotidianamente no acompanhamento e supervisão dos extensionistas e estagiários em alguns serviços tipo CAPS no DF. A presente pesquisa fará uma análise da convivência em um CAPS no DF e está imbuída pelo desejo de ajudar a construir, em nosso território, uma outra forma de relação com o sofrimento psíquico grave (COSTA, 2003), em uma resposta social que não seja a exclusão, ciente de todos os desafios, contradições e impasses implicados em um esforço para cuidar sem tutelar (TENÓRIO, 2001; LOBOSQUE, 2003).

Jesus (2013), em sua pesquisa-intervenção sobre a institucionalização de um serviço de saúde mental em um município mineiro com menos de 20.000 habitantes, afirma que se o CAPS é comprometido com a mudança cultural em relação ao imaginário acerca da loucura, está dando sinais de perda de agilidade, burocratização e verticalidade. Merhy (2004) se posiciona de uma forma diferente, com a qual me identifico, pois, reconhecendo as dificuldades e impasses que os CAPS têm enfrentado, investe em um posicionamento crítico e autocrítico para ajudar o CAPS a alcançar seus objetivos. Primeiro, por acreditar no CAPS como um dispositivo de construção de concretas melhorias na forma de cuidar em saúde mental, através de práticas substitutivas ao mundo manicomial. Segundo, por defender a necessidade de crítica e autocrítica constantes no cotidiano dos CAPS, afinal “ter uma postura de que na constituição dos CAPS devemos seguir modelos fechados ou receitas, é eliminar a interessante multiplicidade deste, e não aproveitar de um fazer coletivo solidário e experimental” (MERHY, 2004, p. 4). A proposta do autor é que, de forma crítica e solidária, ocupemos-nos em questionar e autoquestionar os modos como estamos construindo as práticas antimanicomiais, em um processo de negação e reinvenção. Desinstitucionalizar, Basaglia (1985) nos ensinou, é negar a cada vez o movimento de institucionalização dos serviços, vivendo dialeticamente as contradições da realidade.

Em sua tese de doutoramento, Pacheco (2011), ao revisar os artigos publicados sobre os CAPS no período de 1974 a 2010<sup>18</sup>, afirma que

---

<sup>18</sup> A revisão de literatura da autora apoiou-se nos artigos científicos indexados no *SciELO (Scientific*

no que diz respeito ao funcionamento dos CAPS, fica evidente que estamos vivendo, de fato, uma transição de modelos. Os diversos artigos que tratam do funcionamento dos CAPS e das concepções de tratamento relatadas por profissionais, usuários e familiares demonstram que o CAPS é reconhecido por esses atores como um serviço fundamental no processo de reabilitação. Usuários relatam conquistas de autonomia nos afazeres cotidianos, na vida afetiva, social e econômica, associam o tratamento nos CAPS à redução do número de internações, ressaltando os aspectos positivos desses serviços (Marzano & Souza, 2004; Melo & Furegato, 2008; Mielke et al, 2009). Familiares sentem-se acolhidos e vêem o CAPS como ponto de apoio na tarefa de cuidar de seu familiar e alguns estudos vêm sendo feitos sobre as estratégias de inserção da família no tratamento oferecido nos CAPS. Profissionais apontam a função política dos CAPS e Gastal e Gutfreind (2007) chegam a afirmar que a participação proporcionada no âmbito dos serviços pode ser um foco alternativo na formação de novas representações sociais da loucura (PACHECO, 2011, p. 85).

Por outro lado, Pacheco (2011) aponta que os estudos mostram uma diversidade de compreensões a respeito do modelo de atenção, com frequência, marcadas por concepções oriundas do modelo psiquiátrico e de uma formação em saúde tradicionais: “essa “permeabilidade” dos modelos é vista por alguns autores como um fator que dificulta o pleno desenvolvimento do processo de desinstitucionalização” (p. 87), incorrendo em um retorno ao modelo que se busca superar.

Jardim e outros (2009), em uma pesquisa qualitativa, avaliaram, em 2006, 21 projetos terapêuticos de CAPS na região Sul e chegaram a uma conclusão semelhante.

Neste conjunto de documentos é possível identificar propostas marcadamente alinhadas aos pressupostos da reforma psiquiátrica e outros que, para além das contradições típicas de um processo de construção, apresentam um discurso autoritário, disciplinador e em sentido contrário aos pressupostos, inclusive do aparato normativo. (...) As abordagens disciplinantes incluem desde o controle de tipos de vestimentas, comportamentos, controle espacial, até a possibilidade de negociação de projetos terapêuticos individuais. Ao mesmo tempo desvelam uma dificuldade conceitual com princípios elementares do paradigma psicossocial (JARDIM et al, 2009, p. 243).

Chama a atenção, na avaliação feita pela equipe de pesquisa, o fato de que são encontradas dificuldades que ultrapassam as contradições presentes em qualquer processo em construção, mas, ao contrário, a presença de paradigmas conflitantes. Apontam ainda que há uma grande dificuldade - que advém da presença ainda de uma formação autoritária e disciplinadora dos profissionais de saúde - em reconhecer a

---

*Electronic Library Online*) e na *LiLACS* (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), bancos de dados que incluem artigos de periódicos ligados à área da saúde no Brasil e América Latina (PACHECO, 2011).

dimensão política, presente na diretriz de integralidade na construção dos serviços, que exige romper com a centralidade da saúde como um “campo definidor inquestionável de práticas” (p. 246). Braga (2012), em sua dissertação de mestrado, em um outro CAPS no DF, também reconhece as dificuldades que aqui enfrentamos. “Vemos que a RPB [reforma psiquiátrica brasileira] apresenta importantes avanços, porém ainda enfrenta desafios tanto no âmbito das políticas públicas, quanto em relação a seus dispositivos clínicos” (p. 23). Em seu estudo, discute a construção de dispositivos clínicos que, reconhecendo o papel dos CAPS no processo de desinstitucionalização, sejam sensíveis à vivência cultural dos sujeitos em sofrimento intenso (BRAGA, 2012).

Neste desafio de construir serviços em saúde mental a partir de outro paradigma que não o manicomial, Lancetti (2008) julga que:

no meu modesto modo de entender, o Ministério da Saúde deveria ter começado pelos Caps 3, ou seja, pelos destinados a substituir os hospícios, que funcionem 24 horas por dia, com possibilidade de agir na complexidade do território e oferecer camas para hospitalidade diurna e noturna. Mas o certo é que a maioria dos Caps não funciona pensando na cidade, e em seu problemas mais candentes, e muito menos se preocupa com a diminuição das internações psiquiátricas (...) nesse caso, não cabe aos terapeutas procurar novas estratégias clínicas: os pacientes é que devem adaptar suas demandas às ofertas dos serviços (p. 47).

O risco implicado é que se esta transição for muito lenta, os novos serviços vão se configurando como secundários, e não mais substitutivos, ao hospital psiquiátrico. Esta questão também aparece na análise realizada por Goulart (2013), em sua dissertação de mestrado, sobre os processos subjetivos que orientam as práticas relacionadas aos processos de alta em um CAPS no DF.

Desse modo, fez-se claro que conhecer melhor esses processos era fundamental para uma maior compreensão dos impasses atualmente vivenciados e, conseqüentemente, importante para pensar possíveis estratégias institucionais, a fim de gerar alternativas à manutenção da cronicidade dessas pessoas (GOULART, 2013, p. 5).

Em sua pesquisa, o autor credita o processo de institucionalização presente no CAPS estudado à exclusão da subjetividade que aparece em uma atuação profissional ainda pautada no paradigma biomédico – ao invés da abordagem psicossocial e da desinstitucionalização preconizados pela política nacional de saúde mental. Novamente vemos aqui não apenas os desafios implicados em qualquer processo de construção de um serviço tipo CAPS, mas a presença concomitante de dois

paradigmas: biomédico-sintomatológico e psicossocial. Goulart (2013) salienta que, na atuação pautada no paradigma biomédico, as pessoas são tratadas como objetos de procedimentos técnicos, sem incentivo ao protagonismo do sujeito em relação ao próprio tratamento.

Esse processo relaciona-se às configurações subjetivas do tratamento por parte dos usuários institucionalizados, que amiúde o vivenciam enquanto procedimento a ser realizado somente dentro do serviço de saúde mental, consistindo basicamente no comparecimento às atividades propostas e no acompanhamento das prescrições médicas (GOULART, 2013, p. 52).

Nesta mesma lógica, os sentidos subjetivos dos sintomas são desconsiderados e o processo de alta permanece circunscrito ao profissional, em uma relação sustentada muito mais no poder do que no diálogo (GOULART, 2013).

Goulart (2013), em sua análise, leva em consideração a realidade político-institucional vigente no DF: número insuficiente de serviços de saúde mental em uma das mais baixas coberturas se comparado com outros estados. Um dos efeitos inevitáveis desta baixa cobertura é a não territorialização dos CAPS, o que compromete a atuação do serviço que se vê limitada, em grande medida, à própria instituição, não atingindo o território em ações que tenham incidência direta no cotidiano da vida das pessoas (GOULART, 2013; TENÓRIO, 2001). Desta forma, em diversas circunstâncias, a alta é vivenciada pelas pessoas como um abandono por parte da equipe e uma insegurança em relação a sua própria condição de saúde, afinal, as ações técnicas, de forma geral, foram desenvolvidas desconsiderando o território existencial do sujeito, campo possível de transformações e potencialidades, desmascarando o processo de institucionalização presente na instituição (GOULART, 2013).

Em uma primeira e preliminar análise dos dados obtidos na pesquisa Avaliar CAPS Centro Oeste<sup>19</sup>, em relação ao CAPS onde a pesquisa de doutoramento foi realizada, a falta de regionalização e a enorme abrangência surgem como os principais obstáculos para a construção da rede. Em relação ao que pode ser pensado sobre a convivência, através do formulário preenchido pela equipe do CAPS, ressalto uma certa discrepância entre as reivindicações e solicitações mais frequentes dos usuários

---

<sup>19</sup> Pesquisa em andamento através do Termo de Cooperação do Ministério da Saúde com a Universidade de Brasília para avaliação dos CAPS das regiões Centro-Oeste e Norte, sob a coordenação do professor Ileno Izídio da Costa. Agradeço ao professor, a oportunidade de utilizar os dados preliminares da pesquisa.

e dos profissionais. Os primeiros, além da disponibilização de medicamentos, solicitam maior disponibilidade dos técnicos. Já estes, no comentário sobre a estrutura do CAPS, consideram importante ter um espaço privativo para os profissionais. Uma discrepância no desejo de conviver, ao que parece. A convivência está aqui precisamente sendo concebida como antídoto para a institucionalização e burocratização dos CAPS.

De modo que, neste trabalho, a convivência será discutida a partir de sua articulação com um campo de oferta de serviços de saúde mental, mais especificamente, o campo da atenção psicossocial. Neste sentido, busco caracterizar a convivência como um dispositivo de cuidado, em sua tríplice dimensão ética, política e clínica, articulado com outros dispositivos de cuidado ofertados em um CAPS.<sup>20</sup> A clínica, neste contexto, tal como venho desenvolvendo ao longo desta tese, está subordinada ao objetivo maior de inserção social e resgate da cidadania (TENÓRIO, 2001; LOBOSQUE, 2001, 2003; GRIGOLO, 2010) e redimensiona o caráter meramente descritivo dos diagnósticos psiquiátricos. Neste trabalho assumo a noção de sofrimento psíquico grave (COSTA, 2003, 2010, 2013), como identificando o campo de cuidados da clínica psicossocial. De acordo com Costa (2010), o *sofrimento* remete a algo essencial do humano, o *psíquico* recusa uma redução do humano ao orgânico e o adjetivo *grave* demarca uma intensidade que exige dispositivos de cuidado diversos. O autor entende que o sofrimento psíquico é:

a) algo essencial e inerente a todo ser humano; b) que se constrói e é expresso nas relações (afetivas, sociais e culturais); c) que demanda delimitação em cada particularidade; d) é simbolizado de forma diferente em cada sujeito, e e) que, portanto, no caso do sujeito “tido como psicótico”, existe uma particularidade a ser entendida, estudada e respeitada, além de demandar o desenvolvimento de formas de dar continência, apoio e cuidado (COSTA, 2010, pp. 60-1).

Após esta primeira contextualização da convivência no campo da saúde mental e do cenário da pesquisa (o CAPS), nos próximos capítulos, a trama teórica da tese será destrinchada de modo a destacar, em cada capítulo, uma das dimensões suplementares do cuidado

---

<sup>20</sup> Após esta caracterização, uma outra questão se impõe: a convivência é um dispositivo específico que se soma a outros dispositivos ou é o caráter próprio dos dispositivos de cuidado?

## CAPÍTULO 2 – CUIDADO, ÉTICA E CONVIVÊNCIA

“Ao querer-ajudar (...): anotar que se trata sempre do existir e não do funcionar de algo. Quando só se visa a este último, não se ajuda ao Dasein” (HEIDEGGER, 1987/2009, p. 197).

“O temor de cada um por si, na sua própria mortalidade, não consegue absorver o escândalo da indiferença ao sofrimento de outrem” (LÉVINAS, 1986b/2010, p. 218).

“(…) a reticência, vocês sabem, é a figura de um calar-se para deixar se fazer ouvir mais do que a eloquência” (DERRIDA, 2003, p. 85).

Buscar caracterizar o cuidado, a partir fundamentalmente de Heidegger, Lévinas e Derrida, deixando-me inspirar por este recorte filosófico, é a tarefa deste capítulo. Meu principal desafio é pensar a repercussão do impacto produzido em mim por este recorte para o campo da saúde mental: de que cuidado se trata? Que ética está implicada e pode fundamentar o cuidado em saúde mental a partir de uma lógica de desinstitucionalização? Como se dá o cuidado a partir do *estar-com*, que implica em convivência e solicita um pensar/agir éticos? Encontro com o outro: ética.

Em uma real necessidade de refletir sobre a ética, quando o tema é o da convivência, cuidado e alteridade surgem como articuladores fundamentais, especialmente, por meu trabalho estar situado no campo da saúde mental. Campo este que historicamente fez da convivência questão central – ainda que na sua forma predominantemente negativa desde a redução do fenômeno da loucura à ideia de doença mental (FOUCAULT, 2002) – e certamente fez de uma suposta “ética” violência e mandato de exclusão. Como afirma Tenório (2001, p. 52), revelando a tensão entre tutela e cuidado no esforço de construção de serviços substitutivos ao manicômio: no fio delicado “entre mandato terapêutico e mandato social de exclusão têm sido construídas as formas renovadas de aproximação” com o sofrimento psíquico em suas formas mais intensas e graves.

Inspirada no exemplo de Figueiredo (1994), quando desenvolve belos trabalhos sobre a clínica psicanalítica a partir do efeito que a filosofia heideggeriana exerceu sobre ele, destaco que não se trata neste capítulo de aplicar teorias filosóficas ao tema do doutorado. Trata-se, sobretudo, de buscar “enveredar por caminhos outros de pensamento” (p. 44), retirando-me um instante da prática em saúde mental, e deixar-me “colher e afetar” (idem), de deixar-me ser conduzida pelas provocações de Heidegger, Lévinas e Derrida, por caminhos, espero, não previsíveis e em diversas direções. Ao fim do capítulo, novamente Figueiredo (2007, 2011) me ajudará, desta

vez, através de seu esforço de construir uma teoria e metapsicologia do cuidado, pois buscarei articular o modo como fui afetada por estas filosofias e o impacto deste afetar para meu tema: a convivência em saúde mental como um dispositivo, em sua dimensão ética, de cuidado.

## 2.1 *Estar-com e cuidado*

Em sua caracterização ontológica da pre-sença<sup>21</sup>, Heidegger (1927/1995)<sup>22</sup> afirma que a estrutura fundamental do ser-no-mundo<sup>23</sup> implica em ser com os outros: ser-com pertence ao ser da pre-sença que sendo está em jogo seu próprio ser. A própria pre-sença e a co-presença dos outros vem ao encontro, de início e na maior das vezes, a partir do mundo compartilhado nas ocupações. “O esclarecimento do ser-no-mundo nos mostrou que, de início, um mero sujeito não “é” e nunca é dado sem mundo. Da mesma maneira, também, de início, não é dado um eu isolado sem os outros” (p. 167). O ser-em é ser-com os outros, no sentido de que o mundo da pre-sença é sempre um mundo compartilhado; a pre-sença é em função dos outros. O outro vem ao encontro nunca como algo simplesmente dado, mas como co-presença nas mais diversas formas, “a partir do que está à mão dentro do mundo” (p. 71), a partir da ocupação (*Besorgen*) com o mundo e da preocupação/solicitude (*Fürsorge*) com os outros<sup>24</sup>. Mesmo estar-só é uma forma de ser-com: a falta e a ausência são modos da co-presença.

Costa (2009), em uma original leitura inspirada pelo texto heideggeriano, defende que na preocupação, os outros são assistidos, mas cuidamos de nós, simultaneamente, pois nosso próprio ser é intuído nesse jogo da vida em que ele mesmo se encontra em risco. “Cuidar do outro, preocupar-se e assistir significam cuidar de si mesmo, pois, em alguma medida, se isso não for feito, ocorre o descuido daquilo que nos interessa” (COSTA, 2009, p. 47).

---

<sup>21</sup> Pre-sença (*Da-sein*) é o ente que nós mesmos somos e que possui em seu ser a possibilidade de questionar a si mesmo: “é na pre-sença que o homem constrói o seu modo de ser, a sua existência, a sua história” (p. 309).

<sup>22</sup> Como na construção deste texto a interrelação e os efeitos não-recíprocos do pensamento entre Heidegger, Lévinas e Derrida ocupam um importante papel, não apenas na apresentação do pensamento dos autores, mas também em como afeta o meu esforço para pensar a convivência e o cuidado em saúde mental, optei por incluir também o ano de publicação de cada obra.

<sup>23</sup> Ser-no-mundo, uma das principais características existenciais da pre-sença junto com o cuidado, remete ao “espaço” em que o ente humano é e existe: ao ser, é sempre em um mundo (COSTA, 2009).

<sup>24</sup> “O ente, com o qual a pre-sença se comporta enquanto ser-com, também não possui o modo de ser do instrumento à mão, pois ele mesmo é pre-sença. Desse ente não se ocupa, com ele se *preocupa*” (HEIDEGGER, 1927/1995, p. 173, grifo do autor).

Em suas formas positivas, a preocupação é guiada pela consideração e tolerância, mas para Heidegger a convivência cotidiana é também marcada por modos deficientes ou indiferentes de preocupação: “ser por um outro, contra um outro, o não sentir-se tocado pelos outros” (1927/1995, p. 173). Para o autor, a simpatia não constitui o ser-com, esta só é possível tendo o ser-com como base; a pre-sença, na medida em que é, possui o modo de ser da convivência. O que não significa a soma de vários “eus”, “sujeitos”; a convivência é “inquietada” pelo cuidado em estabelecer um intervalo com os outros, um “espaçamento”, Heidegger dirá. É na medida em que somos diálogo que o ser-com faz parte do ser homem (HEIDEGGER, 1987/2009).

Se, na convivência cotidiana, tanto o que é acessível a todo mundo quanto aquilo de que todo mundo pode dizer qualquer coisa vêm igualmente ao encontro, então já não mais se poderá distinguir, na compreensão autêntica, o que se abre do que não se abre. Essa ambiguidade não se estende apenas ao mundo mas, também, à convivência como tal e até mesmo ao ser da pre-sença para consigo mesma (HEIDEGGER, 1927/1995, p. 234).

Para Heidegger, de início e na maior parte das vezes, a pre-sença se apresenta no modo impessoal, onde o falatório, a curiosidade e a ambiguidade (acima citada) dominam a convivência. Inicialmente, o outro está presente pelo que se ouviu impessoalmente a seu respeito: “a convivência no impessoal não é, de forma alguma, uma justaposição acabada e indiferente, mas um prestar atenção uns nos outros, ambíguo e tenso. Trata-se de um escutar uns aos outros secretamente. Sob a máscara da composição, o que realmente acontece é a oposição entre um e outro” (1927/1995, p. 236). No esforço da convivência, a pre-sença perde-se na publicidade do impessoal: não ser ele mesmo é o modo em que na maior parte das vezes, o ser-no-mundo, absorvido pelas ocupações e pela co-presença dos outros, se mantém.

A presença possui em si diversas possibilidades de concretizar-se: a impessoalidade é o próprio da pre-sença cotidiana; o modo de ser do início e na maior parte das vezes. “O impessoal *tira o encargo* de cada pre-sença em sua cotidianidade” (1927/1995, p. 180), retira a responsabilidade de cada presença, foge de si mesma. Para Heidegger, no fenômeno da angústia (aqui entendida do ponto de vista ontológico-existencial e não psicopatológico) reside a possibilidade de uma abertura, poder-ser, na medida em que ela singulariza.

Ao fazer uma análise da cotidianidade mais imediata, conclui Heidegger que o ser-no-mundo é cuidado<sup>25</sup>, posto que a essência da pre-sença é existência. Por ser lançado, o ser-no-mundo precisa se cuidar e de cuidado. No entanto, o cuidado não indica uma atitude isolada do eu consigo mesmo: já ser-em e ser-junto-a compõem estruturalmente o cuidado. “A determinação da cura como preceder a si mesma por já ser em..., enquanto ser junto a, torna claro que este fenômeno está, em si mesmo, articulado estruturalmente” (1927/1995, p. 261). A partir da fábula de Higino<sup>26</sup>, o cuidado aparece como origem e modo de ser do homem enquanto vive, predominando seu “percurso temporal do mundo” (1927/1995, p. 264). A pre-sença deve ser vista sempre como ser-no-mundo, “como ocupar-se com as coisas e cuidar dos outros, como ser-com as pessoas que vêm ao encontro, nunca como um sujeito existente para si” (HEIDEGGER, 1987/2009, p. 199). Costa (2009, p. 30) reitera esta relação inevitável entre cuidado e vida; “com isso se quer dizer que não há distinção entre cuidado e vida humana. Ambos entrelaçam-se, confundem-se numa unidade: o homem, vivendo, cuida; cuidando, vive”.

Heidegger (1987/2009), em *Seminários de Zollikon*, critica Biswanger por sua tentativa de complementar o cuidado, afirmando que

o mal-entendido de Biswanger não consiste tanto em que ele quer complementar o “cuidado” com o amor, mas sim no fato de que ele não vê que o cuidado tem um sentido existencial, isto é, ontológico, que a análise do Dasein pergunta pela sua constituição fundamental ontológica (existencial) e não quer simplesmente descrever fenômenos ónticos do Dasein (p. 154-5).

---

<sup>25</sup> A tradução brasileira de *Ser e Tempo* para *Sorge* é cura, já em *Seminários de Zollikon*, traduz-se por cuidado. Costa (2009) esclarece que o sentido latino de cura não corresponde mais ao sentido da palavra cura como a utilizamos atualmente no português. O sentido latino está presente nos verbos acurar e descurar, ligado à ideia de cuidado. Segui a tradução de *Seminários de Zollikon* optando pelo termo cuidado e utilizei a palavra “cura” somente em respeito as citações literais de *Ser e Tempo*.

<sup>26</sup> O “mito do cuidado”: “Certa vez, atravessando um rio, “cura” [cuidado] viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. A cura pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a cura quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado o nome. Enquanto “Cura” e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi a ‘cura’ quem primeiro o formou, ele deve pertencer à ‘cura’ enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de humus (terra)” (HEIDEGGER, 1927/2009, pp. 263-4). Segundo Boff (2011), a origem desta fábula-mito – uma fábula urdida com figuras mitológicas de importante significação simbólica - seria grega e teria sido reelaborada, nos termos da cultura romana, por Gaius Julius Hyginus (35 a. C.-10 d.C.).

Defende que, em *Ser e Tempo*, a analítica da presença não tem nada a ver com um solipsismo ou subjetivismo, visto que a pre-sença (como brevemente apresentei acima) é caracterizada como um ser-uns-com-os-outros, de modo a estar sempre preocupado – ainda que a preocupação possa onticamente, como com certa frequência acontece, assumir a forma de descuido e indiferença - também com os outros. Heidegger (1987/2009) retoma a tripla estrutura fundamental do ser-no-mundo, os três momentos estruturais do cuidado (desenvolvido em especial no volume 2 de *Ser e Tempo*): anteceder-se-a-si-mesmo (existência como porvir); do sempre já ser em um mundo (vigor de ter sido e facticidade); do ser junto a entes intramundanos que vêm ao encontro (de-cadência e atualidade).

Na segunda parte de *Ser e Tempo*, Heidegger (1927/1996) afirma que a consciência revela-se como clamor do cuidado, onde a pre-sença se vê então conclamada a sair do impessoal e assumir o seu poder-ser mais próprio. Faz parte do modo de ser da pre-sença não dar ouvidos ao clamor, e permanecer, de início e na maior parte das vezes, na impessoalidade do falatório. Faz parte também do modo de ser da presença, contudo, a possibilidade de abertura ao ser, ao poder-ser. Enquanto cuidado, a pre-sença é o fundamento lançado de sua morte: a partir do clamor da consciência que é compreensão, a pre-sença recupera seu poder-ser si mesma em sua compreensão do ser-para-a-morte (HEIDEGGER, 1927/1996). A pre-sença, em sua existência, se abre de modo impróprio ou próprio. “Existindo, ela se compreende de tal maneira que esta compreensão não constitui uma pura apreensão mas o ser existenciário do poder-ser de fato. O ser que se abriu é o ser de um ente em que está em jogo o seu ser” (p. 119).

O conhecimento, a compreensão, impõe ao homem uma ambiguidade, o homem é e existe; o conhecimento abre o teor existencial da vida do homem (COSTA, 2009).

Enquanto os demais entes vivem uma vida unívoca, nós, os humanos, ampliamos-nos pela larga extensão do equívoco. Conhecimento é abertura, e abertura é crise: o homem, o ser rachado ao meio. Rachado ao meio, ele oscila entre extremos: o ser e o existir, o sofrimento e a felicidade, a angústia e a euforia, o conhecer e o ignorar e, pasmamos, o ignorar por conhecer! Sim, entre os cuidados extremos de que dispomos está o esquecimento, artifício pelo qual tentamos apagar o conteúdo do que sabemos (COSTA, 2009, p. 45).

O cuidado é ser-para-a-morte; encontra sua unidade estrutural na temporalidade. O cuidado se funda “na vigência do vigor de ter sido” (HEIDEGGER,

1927/1996, p. 122), e assim sendo, a pre-sença enquanto ente lançado, pode existir. A mortalidade é o fundamento a partir do qual o cuidado se instaura, o homem cuida de não morrer, na morte o homem não mais é, portanto, não cuida (COSTA, 2009). “Entregar o cuidado ao homem é atirá-lo às garras do tempo, é definir, para ele, que sua vida tem como horizonte a temporalidade. Quando esse horizonte se desfaz, o homem se desmancha, já não é” (COSTA, 2009, p. 32). O ente, sendo, é em um mundo e no tempo: há uma “incompactível copertinência” (ibidem, p. 38) entre ser-no-mundo, cuidado e temporalidade.

Costa (2009) propõe um desdobramento do cuidar de seu viver: o homem cuida de sua vitalidade (cuida de não morrer) e cuida da sua *vivência*. Pensa o cuidar da vivência como o desejo de inventar uma felicidade possível em uma vida mortal. Esta impropriedade<sup>27</sup>, própria do homem, se articula ao cuidado, pois é preciso “*criar* os artificios pelo que sua vida alcance uma qualidade de vivência que não comprometa o seu desejo de viver, função de sua vitalidade” (p. 44) e o faz ocupando-se e preocupando-se. Se penso, a partir de Heidegger, que o ser-no-mundo é ser-com, ao cuidar de nossa vivência, cuidamos da convivência.

Costa (2009) considera o cuidado um fenômeno, um estado de ânimo que sempre nos acompanha, anterior a qualquer escolha: viver é cuidar. De todo modo, para nós<sup>28</sup>, persiste o desafio ético de caracterizar a especificidade do cuidado que ofertamos enquanto convivemos...

## 2.2 Solidão e Alteridade

No meu percurso particular em Lévinas, escolhi reler<sup>29</sup> seu texto de 1947 *Le temps et l'Autrui*, onde se desenham e se anunciam questões que serão caras a Lévinas em sua obra, como a ideia de alteridade. A partir da noção fundamental de alteridade, que me interessa no diálogo possível com o cuidado em saúde mental e em sua articulação com a convivência (como um modo específico de cuidado a ser caracterizado) e a ética (ética e convivência: encontro com o outro) dialogarei com os

---

<sup>27</sup> “(...) não há um só momento em que a ambiguidade humana se desfça: cadência e decadência, reconhecimento e ignorância, propriedade e impropriedade não têm como ser separadamente. O que há, para o homem, é o entre, o espaço de tensão, a própria ambiguidade, de modo que toda a amplitude desenhada por esses extremos lhe é sempre autêntica e própria” (COSTA, 2009, p. 51).

<sup>28</sup> Quando falo do lugar de um profissional de saúde no campo da saúde mental utilizo o plural porque enquanto cuidador na convivência o que vale não é o eu, mas o nós.

<sup>29</sup> Meu primeiro contato com Lévinas foi na elaboração de minha dissertação de mestrado (1999-2001), quando ocupada com o trabalho de temporalização específico que está em jogo na técnica psicanalítica, deparei-me com o conceito de alteridade que inspirou meu último capítulo.

diversos ensaios, palestras e entrevistas que compõem *Entre nós: ensaios sobre a alteridade* e com *Totalité et Infini*, obra mais famosa do autor. Pivatto (2010), o tradutor para o Brasil de *Entre Nós*, justifica a escolha por este livro de Lévinas: “o tema da intersubjetividade é extremamente urgente frente ao drama da solidão dos homens” (p. 10). Este livro reúne 20 escritos de Lévinas, entre conferências, entrevistas e artigos, situados entre 1951 e 1988, publicado na França em 1991, configurando-se, portanto, em uma forma especial de dialogar com a obra levinasiana.

Uma análise do tempo não sociológica ou antropológica, mas ontológica: esta é a tarefa que se impõe Lévinas em seu texto de 1947. O tempo não é o fato de um sujeito isolado e só, mas é a relação mesma do sujeito com outrem<sup>30</sup>. Apesar de sua proposta e objetivos em *Le temps et l'Autrui*, serem estritamente heideggerianos, o autor em seu diálogo – às vezes velado - com Heidegger, estabelece críticas a algumas teses heideggerianas. Por exemplo, a crítica de que, em Heidegger, a relação com o outro faz parte mesmo da estrutura ontológica do *Dasein*, de modo a não ocupar nenhum papel no drama do ser nem na analítica existencial. Na leitura de Lévinas, o ser-com heideggeriano não é a relação do face-a-face (ideia que se tornará central na obra de Lévinas, sendo desenvolvida em textos posteriores), é uma relação lado-a-lado, em torno de algo comum, da verdade.

Tendo sido primeiro uma leitora de Heidegger, a impressão que sempre me causa o texto de Lévinas é de que seu interlocutor é Heidegger: seja pela impressão de que Lévinas toma para si a tarefa heideggeriana, seja pelo óbvio impacto de *Ser e Tempo*, ou pela necessidade reiterada de se contrapor a Heidegger.

Andrade (2007) parece concordar com esta impressão:

Lévinas foi aluno e admirador de Heidegger. Ele teve a formação de sua vida intelectual marcada de modo decisivo pelo filósofo alemão: foi sobretudo sob o efeito de *Ser e Tempo*, de 1927, e do projeto da dita “ontologia fundamental” que Lévinas definiu a sua própria trajetória. Mesmo que no sentido de uma oposição, seu pensamento permaneceu quase sempre em um diálogo, implícito ou explícito, com a matriz heideggeriana (p. 109).

Andrade (2007, p. 109) e Derrida (1967/2009, p. 209) destacam uma mesma passagem, do punho de Lévinas, que descreve sua relação com Heidegger como inspiração inicial e, por outro lado, “comandadas (as reflexões) por uma necessidade profunda de deixar o clima desta filosofia (heideggeriana)”. Esta

---

<sup>30</sup> Derrida (1967/2009) mostra que Outrem, diferente do outro, é um substantivo, além do gênero, não suporta um artigo que o defina, tampouco o plural.

ambivalente relação se tornará intensa<sup>31</sup> em alguns momentos, chegando a turvar a leitura de Heidegger por Lévinas (DERRIDA, 1967/2009, p. 209):

Trata-se aí de uma necessidade cuja legitimidade natural seríamos nós os últimos a contestar e, além do mais, acreditamos que o clima nunca é totalmente exterior ao pensamento propriamente dito. Mas não é para além da “necessidade”, do “clima” e de uma certa “história” que aparece a verdade nua do outro? E quem no-lo ensina melhor que Lévinas?

Para Lévinas (1947/1996), a relação do eu com os outros e as coisas é transitiva: eu toco um objeto, eu vejo o outro. Mas eu não sou o outro. Eu sou totalmente só. O ser em mim, o fato de que eu existo, meu existir constitui um elemento intransitivo. Nós podemos tudo trocar entre seres, menos o existir. A solidão, neste sentido, passa a ser uma categoria do ser. Passa a ser um dos objetivos de Lévinas em *Le temps et l'Autrui*<sup>32</sup> que a solidão tenha um lugar na economia do ser.

A solidão não é um isolamento de fato, nem a incomunicabilidade de um conteúdo de consciência, mas a unidade indissociável entre o existente e sua obra de existir. A solidão está no fato mesmo de que existem existentes. Lévinas chama hipóstase o acontecimento no qual o vivente “contraí” seu existir. O autor considera que em Heidegger há distinção entre ser e ente, mas não há separação. Defende, por sua vez, o existente sem o existir: “(...) o existir não existe. O vivente é que existe” (1947/1996, p. 25, tradução livre). O existir, enquanto há (*il y a*), é ausência de todas as coisas, retorna como uma presença, uma plenitude do vazio, como o murmúrio do silêncio. Há, após a destruição das coisas e dos seres, o campo de forças do existir. É impessoal, algo que não é sujeito, nem substantivo. O fato do existir que se impõe, quando não há mais nada. “É impessoal como chove ou faz calor” (p. 26). O existir é a obra mesmo do ser que não pode se exprimir por um substantivo, que é verbo. O existir sem existente que o autor chama de há (*il y a*) é o lugar onde se produzirá a hipóstase. Não poder-ser é impossível, afirma. A hipóstase se refere à situação onde o vivente se coloca em relação com seu existir: para que haja um vivente a partir do

---

<sup>31</sup> Neste sentido, no objetivo último de me deixar ser interpelada pela filosofia de Heidegger e Lévinas para me auxiliar a caracterizar o cuidado em saúde mental, não serei heideggeriana e/ou levinasiana. No entanto, terei o cuidado de fazer uma leitura pessoal do texto de Heidegger e de considerar a leitura que Lévinas faz de Heidegger - além de marcada por sua relação ambivalente conforme mencionado - como uma necessidade na construção da filosofia de Lévinas, tendo sentido na coerência interna de sua filosofia, mas não representando necessariamente o pensamento heideggeriano.

<sup>32</sup> O autor traduz a distinção heideggeriana *Sein* e *Seiendes* por *exister* (existir) e *existant* (existente, vivente), ao invés da tradução francesa usual *être* (ser) e *étant* (ente). Reitera que sua escolha terminológica não tem um sentido existencialista. Enquanto estiver debruçada em sua obra, respeitarei a escolha terminológica do autor.

existir anônimo é preciso que se torne possível uma “partida” de si e um retorno a si. Esta obra de identidade faz do vivente uma mônoda, é solidão. O sujeito é só porque é um: o fato de que há algo no existir a partir do qual se faz a existência. A solidão é, portanto, a unidade indissolúvel entre o existente e o existir. “A solidão não é então apenas desespero e abandono, mas também uma virilidade e uma força e uma soberania” (p. 35, tradução livre). A solidão não é trágica porque é privação do outro, mas porque ela está fechada no cativeiro de sua identidade, porque ela é matéria, corpo. Derrida (1967/2009, p. 129), lendo Lévinas, afirma que do fundo dessa solidão nasce a relação com o outro: “sozinho, o outro, o inteiramente-outro, pode manifestar-se como o que ele é, antes da verdade comum, numa certa não-manifestação e numa certa ausência”.

Para Lévinas (1947/1996), o corpo, a materialidade, é uma espécie de retorno do eu sobre si, meu ser se duplica em um tu: eu sou encoberto por mim mesmo. Na existência cotidiana no mundo entre o eu e o si aparece um intervalo. Solidão e materialidade caminham juntas: a solidão não é a experiência de ser-para-a-morte, mas a companhia da existência cotidiana assombrada pela matéria. Para o autor, o desconhecido da morte significa que a relação mesma com a morte não pode se fazer na luz; o sujeito está em relação com algo que não vem dele: mistério. Este modo da morte se anunciar no sofrimento, fora de toda luz, é uma experiência de passividade. A morte é o momento quando não podemos mais poder: o sujeito perde seu domínio mesmo de sujeito. Esta relação com a morte indica que estamos em relação com algo que é absolutamente outro, algo cuja existência mesma é feita de alteridade. Na morte, o existir do vivente se aliena. O Outro que se anuncia não possui este existir como o sujeito o possui: é misterioso, desconhecido, refratário a toda luz. De modo que o outro não é de modo algum um outro eu-mesmo, participando comigo de uma existência comum. A relação com o outro não é uma idílica e harmoniosa relação de comunhão, nem uma simpatia pela qual nos reconhecemos como semelhantes, mas é exterior a nós: a relação com o outro é uma relação com o mistério (LÉVINAS, 1947/1996).

Para o autor, a razão é sozinha, pois todo o conhecer vem do eu. Neste sentido, o conhecimento não encontra nunca no mundo algo verdadeiramente outro. Com o objeto, ainda que mestre, o sujeito é só; na relação com o mistério, com o outro, não se está mais na posição de mestre. Esta situação onde o acontecimento chega a um sujeito que não o assume, que não pode mais nada em relação a ele, mas onde no

entanto está em face dele de um certo modo, é a relação com outrem, o face-a-face com o outrem, o encontro de um rosto (LÉVINAS, 1947/1996).

O sofrimento, então, é visto como acontecimento onde o vivente encontra toda sua solidão, isto é, toda intensidade de sua ligação consigo mesmo, o definitivo de sua identidade e ao mesmo tempo onde ele se encontra em relação com o acontecimento que ele não assume, em relação ao qual ele é pura passividade, que é absolutamente outro, em relação ao qual ele não pode mais poder. O futuro da morte determina para nós o futuro, na medida em que ele não é presente. “É assim então que podemos compreender a realidade mesma do tempo, a absoluta impossibilidade de encontrar no presente o equivalente do futuro” (ibidem, p. 71, tradução livre). Parece-me que o sofrimento, enquanto condição existencial de ser, remete ao lugar do cuidado no campo da saúde mental: porque sofre, precisa e o cuidado pode ser ofertado.

No seio mesmo da relação com o outro, que caracteriza a vida social, a alteridade aparece como relação não-recíproca. O espaço intersubjetivo não é simétrico (LÉVINAS, 1947/1996). Ao colocar a alteridade do outrem como mistério, o autor não a descreve como liberdade idêntica a minha, não a coloca como um outro existente frente a mim; a alteridade que o outro porta é essência. A alteridade é um acontecimento no existir diferente da hipóstase pela qual surgiu um vivente.

Na transcendência espacial – a hipóstase – o existir anônimo torna-se um existente em sua materialidade. A essa transcendência se opõe – mas não de forma dialética, não é uma oposição de dois termos – uma transcendência essencialmente outra, a temporal, que é a própria alteridade. A alteridade seria então um acontecimento diferente da hipóstase: mistério (LÉVINAS, 1947/1996). Neste texto, já vemos alguns dos temas que serão caros e, posteriormente desenvolvidos por Lévinas, em especial a alteridade, entendida de uma forma original.

Lévinas (1990/2010), em sua tarefa de fazer da ética a filosofia primeira, faz do encontro com o outro, com a alteridade, tema central de suas reflexões. “Na economia geral do ser e de sua tensão sobre si, eis que surge uma preocupação pelo outro até o sacrifício, até a possibilidade de morrer por ele; uma responsabilidade por outrem. De modo diferente que ser!” (p. 19). Em seu interminável – ora assumido ora denegado – diálogo com Heidegger, Lévinas questiona o primado da ontologia (1951/2010), especialmente no que diz respeito à relação com outrem. Para Lévinas, o ser-com-outrem não é primeiro objeto de compreensão e, só depois, interlocutor. Para Lévinas, as duas relações se confundem: “o *rosto* significa outramente. Nele, a

infinita resistência do ente ao nosso poder se afirma precisamente contra a vontade assassina que ela desafia, porque totalmente nua – e a nudez do rosto não é uma figura de estilo, ela significa por si mesma” (p. 31). Para Derrida (1967/2009), o Rosto em Lévinas não se deixa tematizar: não se pode fazer dele um tema, um objeto, não significa, não é metáfora ou figura; no Rosto o outro se entrega em pessoa como outro.

Ao eu não é possível gerar a alteridade em si sem o encontro com outrem (DERRIDA, 1967/2009). Por certo que há a possibilidade no homem de não despertar para o outro, reside aí a possibilidade do mal. “O mal é a ordem do ser simplesmente – e, ao contrário, ir na direção do outro é a abertura do humano no ser, um ‘outramente que ser’” (LÉVINAS, 1982a/2010, p. 141).

No texto *O sofrimento inútil* (1982b/2010), Lévinas apela para um princípio ético supremo que faz, a partir da dor, o outro prioritário em relação ao eu:

o sofrimento pelo sofrimento inútil de outro homem, o justo sofrimento em mim pelo sofrimento injustificável de outrem, abre sobre o sofrimento a perspectiva ética do inter-humano. Nesta perspectiva, faz-se uma diferença radical entre o *sofrimento em outrem* no qual é, para *mim*, imperdoável e me solicita e me chama (...) Atenção ao sofrimento de outrem que, através das crueldades de nosso século – apesar destas crueldades, por causa delas –, pode afirmar-se como o próprio nó da subjetividade humana ao ponto de se ver elevado a um supremo princípio ético – o único que não é possível contestar – e até a comandar as esperanças e a disciplina práticas de vastos agrupamentos humanos (p. 121).

O postulado de que o sofrimento em outrem é injustificado me parece ser o fundamento ético do cuidado: um responsabilizar-se. Lévinas, nesse belíssimo texto em que relembra os horrores vividos em 30 anos do século XX, analisa o sofrimento em uma perspectiva inter-humana, onde o *sofrimento é inútil em outrem, mas significativo em mim*: me coloca na posição ética, distinta tanto do cidadão quanto do indivíduo, de me tornar responsável pelo outro, sem preocupação com reciprocidade: “é no meu apelo a seu socorro gratuito, é na assimetria da relação de um ao outro” (p. 129). Para o autor, o inter-humano está na não indiferença de uns para com os outros, em uma responsabilidade assimétrica de uns para com os outros, uma responsabilidade altruísta e desinteressada: não importa o que Outrem é em relação a mim, ele é antes de tudo aquele por quem sou responsável (LÉVINAS, 1982b/2010). No sentido em que todos os homens são responsáveis uns pelos outros, mas eu mais do que todo o mundo, aquele cuja obrigação para com o próximo é infinita, nunca está

quite com outrem<sup>33</sup>. Esta responsabilidade não se traduz em uma exigência jurídica; é o amor pelo próximo, amor sem concupiscência (LÉVINAS, 1986a/2010).

Para Lévinas (1982a/2010), portanto, toda perspectiva ética se delineia a partir da relação inter-humana, através do Rosto: “o Rosto não é absolutamente uma forma plástica como um retrato; a relação ao Rosto é, ao mesmo tempo, relação ao absolutamente fraco – ao que está absolutamente exposto, o que está nu e o que é despojado” (p. 131). Para o autor, a filosofia seria a sabedoria da caridade, no sentido de que é sempre a partir do Rosto, a partir da responsabilidade por outrem, que aparece a justiça. A obediência primeira – anterior a qualquer representação, consciência ou identidade de si, não é *pensamento de*, mas *pensamento para*, rompendo com a egologia – é perturbada pelo terceiro homem, pela pluralidade humana: quem precede? “Eis a hora e o lugar do nascimento da questão; do pedido de justiça! Eis a obrigação de comparar os outros, únicos e incomparáveis; eis a hora de saber e, conseqüentemente, da objetividade para além – ou aquém – a nudez do rosto; eis a hora da consciência e da intencionalidade” (LÉVINAS, 1985/2010, p. 192). A justiça, ao comparar os incomparáveis, exige e funda o Estado (ainda que este deva estar sempre inquieto por seu atraso em relação à exigência do rosto de outrem), mas a própria justiça, pensada como sempre a ser revista, não deve fazer esquecer a unicidade de outrem, o Rosto humano (LÉVINAS, 1986b/2010). No encontro do Rosto, não é preciso julgar, o único não suporta julgamento, está imediatamente à minha frente. A justiça surge quando aparece o terceiro<sup>34</sup>.

Em um próximo momento, parece-me necessário deixar fazer este pensar produzir impacto no campo da saúde mental. Como fazer do encontro com o outro, encontro com o Rosto a cada vez?

Bergo (2011) aponta que, em *Totalidade e Infinito* (reconhecida como a principal obra de Lévinas), o novo modelo de transcendência como a responsabilidade do homem, desenvolvido através justamente da exploração do relacionamento face-a-face, produz importantes questionamentos no campo da justiça e existência social. Estamos sempre em relações sociais e, mais importante ainda, somos sempre impactados pela expressão do viver do outro. Este impacto é afetivo – a transcendência é não conceitualizável; uma experiência imediata de transcendência e

---

<sup>33</sup> Lévinas (1982a/2010, p. 132) retira esta fórmula de um personagem de Dostoiévski: “somos todos culpados de tudo e de todos, e eu mais que todos os outros”.

<sup>34</sup> No próximo capítulo será desenvolvida uma discussão sobre justiça, desigualdade e fraternidade no âmbito das políticas públicas de saúde.

fraternidade – o rosto do outro, em seu desamparo e nudez, é um comando e uma intimação: ‘Não me matarás’. “Lévinas fala da face do outro que é ‘viúva, orfão, ou estrangeiro’. Estas figuras são *mais* do que alegóricas. A cada uma delas falta algo essencial em sua existência: esposo, pais, lar” (BERGO, 2011, p. 13, tradução livre).

Lévinas (1961/1974), em *Totalidade e Infinito*, descreve seu livro como “uma defesa da subjetividade, (...) mas não ao nível do protesto puramente egoísta contra a totalidade, nem na angústia frente à morte, mas fundada na ideia de infinito” (1961/1974, p. XIV, tradução livre). A subjetividade é apresentada como acolhedora à Outrem, como hospitalidade. O esforço neste livro é perceber no discurso uma relação não-alérgica com a alteridade, que não reduza o Outro ao Mesmo.

A alteridade, isto é, a heterogeneidade radical do Outro, não é em relação ao Mesmo relativa, é absoluta. O absolutamente Outro, é Outrem: ausência de pátria comum que faz do Outro, o Estrangeiro. Este é livre; sobre ele não posso poder. O Eu é idêntico mesmo em suas alterações. A estrangeiridade de Outrem é sua liberdade: “apenas seres livres podem ser estrangeiros uns aos outros” (ibidem, p. 46, tradução livre). O modo do Mesmo é a possessão.

Lévinas tenta responder em sua obra-prima a seguinte questão: como o Mesmo, ao produzir-se como egoísmo, pode entrar em relação com um Outro sem o privar de sua alteridade? Esta relação é descrita como linguagem: o Outro, a despeito de sua relação com o Mesmo, permanece transcendente e sua relação se mostra como discurso, discurso ético. Nesta relação, os termos não formam uma totalidade. O Outro coloca em questão o Mesmo, o que não poderia ser feito pela “espontaneidade egoísta do Mesmo” (ibidem, p. 13, tradução livre). Lévinas chama ética este questionamento: não interrogamos sobre ele, nós o interrogamos, Outrem é interlocutor face-a-face, presença em face de um rosto. Chama Rosto a maneira como o Outro, ultrapassando a ideia de Outro em mim, se apresenta. O Rosto não se manifesta por suas qualidades, ele se exprime. O Rosto, em sua nudez, suplica e exige: “Reconhecer outrem é reconhecer um faminto. Reconhecer Outrem é se doar” (ibidem, p. 48, tradução livre). O Rosto se recusa à posse, aos meus poderes; me fala e me convida a uma relação.

Pensar o infinito, o transcendente, o Estrangeiro não é pensar um objeto. O Rosto significa a anterioridade filosófica do ente sobre o ser, uma exterioridade que não se reduz ao poder nem à possessão. A linguagem supõe interlocutores, seu comércio é ético. A relação da linguagem supõe a transcendência, a separação radical,

o ser estrangeiro dos interlocutores, a revelação do Outro ao Eu. O eu é colocado em questão pelo Outro. É a ideia de infinito que mantém a exterioridade do Outro em relação ao Mesmo; não se trata de uma alteridade relativa, uma comparação em uma comunidade de um gênero. A resistência do Outro – em não se deixar reduzir ao Mesmo – é uma relação não violenta; é ética. “O infinito se apresenta como rosto na resistência ética que paralisa meus poderes e se eleva dura e absoluta no fundo dos olhos sem defesa em sua nudez e miséria” (p. 174, tradução livre). O ser, que assim se exprime, se impõe em seu apelo, sem que eu possa me ensurdecer, me esquivar. Na relação com Outrem, o Infinito não viola o espírito, não fere a liberdade; ao introduzir em mim o que não estava em mim condiciona a não-violência, instaura a ética. Sua miséria que grita justiça me coloca como responsável. “Ao desvelamento do ser em geral, como base do conhecimento e como sentido do ser, pré-existe a relação com o ente que se exprime; ao plano da ontologia, o plano ético” (p. 175, tradução livre). A presença do Rosto me coloca em relação com o ser.

Mesmo quando Eu uno Outrem a mim pela conjunção “e”, Outrem continua a me fazer face, se revela em seu rosto; hostil, meu mestre, meu aluno, amigo; através da minha ideia de Infinito. Outrem permanece infinitamente transcendente, infinitamente estrangeiro. A presença do rosto – o infinito do Outro – é desnudamento, toda a humanidade que me olha, me convoca a servir, que o tu venha antes do nós. A fraternidade surge, não de nossa semelhança, mas de minha responsabilidade face a um rosto que olha como absolutamente estrangeiro. “(...) a igualdade se produz onde o Outro comanda o Mesmo e é revelado a ele sua responsabilidade” (p. 189, tradução livre).

Bergo (2011) afirma que, no seio do pensamento maduro de Lévinas (seus trabalhos de 1961 a 1974), estão as descrições do encontro com outra pessoa. Diferente do encontro husserliano instalado no universo da vida social compartilhada, para Lévinas o outro me convoca. “Para além de qualquer outra preocupação filosófica, a intuição fundamental da filosofia de Lévinas é a relação não-recíproca da responsabilidade (...)” (BERGO, 2001, p. 2, tradução livre).

Em 1983, em seu denso texto *Do uno ao outro: transcendência e tempo*, Lévinas associa o rosto à morte de outrem, como se o em-face do rosto na sua mortalidade convocasse, suplicasse que eu não fique indiferente, que não o deixe morrer só, que eu responda pela vida do outro (1983/2010). Ser indiferente é ser cúmplice!

Assim, se liberaria, neste temor pelo outro homem, uma responsabilidade ilimitada, com a qual nunca se está quite, que não cessa no ponto extremo do próximo, mesmo que a responsabilidade não consiga senão responder, no impotente afrontamento com a morte de outrem, “eis-me, aqui” (1983/2010, p. 178).

Eis-me aqui! Penso que temos aqui uma forma muito especial de pensar o cuidado e sua ética, ponto que retomarei em seguida. Em uma crítica à cultura como cultura do saber e da imanência, em que, na relação do homem com a exterioridade, o Outro é despojado de sua alteridade e reduzido ao mesmo, Lévinas (1986a/2010) pergunta se, na multiplicidade humana, é realmente necessário que a alteridade do Outro homem signifique apenas a alteridade lógica e formal (um não é o outro, cada um é outro para cada um), parte de um Todo fracionado. Reitera sua posição de uma alteridade irreduzível, refratária a qualquer síntese, em que a sociabilidade não depende de qualquer reconhecimento prévio; chama ética esta relação.

Projeto de uma cultura que precede a política e que, na proximidade que vai do eu ao próximo, que ela significa, não se reduz a uma (...) “privação” em relação à unidade do Uno. Relação com outrem, enquanto tal, e não relação com o outro já reduzido ao mesmo, ao “aparentado” ao meu (p. 212).

Projeto, portanto, de uma cultura ética em que o rosto do absolutamente outro desperta no eu a responsabilidade incessível. Direito do outro homem antes do eu...

A Cultura não é ultrapassamento, nem neutralização da transcendência; ela é, na responsabilidade ética e na obrigação para com outrem, relação com a transcendência enquanto transcendência. Pode-se chamá-la amor. Amor comandado pelo rosto do outro homem (...) Abertura do humano na barbárie do ser, mesmo que filosofia alguma da história nos assegure contra o retorno da barbárie (1986a/2010, p. 214).

Através do direito à diferença de outrem, na não indiferença, Lévinas (1986b/2010) visualiza a paz ética, o “para-o-outro”<sup>35</sup> da responsabilidade infinita, a seu infinito; paz diferente da unidade do diverso sob uma síntese que o integraria; paz como relação com o outro na sua absoluta alteridade.

Bergo (2011), resgatando uma afirmação de Derrida acerca de Lévinas, lembra que este não tinha o propósito de estabelecer leis ou regras morais, sua tarefa era escrever uma “ética da ética”. Lévinas não escreve sobre uma ética tradicional, nem virtude, nem utilitarismo ou deontologia. É através do significado da

---

<sup>35</sup> *Mitsein* (alemão) ou *Le pour-l'autre* (francês) são termos que o autor usa para caracterizar o ser humano como acima e anterior a tudo ético, conforme Derrida (1967/2009).

intersubjetividade e da vida imediata, a partir de três grandes temas, transcendência, existência e alteridade que a ética surge na letra levinasiana.

Descrevo a ética, é o humano, enquanto humano. Penso que a ética não é uma invenção da raça branca, da humanidade que leu os autores gregos nas escolas e que seguiu certa evolução. O único valor absoluto é a possibilidade humana de dar, em relação a si, prioridade ao outro. Não creio que haja uma humanidade que possa recusar este ideal, mesmo que se deva declará-lo ideal de santidade. Não digo que o homem é santo, digo que é aquele que compreendeu que a santidade era incontestável (LÉVINAS, 1982b/2010, p. 136).

A ética entendida, portanto, como o cuidado reservado ao ser do outro que não si mesmo, não indiferença pela morte de outrem e possibilidade de morrer por ele, rompendo com a obstinação em ser (LÉVINAS, 1987b/2010). Uma certa gratuidade da transcendência-ao-outro que interrompe o ser sempre preocupado com o próprio ser (LÉVINAS, 1987b/2010). Em uma entrevista, intitulada *Diálogo sobre o pensar-no-outro*, em 1987, publicada pela *Revue de la Nouvelle Citoyenneté*, Lévinas (1987a/2010) afirma que a ética não é agradável ou divertida, mas é o bem, sendo o principal problema conciliar a exigência ética infinita do rosto e o surgir do outrem como indivíduo. “O temor de cada um por si, na sua própria mortalidade, não consegue absorver o escândalo da indiferença ao sofrimento de outrem” (LÉVINAS, 1986b/2010, p. 218).

### 2.3 Economia da violência e Hospitalidade

Derrida (1967/2009), em *Violência e Metafísica: ensaio sobre o pensamento de Emmanuel Lévinas*, descreve o pensamento de Lévinas como fiel à nudez imediata, visando libertar-se da dominação grega do Mesmo e do Um (em uma crítica feroz a Heidegger e a luz do ser; e uma crítica polida a Husserl e ao fenômeno<sup>36</sup>). Esse pensamento diz respeito à relação ética, uma relação não-violenta com o infinito, “como infinitamente-outra”, com outrem, com a pretensão de fugir da totalidade que

---

<sup>36</sup> Segundo Derrida, inicialmente, Lévinas criticava em seus trabalhos a fenomenologia husserliana. Em 1930, por exemplo, volta-se para Heidegger contra Husserl. Mas há um importante deslocamento em sua obra, como atesta Derrida: “o que respeitosa e moderadamente é censurado em Husserl, num estilo heideggeriano, não tardará a tornar-se ponto de acusação num requisito voltado desta vez contra Heidegger e cuja violência não cessará de crescer” (1967/2009, p. 125). Ou ainda: “poder-se-ia, sem dúvida, mostrar que Lévinas, desconfortavelmente instalado – e já pela história de seu pensamento – na diferença entre Husserl e Heidegger, critica sempre um num estilo e segundo um esquema emprestados do outro, terminando por mandá-los juntos para os bastidores como compadres no “jogo do mesmo” e cúmplices do mesmo golpe de força histórico-filosófico” (p. 139).

domina a filosofia ocidental, abrindo espaço da transcendência e libertando a metafísica.

Há, portanto, um solilóquio da razão e uma solidão da luz. Incapazes de respeitar o outro em seu ser e em seu sentido, fenomenologia e ontologia seriam, pois, filosofias da violência. Através delas, toda a tradição filosófica seria cúmplice, em seu sentido e em profundidade, da opressão e do totalitarismo do mesmo. Velha amizade oculta entre a luz e o poder, velha cumplicidade entre a objetividade teórica e a possessão técnico-política (DERRIDA, 1967/2009, p. 130).

Em uma nota de rodapé, Derrida, no entanto, questiona que qualquer filosofia da não-violência, situada na história, pode apenas sempre escolher a menor violência em uma economia da violência. Segundo Derrida (1967/2009), a violência, para Lévinas, seria a solidão de um olhar mudo, de um rosto sem fala. Na visada ética, o Rosto abre e excede a totalidade, marcando o limite de todo poder e violência. Neste sentido, o que escapa ao conceito como poder é a existência de outrem (DERRIDA, 1967/2009). Assim, o outro só pode ser outro se sua alteridade for irreduzível infinitamente. Para Lévinas, o imperativo ético por excelência é o respeito pelo outro como outro. O infinito como infinitamente outro não é violento como a totalidade, “daí por que só Deus impede que o mundo de Lévinas seja o da pior e pura violência, o mundo da própria imoralidade” (DERRIDA, 1967/2009, p. 152), caso o infinitamente outro fosse um homem finito.

Para Lévinas, o face-a-face não é, portanto, originalmente determinado como um frente a frente de dois homens iguais e de pé. “Este supõe o cara a cara do homem de cabeça voltada para cima e olhos erguidos para a altura de Deus” (DERRIDA, 1967/2009, p. 153).

Neste estar-junto como separação parece haver um caminho para pensar o modo de estar na convivência, nem distanciamento, tampouco amizade, mera relação eu-tu. Entrar em contato com o radicalmente, infinitamente outro, e neste instante, me colocar em segundo plano. Ainda que com Heidegger, posso pensar que o ser-no-mundo é ser-com, portanto, no meu ser já está implicado o outro e é a partir desse co-pertencer que toda e qualquer ação de cuidado, de preocupação com o outro emerge; talvez um efeito possível do pensamento de Lévinas em meu tema, seja justamente o esforço de separação no *estar com*. Mas esta separação vai, precisamente, em direção a fazer do Outro privilégio frente ao eu. Lévinas chama de assimétrica a relação de um ao outro. Como profissionais no campo da saúde mental, esta ideia de assimetria,

ainda que necessariamente sustentada em uma horizontalidade das relações (princípio fundamental da desinstitucionalização que é base para a política nacional de saúde mental<sup>37</sup>), é potencial. Assimetria, pois na relação de cuidado, o sofrimento do Outro (e não o meu) é intolerável... Para Derrida (1967/2009), o encontro em Lévinas tem a forma da separação, o encontro é possível pelo outro, pelo imprevisível; “o eu e o outro não se deixam suplantar, não se deixam totalizar por um conceito de relação” (p.135). Derrida, com a ideia de economia da violência, me ajuda a encontrar uma medida no esforço/desejo de deixar que os dois pensadores (Heidegger e Lévinas) impactem meu tema. Há, Derrida (1967/2009) ensina, necessariamente, uma violência implicada:

(...) toda filosofia da não-violência não pode nunca, na *história* – mas teria ela sentido alhures? –, senão escolher a menor violência numa *economia da violência* (p. 130). Um ser sem violência seria um ser que se produzisse fora do sendo: não-história; não-produção; não-fenomenalidade. Uma fala que se produzisse sem a menor violência não determinaria nada, não diria nada, não ofereceria nada ao outro; não seria história e não mostraria nada: em todos os sentidos da palavra e, primeiramente, em seu sentido grego, seria uma fala sem frase (p. 213).

Andrade (2007), lendo Heidegger e Lévinas, busca encontrar uma boa medida entre ontologia e ética, que parece a ele ser a questão central da filosofia, ao afirmar que, para Heidegger, a questão é que a ética entendida como disciplina não tem nada a dizer para o pensamento, pois, por mais de dois milênios, sob o nome de ética encerrou-se “um enclausuramento, de filiação metafísica, da experiência que ali deveria ter lugar” (p. 116). Neste sentido, do mesmo modo que após desejar fazer uma ontologia fundamental – isto é, perguntar-se pelos fundamentos da ontologia e não simplesmente fazer ontologia -, Heidegger irá “progressivamente abandonando o termo “ontologia”, por razões similares às quais não usa o termo “ética”, a saber, por evocarem exatamente aqueles conteúdos metafísicos que não se quer mais repetir” (ANDRADE, 2007, p. 116).

Derrida (1967/2009), em tantos outros aspectos um assumido admirador de Lévinas<sup>38</sup>, questiona a “violência” heideggeriana denunciada por Lévinas:

O ser, não sendo nada fora do sendo – também tema muito bem comentado, recentemente, por Lévinas – não poderia precedê-lo de maneira alguma nem no tempo, nem em dignidade etc. nada é mais claro a esse respeito no pensamento de

---

<sup>37</sup> Esta discussão, articulada com o tema da convivência, será realizada no capítulo 4.

<sup>38</sup> Derrida, em 1997, publica um livro “Adeus a Emmanuel Lévinas”, onde explicita a importância da filosofia de Lévinas para a França em uma emocionante despedida ao amigo que faleceu em 1995.

Heidegger. (...) Pré-compreender ou explicitar a relação implícita com o ser do sendo não é submeter violentamente o sendo (alguém, por exemplo) ao ser. O ser é apenas o ser-de desse sendo e não existe fora dele como uma potência estrangeira, um elemento impessoal, hostil ou neutro (p. 195).

Segundo Andrade (2007), Lévinas considera a grande contribuição de Heidegger para a filosofia uma busca pela compreensão do ser que não pressupõe meramente uma atitude teórica, mas toda a existência humana. No entanto, como salientado acima, a relação com o Outro, teria, do ponto de vista levinasiano, escapado a Heidegger.

Sua crítica [de Lévinas] reside em que, ao remeter a compreensão ainda a um “horizonte de ser”, Heidegger acabaria retornando ao eixo central da “tradição filosófica ocidental”, a saber, ao eixo de uma remissão-redução do particular ao universal. Nesta hipótese, por mais alargado que seja o nome Ser, ele permaneceria servindo, como na tradição ocidental, a uma reunião das singularidades existentes que, por fim, se revelaria, mais uma vez, uma redução delas, uma impossibilidade de, no encontro com elas, ali permanecer (...). Neste sentido, a ontologia teria, violentamente, absorvido a ética (pp. 110-1).

Para Andrade (2007), Heidegger, a partir de uma leitura da estética kantiana, atende ao chamado ético de Lévinas, encontrando uma experiência de relação do homem com o Ser na qual já está presente a figura da alteridade. Para o autor, com a ideia de *deixar ser* a questão da alteridade é colocada por Heidegger: o lugar que ocuparíamos no Ser desinteressadamente já se configura como um lugar de onde o Outro não mais se oferece ao nosso poder, uma vez que o deixamos ser aquilo que ele é, em sua alteridade; e não como uma projeção de meu ego.

Mas eis que Lévinas também critica o “deixar-ser” heideggeriano. Derrida (1967/2009) discorda da crítica de seu amigo lituano<sup>39</sup>:

Muito pelo contrário. Não só o pensamento do ser não é violência ética, como nenhuma ética – no sentido de Lévinas – parece poder abrir-se sem ele. (...) Sem esse reconhecimento, que não é um conhecimento, digamos sem esse “deixar-ser” de um sendo (outrem), como existindo fora de mim na essência do que ele é (primeiramente em sua alteridade), nenhuma ética seria possível. “Deixar-ser” é uma expressão de Heidegger que não significa, como parece pensar Lévinas, deixar-ser como “objeto de compreensão primeiramente”, e, no caso de outrem, como “interlocutor em seguida”. O “deixar-ser” concerne a todas as formas possíveis do sendo e mesmo àquelas que, por essência, não se deixam transformar em ‘objetos de compreensão’. Se pertence à essência de outrem de ser primeira e irredutivelmente “interlocutor” e “interpelado”, o “deixar-ser” deixá-lo-á ser o que ele é, respeitá-lo-á como interlocutor-interpelado (p. 197).

---

<sup>39</sup> Não se trata aqui de tentar reduzir Heidegger e Lévinas ao mesmo; nem mesmo buscar uma reconciliação. Mas deixar que a leitura entre eles, especialmente mediada pelo pensamento afeito ao paradoxo e à desconstrução de Derrida, me afete para, em seguida, voltar ao meu tema.

Ao contrário do que quer Lévinas, parece a Andrade (2007) que o pensamento do ser não coloca, necessariamente, o outro sob meu poder. O ser é questão, abertura, e não solo seguro sob o qual seria possível erigir um edifício ético. Para Andrade (2007), e concordo com o autor nesta argumentação, a leitura de Derrida permite considerar um modo através do qual a questão da ética, legitimamente exigida por Lévinas, pode ser pensada a partir do pensamento do ser, tal como praticado por Heidegger.

Como *deixar ser*, minimizando a violência implicada em qualquer pensamento e ação que caracteriza o modo de ser-no-mundo? Surge aqui a questão da hospitalidade, ideia que passará a interessar Derrida<sup>40</sup>. *Hostis*, em latim, significa hóspede e também inimigo. Como distinguir entre um hóspede e um parasita? Derrida salientará esta ambiguidade, vendo a hostilidade como par da hospitalidade: “hostipitalidade” (1996/2003, p. 41). Em uma discussão contemporânea, Derrida dirá, sobre a hospitalidade, que esta implica em uma delimitação “das soleiras ou fronteiras”, entre o familiar e o não-familiar, cidadão e não-cidadão, privado e público. Ao hospedar, sou senhor em casa, recebo quem eu quero. Meu hóspede pode vir a se tornar um estrangeiro indesejável, sujeito hostil de quem corro o risco de me tornar refém. “Não há hospitalidade, no sentido clássico, sem soberania de si para consigo, mas, como também não há hospitalidade sem finitude, a soberania só pode ser exercida filtrando-se, escolhendo-se, portanto excluindo e praticando-se violência” (p. 49). Escolhemos de quem vamos cuidar no dia-a-dia nos serviços de saúde mental?

Para o autor, a questão da hospitalidade começa aqui: devemos pedir ao estrangeiro que fale nossa língua, em todos os sentidos do termo e em todas as extensões possíveis, antes e a fim de poder acolhê-lo? Se ele já falasse a nossa língua, com tudo o que está aí implicado, se nós já compartilhássemos tudo o que está compartilhado quando falamos a mesma língua, o estrangeiro continuaria sendo um estrangeiro e ainda falaríamos em asilo e hospitalidade? É este o paradoxo (DERRIDA, 1996/2003). Esta é a primeira violência, o estrangeiro, “desajeitado ao falar a língua”, se arrisca, sem defesa, a pedir, em uma língua estrangeira, hospitalidade. “O Estrangeiro teme que o tratem de louco” (p. 11), afirma ao discutir *O Sofista*, de Platão. “As ‘pessoas deslocadas’, os exilados, os deportados, os

---

<sup>40</sup> Derrida (1997/2008) afirma que *Totalidade e Infinito* é um tratado sobre a hospitalidade.

expulsos, os desenraizados, os nômades, têm em comum dois suspiros, duas nostalgias: seus mortos e sua língua” (p. 79). Dialogando com Benveniste, Derrida (1996/2003) afirma que, a partir de um pacto, o estrangeiro tem direito ao asilo, mas também deveres, ele não é o outro absoluto, o bárbaro, o heterogêneo. No pacto, o estrangeiro tem um nome, é um sujeito de direito, representa uma linhagem.

(...) esse direito à hospitalidade oferecida a um estrangeiro “em família”, representado e protegido por seu nome de família, é ao mesmo tempo o que torna possível a hospitalidade (...) Nessas condições não se oferece hospitalidade ao que chega anônimo e a qualquer um que não tenha nome próprio, nem patronímico, nem família, nem estatuto social, alguém que logo seria tratado não como estrangeiro, mas como mais um bárbaro. (...) a diferença, uma das sutis diferenças, às vezes imperceptíveis entre o estrangeiro e o outro absoluto, é que este último pode não ter nome e nome de família; a hospitalidade absoluta ou incondicional que eu gostaria de oferecer a ele supõe uma ruptura com a hospitalidade no sentido corrente, com a hospitalidade condicional, com o direito ou o pacto de hospitalidade (p. 23).

Na história, desde que despojado de seu lugar de sujeito ao se tornar um doente mental (FOUCAULT, 2002), o louco não recebe hospitalidade, mais bárbaro que estrangeiro. A instituição psiquiátrica, supostamente lugar de cura e hospedagem, é na melhor das hipóteses espaço de “hostipilidade”, na maior parte das vezes inimigo e não hóspede.

Mas Derrida (1996/2003) continua: estamos diante de uma aporia; a hospitalidade absoluta – que exige que eu abra minha casa a um estrangeiro que não tem um nome, um desconhecido, anônimo, sem exigir dele reciprocidade – rompe com a hospitalidade de direito. Para hospedar, é preciso primeiro delimitar, por exemplo, o lar que torna possível a hospitalidade.

O autor pergunta se a hospitalidade consiste em interrogar quem chega:

É mais justo e mais amável perguntar ou não perguntar? Chamar pelo nome ou sem o nome? Dar ou aprender um nome já dado? Oferece-se hospitalidade a um sujeito? A um sujeito identificável? (...) a um sujeito de direito? Ou a hospitalidade *se torna, se dá* ao outro antes que ele se identifique, antes mesmo que ele seja (posto ou suposto como tal) sujeito (...)? (DERRIDA, 1996/2003, p. 25).

Há uma antinomia entre a lei da hospitalidade incondicional e as leis da hospitalidade, o conjunto de direitos e deveres. Esta antinomia me faz pensar que o horizonte no campo da saúde mental no Brasil, sustentado por um ideal de desinstitucionalização, reabilitação e reinserção social, é se afastar das ‘leis da hospitalidade’ que exigem que o sujeito de que cuidamos seja outro e não ele,

tentando ‘corrigir’ e ‘consertar’ sua existência e modo de ser e, inversamente, engendrar um esforço cotidiano para acolher incondicionalmente.

Tudo se passa como se a hospitalidade fosse o impossível: como se a lei da hospitalidade definisse essa própria impossibilidade, como se não se pudesse senão transgredi-la, como se a lei da hospitalidade absoluta, *incondicional*, hiperbólica, como se o imperativo categórico da hospitalidade exigisse transgredir todas as leis da hospitalidade, a saber, as condições, as normas, os direitos e os deveres que se impõem aos hospedeiros e hospedeiras, aos homens e às mulheres que oferecem e àqueles e àquelas que recebem a acolhida. Reciprocamente, tudo se passa como se *as* leis da hospitalidade constituíssem, marcando seus limites, poderes, direitos e deveres a desafiar e a transgredir *a* lei da hospitalidade, aquela que exigiria oferecer ao chegador uma acolhida sem condições (p. 69).

Os dois regimes da lei (a lei e as leis) são contraditórios, mas inseparáveis. “Uma requer, implica ou prescreve a outra” (p. 129). A lei, ainda que acima das leis, necessita das leis para se tornar efetiva, as mesmas leis que a corrompem. De uma forma muito semelhante ao pensamento de Lévinas em relação ao Rosto, Derrida (1996/2003) define a lei da hospitalidade como uma lei sem imperativo, sem dever, um apelo que, sem comandar, manda. Por um lado a hospitalidade incondicional ultrapassa o direito, por outro, a hospitalidade é circunscrita pelo dever e pelo direito. A ética se encontra entre as duas hospitalidades: regula-se pelo respeito e dádiva ou pela proporção e norma? Frente à responsabilidade que o sofrimento de outrem produz em nós, como efetivar um cuidado que seja hospitaleiro, que acolha?

#### **2.4 Cuidado: as funções de implicação e reserva**

Ainda sob o impacto de Heidegger, Lévinas e Derrida, volto meu olhar para o cuidado em saúde mental. Figueiredo (2011) salienta que não apenas no campo da saúde, mas também nos campos da educação, da inserção social, da produção material de vida, ou seja, “no campo complexo e multidimensional da organização social é sempre de cuidados recíprocos que se trata” (p. 13).

Figueiredo (2007, 2011) propõe uma metapsicologia do cuidado. O que vem a ser isso? Um esforço para apresentar uma teoria geral do cuidado<sup>41</sup>, utilizando os saberes e práticas da psicanálise para caracterizar os processos envolvidos no ato de cuidar. As práticas de cuidado aparecem ligadas à tarefa de “fazer sentido”, isto é,

---

<sup>41</sup> Devemos considerar que as atividades de cuidar “fazem parte das obrigações e tarefas específicas de todos os profissionais das áreas de saúde e da educação, bem como, em geral, do que nos cabe a todos na condição de seres humanos vivendo em sociedade” (p. 13).

frente às falhas, excessos e descompassos que desafiam a vida humana<sup>42</sup>, construir e estabelecer ligações e dar inteligibilidade aos acontecimentos. Com este objetivo, Figueiredo (2011, p. 13) define o cuidado como

todo o campo das ocupações e preocupações recíprocas onde dependência e interdependência individuais são tomadas como ‘fatos da existência’, apresentando-se como o mais próprio da condição humana, do nosso ‘ser-no-mundo’(...) não diríamos apenas que o homem não ‘sobrevive’ (física e mentalmente), mas que não *existe* – sem *cuidados* recebidos e oferecidos.<sup>43</sup>

Entende-se assim a existência como uma abertura ao mundo que é regido por ocupações e preocupações na forma de cuidados recíprocos. Daí desdobra-se uma *dimensão ética do cuidado*, onde habitar e compartilhar, receber e transmitir estão implicados no mundo humano (FIGUEIREDO, 2011).

Na construção desta teoria geral do cuidar, Figueiredo (2007, 2011) inspira-se em uma elaboração anterior relativa à técnica psicanalítica (Figueiredo, 2000), em que distinguem-se duas funções complementares e fundamentais na tarefa do cuidador, entendido como objeto transformacional<sup>44</sup>: implicação aos fazeres e reserva da presença que permite ser e *deixa ser*. A originalidade da proposta teórica do autor, como ele próprio a define, é a

co-existência [das] funções básicas, sem privilégios e sem prioridades lógicas ou temporais e sua persistência (transformada) ao longo de toda a existência. Ou seja, as funções básicas da implicação têm suas formas primitivas – encarnadas, vias de regra, nas funções maternas e paternas – e passam por transformações, desde as mais concretas até as mais simbólicas e sublimadas, no vasto campo do que chamaremos de ‘objetos transformacionais’ derivados. A percepção da coexistência destas funções aparentemente contraditórias requer um pensamento afeito ao paradoxo (p. 15).

As funções da presença implicada, quando pensamos o início da vida, permitem a constituição do campo intrapsíquico, ou seja, uma introjeção das funções dos objetos transformacionais, permitindo que o sujeito seja capaz, quanto mais

---

<sup>42</sup> “Nem há garantias nem correspondência pré-estabelecida entre nossos impulsos e desejos, de um lado, e seus objetos e condições de satisfação, de outro; nem entre aquelas forças poderosas e insistentes e nossas capacidades de domínio e autodomínio (...) A experiência das desproporções – ou desencaixe – é uma ameaça contínua de “sem-sentido em nossas vidas” (p. 16).

<sup>43</sup> Embora neste trabalho específico, Figueiredo não cite Heidegger, o autor é um leitor do filósofo - como atesta sua obra *Escutar, Recordar e Dizer*, por exemplo – e a influência do pensador alemão se faz, em alguma medida, presente no texto.

<sup>44</sup> Noção retirada do trabalho de Christopher Bollas que remete à ideia de que a mãe, ao interferir no ambiente para tentar satisfazer as necessidades do bebê, permite a este transformar-se (FIGUEIREDO, 2007).

autônomo do ponto de vista psíquico, de estabelecer fecundas relações com o mundo da cultura e os outros sujeitos (FIGUEIREDO, 2011).

Nesta tarefa de ajudar a construir sentidos, o agente de cuidados (o pai, o professor, o médico, o terapeuta, o amigo, a enfermeira, o CAPS, etc.) se apresenta como uma “presença implicada”<sup>45</sup>. O autor define três modalidades de presença implicada, sendo que corresponde a cada modalidade uma figura da alteridade, isto é, um “modo do ‘outro’ se apresentar” (FIGUEIREDO, 2007, p. 16).

Para Figueiredo (2007), a *intersubjetividade transubjetiva* corresponde à modalidade de sustentar e conter. A partir de uma inspiração winnicottiana, pensa-se o outro (cuidador) como quem dá continência; quem oferece condições para a transformação. Tal função liga-se à capacidade de sonhar (WINNICOTT, 1975), de conter e de transformar nossas angústias e afetos através da arte, do brincar, dos grupos, instituições; mesmo indivíduos isolados podem nos ajudar a dar forma, “colorido, palavra e voz aos estratos mais profundos do psiquismo” (FIGUEIREDO, 2007, p. 18). A presença implicada do outro é fundamental tanto para a experiência de continuidade do ser quanto para a transformação: “a presença implicada do outro transubjetivo (...) é, portanto, indispensável, segurando, hospedando, agasalhando, alimentando e “sonhando’ das maneiras mais diversas, desde as mais concretas até as mais sutis e espirituais” (p. 18). Trata-se de conter e sustentar, integrar e dar continuidade, transformar como funções implicadas do outro transubjetivo em sua identidade, isto é, um agente propiciador de identificações primárias (FIGUEIREDO, 2011).

A segunda modalidade da presença implicada, que comparece na forma da *intersubjetividade interpessoal*, tem por objetivo *reconhecer*. Interpessoal, pois aqui temos dois sujeitos - embora de uma forma assimétrica, se considerarmos a responsabilidade implicada no papel do cuidar – exercendo a função de testemunhar e refletir/espelhar o outro. “Muitas vezes, cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem” (FIGUEIREDO, 2007, p. 18). Discreta e silenciosa muitas vezes, esta modalidade<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> A ideia de presença implicada Figueiredo (1994) já havia desenvolvido em trabalho anterior no contexto específico da técnica psicanalítica.

<sup>46</sup> “Neste mundo em que as desproporções proliferam entre os desejos e seus objetos, os medos e seus motivos etc., a experiência da medida, enraizada em um reconhecimento preciso do outro no que tem de mais próprio comporta um *potencial ético difícil de ser exagerado*” (grifo meu, p. 18).

consiste em prestar atenção ao outro, na medida: quando for pertinente (FIGUEIREDO, 2007). Na tarefa de reconhecer estão implicadas as funções do outro da interpessoalidade em sua semelhança, sendo que esta pode ser “admitida como possível mesmo que antecipada, pois ao tratar o bebê [por exemplo] como “semelhante” o adulto antecipa este reconhecimento como forma de instituir aquilo mesmo que está apenas em potência, ainda vindo a ser” (FIGUEIREDO, 2011, p. 14). Trata-se de uma semelhança que se antecipa ao próprio objeto a ser reconhecido.

Na última modalidade de presença implicada no cuidado, o cuidador é fonte de questões e enigmas<sup>47</sup>: trata-se de uma função de *interpelar* que conclama o sujeito à vida. “(...) as funções – chamar à vida, chamar às falas e chamar à ordem – são tão necessárias aos processos de constituição psíquica e narcísica quanto às funções do acolhimento e do reconhecimento” (FIGUEIREDO, 2007, p. 19). Esta intersubjetividade é chamada de *traumática* por sua função de questionar e interpelar, instituindo a diferença, trata-se, portanto, de um trauma constitutivo e estruturante (FIGUEIREDO, 2011).

Mas, talvez ainda mais importante do que nos ajudar a caracterizar nossa função como cuidadores é a indicação do autor das graves consequências para o cuidado quando nossa implicação é excessiva:

Quando a intersubjetividade transubjetiva domina em excesso, configura-se uma experiência de engolfamento totalitário e claustrofóbico. É o cuidado que não dá sossego, sufoca. Mas também o reconhecimento ilimitado – que vai muito além e se desvia do testestunho autêntico e veraz – produz uma especularidade narcísica em que se instala a dependência diante da atenção e da aprovação alheia, um estado de alienação. Finalmente, e da maneira mais evidente, pode-se gerar uma experiência de traumatismo crônico quando o outro reclamante e interpelador, o outro-questão, sobressai demasiadamente (FIGUEIREDO, 2007, p. 20).

Para Boff (2011), o cuidado é o antídoto para o sentimento de abandono e solidão. Mas este antídoto exige uma justa medida, pois entre as patologias do cuidado também está presente, não apenas a negação do cuidado e o descuido, mas o excesso, o cuidado em demasia que, em sua exacerbação e obsessividade, imobiliza e não *deixa ser*. Como seres da incompletude, é-nos necessário reconhecer nossos limites. Nossa permanente busca do cuidado essencial não se desfaz por reconhecermos que “carregamos sempre uma sombra de descuido” (p. 160).

---

<sup>47</sup> Tal proposição é inspirada nos trabalhos de Laplanche (1992), em especial, a sua teoria da sedução generalizada.

Quando nosso cuidado no campo da saúde mental assume a forma da “superproteção”, tutelamos e não deixamos ser. Quando o sujeito passa a depender exclusivamente de nosso olhar e aprovação, tutelamos e não deixamos ser. Quando nos colocamos como exemplo e *prescrevemos* nossas técnicas, nossos valores e modos de vida, tutelamos e não deixamos ser.

As três modalidades de presença implicada – acolher, reconhecer e interpelar – necessitam agir em equilíbrio para que os cuidados possam efetivamente produzir sentido para o sujeito. Este equilíbrio implica na coexistência desta pluralidade de funções, sem nenhum tipo de precedência temporal ou prioridade lógica entre elas (FIGUEIREDO, 2011). Na busca deste equilíbrio torna-se fundamental que a implicação encontre-se mediada pela *reserva*. Na reserva está em jogo *deixar ser*;<sup>48</sup> o cuidador abre mão de suas fantasias de onipotência, aceita sua própria dependência e entende que para cuidar do outro, é necessário cuidar de si e se deixar ser cuidado, desvelando a inevitável mutualidade nos cuidados como um fundamento ético. “Sem prejuízo do que sabe e pode, e sem renegar o que sabe e pode, o agente de cuidados nem sabe tudo nem tudo pode” (p. 21) e, assim sendo, deixa-se interpelar e cuidar por outros, por terceiros, compartilhando suas ações e decisões com outros cuidadores. É preciso, neste sentido, abandonar a onipotência do saber (conhecimento) e a onipotência do fazer (técnica)<sup>49</sup>. Trata-se de uma função primordial, que penso estar intimamente relacionada ao cuidado que se opera na convivência, que envolve “(...) apenas deixar-ser e deixar-acontecer” (p. 22), o que se configura como uma ação negativa: não impedir que algo aconteça e seja, abrir espaço e dar tempo (FIGUEIREDO, 2007).

O desafio do presente trabalho é, a partir da experiência de convivência, caracterizar como estas funções do cuidado podem ser estabelecidas no espaço do CAPS e como evitar os riscos e violências sempre potencialmente implicados no *estar com* que caracteriza a convivência.

Cabe ao agente de cuidados oferecer ao objeto de seu cuidado um espaço vital desobstruído, não-saturado por sua presença e seus fazeres. É neste espaço vital, que o cuidador deixa livre e vazio – sendo sua tarefa justamente a de protegê-lo contra a presença excessiva de objetos e representações -, que o sujeito poderá exercitar sua

---

<sup>48</sup> “(...) como a mãe que deixa seu filho brincar sossegado enquanto ela se atém a estar presente, ao lado, silenciosa, dedicando-se, quem sabe, a seus próprios afazeres e interesses” (p. 21).

<sup>49</sup> Esta questão será discutida no próximo capítulo, quando a formação necessária do profissional de saúde para atuar no contexto da desinstitucionalização for problematizada.

capacidade para alucinar, sonhar, brincar, pensar e, mais amplamente, criar o mundo na sua medida e segundo suas possibilidades (FIGUEIREDO, 2007, p. 22).

A presença em reserva pressupõe em uma aposta antecipada na capacidade de vir a ser do objeto do cuidado, capacidade ainda não demonstrada e que somente se revelará “no oco da presença em reserva, na concavidade que esta presença cuidadora instala” (FIGUEIREDO, 2011, p. 16). Há aqui uma espécie de confiança que o cuidador, de antemão, deposita nas capacidades do outro<sup>50</sup>. Parece-me que a presença em reserva potencializa a convivência como dispositivo de cuidado, pois, no contexto da desinstitucionalização, a convivência só faz e produz sentido, se acreditamos na potencialidade do outro.

Tudo isto exige em um cuidador que seja capaz, em sua presença e reserva, de transmitir as funções cuidadoras, evitando os usos patológicos das atividades de cuidar (FIGUEIREDO, 2007). Para além das possibilidades patológicas individuais do cuidado (reparações maníacas ou perversas, por exemplo), o autor me faz pensar na “tecnificação” do cuidado, onde ao ser reduzido a procedimentos - e não a um *estar com*, eu diria – os procedimentos tecnológicos “endereçoam-se a objetos parciais, perdendo-se justamente uma das mais importantes virtudes do cuidado: a de oferecer ao sujeito uma experiência de integração” (p. 28).

Este equilíbrio dinâmico entre implicação e reserva do agente cuidador instaura o desenvolvimento da mutualidade na troca dos cuidados (FIGUEIREDO, 2011), o que, me parece, estar implicado na ideia de convivência. O autor conclui que a questão da saúde do indivíduo nos remete necessariamente ao mundo interpessoal, isto é, o mundo dos cuidados recíprocos. “Cuidar, deixar-se cuidar e ser cuidado fazem parte do “saudável” no indivíduo e, por extensão, nas coletividades” (p. 26)<sup>51</sup>. De modo que a noção de saúde individual remete ao mundo da experiência cultural, equivale à capacidade de participar criativamente da vida cultural e institucional. Ora, por consequência, não apenas dispositivos específicos de saúde fazem parte do campo do cuidado, mas todo e qualquer dispositivo voltado para as outras esferas da

---

<sup>50</sup> Como apostar, por exemplo, que mesmo delirando ela pode contribuir para o roteiro coletivo de um filme; como apostar que sem coragem de olhar nos olhos de ninguém ele pode dirigir o filme, comandar a assistente de direção e uma equipe de vinte pessoas... E os filmes da TV Sã a cada vez que são exibidos dão testemunho desta doce insana produção coletiva que acredita no potencial de cada um.

<sup>51</sup> Seja para acompanhar os doentes no hospital, brincar com os filhos, escutar os amigos, “nossa capacidade de prestar atenção uns nos outros, por exemplo, parece drasticamente reduzida” (FIGUEIREDO, 2007, p. 28).

existência. No capítulo 04, esta sensibilidade para as outras esferas do viver aparece oficialmente na atual política nacional de saúde mental, consistindo nosso desafio exatamente implementá-la. De minha parte, penso que a convivência encontra aí um lugar estratégico.

## **2.5 A dimensão ética da convivência como dispositivo de cuidado: *estar com e deixar ser***

Como resposta para a crescente solidão e incomunicabilidade entre as pessoas na sociedade contemporânea, Boff (2011, p. 11) propõe o regaste do cuidado, “suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência (...) *ethos* fundamental do humano” .

Para Boff, e aqui em especial sua reflexão me interessa, o cuidado é o princípio inspirador de um novo paradigma de convivência. Pensa que a falta de cuidado caracteriza o mal-estar contemporâneo: descuido, descaso e abandono. Falta de cuidado que perspassa as mais diversas esferas, o meio ambiente, a coisa pública, a dimensão espiritual, e, em especial, os laços sociais: “há um descuido e um abandono crescente da sociabilidade nas cidades. A maioria dos habitantes se sentem desenraizados culturalmente e alienados socialmente” (p. 19).

Inspirado por Heidegger,<sup>52</sup> entende o cuidado como uma atitude, um modo de ser essencial, ontológico, não temos cuidado, somos cuidado: “o modo-de-ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano” (p. 34); sem cuidado deixamos de ser humanos. A indiferença, neste sentido, é uma experiência de desumanização. De uma forma um pouco mais esperançosa do que o filósofo alemão, ao que deixa transparecer, Boff caracteriza o ser humano como um-ser-no-mundo-com-outros “sempre se relacionando, construindo seu habitat, ocupando-se com as coisas, preocupando-se com as pessoas, dedicando-se àquilo que lhe representa importância e valor e dispendo-se a sofrer e a alegrar-se com quem se sente unido e ama” (p. 35).

A característica singular do humano é que em todo projeto e ação coloca cuidado (BOFF, 2011). Para o autor, o cuidado inclui duas significações entrelaçadas: atitude de desvelo e solicitude, de modo que a pessoa deixa de ser o centro e concentra-se no outro; e atitude de preocupação e inquietação, ao me tornar responsável por quem, ao cuidar, me sinto afetivamente envolvido. Deixar o outro ser,

---

<sup>52</sup> Para Boff, Heidegger é o “filósofo que melhor viu a importância essencial do cuidado” (p. 33-4).

ao mesmo tempo, em que me deixo ser transformado e afetado. Para Boff (2011), no modo-de-ser do cuidado, o ser-no-mundo estabelece uma relação que não é de domínio sobre o outro, mas de *convivência*.

Cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. (...) A centralidade não é mais ocupada pelo *logos* razão, mas pelo *pathos* sentimento (...) No lugar da agressividade, há a convivência amorosa. Em vez da dominação, há a companhia afetuosa, ao lado e junto com o outro (p. 96).

Ao associar cuidado com *pathos*, Boff chama a atenção para a importância do sentir e da sensibilidade, enquanto constituintes originários do ser humano.

Como em Boff, Heidegger me conduz a pensar a convivência a partir da ideia do ser-com: estar vivo, se ocupar e se preocupar é convivência, quando o próprio do humano é construir sua existência em um mundo que lhe (co)pertence *junto a* outros seres humanos. Ao cuidar de nossa vivência, cuidamos da convivência: trata-se de uma leitura conjugada de Heidegger e da interpretação do texto heideggeriano que Costa (2009) propõe. A vivência, para além do cuidar de não morrer que caracteriza a vitalidade, põe em evidência o desejo de construir aqui, entre nós, uma vida com felicidades possíveis. Destaca-se aqui a potencialidade de um dispositivo que aposta no *estar com* e em *deixar ser* neste estar com.

Mas, Heidegger, especialmente, me inspira a pensar as dificuldades<sup>53</sup> e impasses da convivência, aspecto fundamental da tese de doutoramento, visto que me parece inevitável ao esforço de caracterizar como a convivência pode se constituir em um dispositivo de cuidado no campo da saúde mental, pensar uma certa forma de convivência marcada por modos deficientes ou indiferentes de preocupação. Com Heidegger penso que, de início e na maior parte das vezes, na impessoalidade da convivência, o *estar com* assume a forma da tensão e da ambiguidade. “Sob a máscara da composição, o que realmente acontece é a oposição entre um e outro” (HEIDEGGER, 1927/1995, p. 236). A impessoalidade retira o encargo de cada um na cotidianidade: ao fugir de si mesma, posso pensar que, por caracterizar-se como ser-com, foge também do outro em sua abertura para ser. Frente a este modo impessoal-próprio de ser na maior parte das vezes na convivência, parece ser necessário um esforço para o encontro com o outro, para além do falatório e da curiosidade.

---

<sup>53</sup> Alguém tem dúvida de como conviver é também difícil?

Isto torna o imperativo ético de Lévinas ainda mais forte e necessário. Não porque a ontologia heideggeriana seja violenta, pois Derrida apresenta uma justa medida: todo e qualquer saber está implicado em uma economia de violência. Penso que toda e qualquer ação de cuidado também está inscrita em uma economia da violência, sendo necessário, a cada vez, escolhermos a menor violência. Por isso é necessário um esforço para sair da impessoalidade cotidiana, em uma economia de ser, para encontrar o outro em sua irreduzível alteridade. Recolocada desta forma, a “ética das éticas” de Lévinas assume um outro lugar: não uma caracterização do ser humano distinta, superando supostamente a caracterização heideggeriana; mas, ao assumir como esta caracterização ilumina - mais do que provavelmente todos gostariam - o modo de ser cotidiano do homem, se faz necessário um esforço em direção ao acolhimento do outro em sua alteridade, a ser realizado a cada vez, horizonte de nossas ações.

Mas recuo um instante para permitir que Lévinas me afete e provoque a reflexão sobre a *convivência*. Na solidão – eu não sou o outro, sou totalmente só - nasce a relação com o outro: parece implicar, portanto, um certo silenciamento de si para que o outro – irreduzível alteridade – surja. Um *estar com* como separação. Este silenciamento de si no contexto da convivência, enquanto dispositivo de cuidado em saúde mental, poderia assumir a forma/função da presença reservada desenvolvida por Figueiredo (2007, 2011). Na reserva está em jogo *deixar ser* (Heidegger e Lévinas se encontram em mim<sup>54</sup>, mediados por Figueiredo: é preciso um silenciamento do ser - como deseja Lévinas, para que o outro surja absolutamente outro – para *deixar ser* o outro – como tematiza Heidegger). Silenciar (a si mesmo, o que não significa em absoluto desinteresse em relação ao outro) para abrir tempo e espaço para que o outro possa emergir em sua especificidade e potencialidade. A aposta antecipada em uma capacidade de vir a ser do objeto de cuidado, tal como apresentada por Figueiredo (2007, 2011), adquire uma tonalidade a mais ao pensar na responsabilidade que o Rosto de outrem conclama em nós.

A relação com o outro é uma relação com o mistério (LÉVINAS, 1947/1996). O mistério não tem aqui o sentido de ser algo desvendado por mim: aí estaríamos na dominação do Ser, que me parece caracteriza também - com mais frequência do que

---

<sup>54</sup> Novamente: não pretendo reduzir Heidegger e Lévinas ao mesmo, isto seria uma violência imperdoável. Peço licença apenas para me deixar ser afetada por ambos, apesar – e também justamente por causa - das diferenças...

gostaríamos de admitir - a relação cuidador-cuidado no cotidiano: o outro como algo a ser desvendado e, em seguida, submetido a mim e ao meu conhecimento... A alteridade, em Lévinas, aparece como uma relação não-recíproca, não-simétrica. Não porque o Eu sabe ou pode mais (posição tão assumida por nós profissionais de saúde), justamente o contrário: frente ao Outro tenho uma responsabilidade indelegável (“De modo diferente que ser!”); o princípio ético supremo: o sofrimento é inútil em outrem, mas significativo em mim, me torna responsável pelo outro sem reciprocidade. ‘Me tornar responsável pelo outro sem reciprocidade’ não é uma espécie de equilíbrio entre implicação e reserva que nossa presença necessita efetivamente para *deixar ser* e vir a ser o outro?

Contudo, Heidegger não nos deixa esquecer, de início e na maior parte das vezes, não sustentamos de modo próprio nosso ser – o que também potencializaria que o outro emergisse em sua autenticidade - de modo que ser responsável sem reciprocidade é algo que exige sobremaneira de nós... A inevitável mutualidade nos cuidados como um fundamento ético, como deseja Figueiredo, revela-se como uma necessidade para a continuidade do cuidado: é preciso deixar-se interpelar por outros, colocando humildemente a nossa prática em questão, é preciso compartilhar, com terceiros, nossas ações e decisões como cuidadores. Fazer isto é cuidar de nós. E nos reabasteceremos para assumir a posição ética fundante – horizonte que Lévinas nos sinaliza.

Este horizonte presentifica-se em meu não ceder à indiferença de uns com os outros, de ser – cada um, mas eu mais do que todos – responsável pelo outro, em minha responsabilidade infinita de cuidado. Ser indiferente é ser cúmplice. O antídoto para a indiferença? **Eis-me aqui!** Eis-me aqui, com funções estruturantes, no campo do cuidado: acolher, reconhecer e interpelar. Identidade, testemunho e diferença: não são esses mesmos os elementos para pensar a alteridade? Identidade a ser (re)construída pelo sujeito com nosso suporte, mas de modo que nosso testemunho crie espaço/tempo para *deixar ser* na diferença, não como nós – silenciamento - mas como irredutivelmente outro... Legítimo outro.

Legítimo outro é o estrangeiro? O sofrimento do outro é estrangeiro a mim? Fala a nossa língua? Não é esta a primeira violência que realizamos a quem nos vem pedir ajuda nos serviços de saúde mental: “desajeitado ao falar a língua”, se arrisca, sem defesa, a pedir hospitalidade. Interrogamos quem chega. No cotidiano dos serviços, nossa hospitalidade é condicionada. Lévinas ensina, o outro é prioridade, a

hospitalidade incondicional. Heidegger anuncia os impasses e obscurecimentos de ser-com, exigindo de nós as figuras levinasianas da alteridade e da responsabilidade absoluta (recuperado por Derrida na hospitalidade) como horizontes da abertura do ser. Derrida nos permite vislumbrar um agir e pensar sem violência por demais – apenas econômica, a menor violência possível...

## CAPÍTULO 3 – CONVIVÊNCIA: FRATERNIDADE E JUSTIÇA NO CUIDADO

Neste capítulo faço um esforço para pensar a convivência a partir de um recorte sociológico que deve refletir sobre uma análise da convivência como um dispositivo de cuidado em seu papel político, isto é, desinstitucionalizador e promotor de cidadania. Duas questões centrais organizam este capítulo: como pensar uma convivência igualitária em nossa sociedade e como o papel e a formação do cuidador podem ser afetados pelos princípios e características de uma convivência possível e igualitária. Para que a convivência possa se configurar como um dispositivo de cuidado no campo da saúde mental, necessário se torna superar algumas dificuldades na formação dos profissionais de saúde.

### 3.1 É possível uma convivência igualitária?

“Ética inculcada facilmente vira pelo avesso, quando, por não fazer parte da convicção própria, troca-se pelo contrário de repente. Formação ética exige introspecção, trabalho beneditino de elaboração interna, pesquisa assídua, sobretudo prática de convivência convincente. Ao contrário do moralista que imagina vender ética, comportamentos éticos têm como característica inspiradora não se impor de fora, mas conquistar pela via da autoridade do argumento. Convencem sem vencer. *Não faz sentido aderir à convivência sob artimanha, alienação ou imposição. É preciso inventar éticas próprias de ser conviventes, que sabem ceder porque, quem não sabe ceder, não respeita aos outros*”  
(DEMO, 2005, p. 91, grifo meu).

Demo (2005), em um instigante trabalho sobre éticas multiculturais, afirma que um dos desafios atuais é a dificuldade da humanidade em conviver: “não consegue mais conviver com a pluralidade humana, enquanto vê no grupo irmãos, vê nos outros inimigos e condenados” (p. 9-10). A responsabilidade levinasiana de cuidado com o sofrimento de outrem por certo não está garantida. Alguns autores de diferentes campos (DEMO, 2005, 2006; BOHM, 2005; SOUZA, 2009; KEHL, 2000; BIRMAN, 2000, SEN, 2011) fornecem algumas indicações que me instigam a pensar uma forma de convivência segundo a qual a hospitalidade e o cuidado encontrem lugar.

Um dos maiores desafios da convivência é “levar a sério o outro”, respeitando sua diversidade (DEMO, 2005). Por partir do princípio de que qualquer olhar é parcial, não como limite, mas por ser histórico, o objetivo do autor é, ao fazer uma sociologia das éticas, discutir a possibilidade de uma convivência humana possível. “(...) no quadro da multiculturalidade, não se poderia fundamentar ética única. Este

reconhecimento não dispensa aspectos comuns que toda convivência humana supõe, mas dispensamos universalismos estritos” (p. 17). Vale dizer que as normas sociais têm uma validade relativa (não relativista, nunca se pode fazer tudo o que se quer), há sempre uma renovação geracional (cada vez maior) posto que as pessoas são diferentes (DEMO, 2005).

Neste sentido, a ética comparece como referência crucial para a convivência humana, afinal a vida de cada um tem inevitável efeito no outro, de modo que não posso alegar que o outro não me diz respeito (DEMO, 2005), posição que lembra a proposta levinasiana discutida no capítulo anterior. “Você, para mim, é problema seu” é uma posição que não cabe em uma ética de cuidado. Demo (2005, 2006b) trabalha com a ideia de “politicidade”, enquanto habilidade humana de conduzir a própria história, de não se manter como objeto de pressões alheias e externas, sujeitos capazes de construir, com criatividade e crítica, cidadanias organizadas. Ser político está associado, portanto, à autonomia, ainda que esta seja sempre apenas relativa, pois conviver também implica renunciar (DEMO, 2006b).

A autonomia nunca é plena, nem “deve” ser, porque eliminaria a autonomia do outro. O ser vivo sempre depende dos outros, não só para nascer, mas principalmente para viver, de sorte que a dependência é estrutural, além de histórica. Autonomia, no fundo, é forma de dependência menos dependente, constituída por sujeitos que convivem (DEMO, 2005, p. 41).

Esta posição encontra-se próxima da defendida por vários autores no campo da saúde mental sobre a autonomia como um dos objetivos centrais dos serviços substitutivos em saúde mental (KINOSHITA, 2001; TENÓRIO, 2001; VASCONCELOS, 2003). Kinoshita (2001), em seu texto sobre a reabilitação psicossocial como reconstrução da contratualidade do usuário de saúde mental, ensina-nos que autonomia não é independência, tampouco auto-suficiência. Demo (2005) afirma que é preciso compreender as éticas neste contexto de politicidade. “O fato de que o egoísmo pareça ser mais abundante não elide a cooperação humana. Ambos são de princípio. Comportamento ético pode ser mais raro, mas não é excepcional, como se fosse quase excrescência” (p. 33). Ou como prefere Sen (2011), em sua elaboração crítica sobre a noção de justiça: “não temos de ser um Gandhi, um Martin Luther King Jr., um Nelson Mandela ou um Desmond Tutu para reconhecer que podemos ter objetivos ou prioridades que diferem da busca inflexível de nosso próprio bem-estar apenas” (p. 49). Todas as relações humanas, por serem ambíguas –

como Heidegger professou - contém horizontes negativos, de modo que toda convivência implica em códigos de condutas, porém “nem todo código de conduta é ‘ético’, se tomarmos este termo como compromisso compartilhado de convivência justa e paritária” (DEMO, 2005, p. 34).

O autor chega à ideia de que é possível ser ético de várias formas, inclusive sem disso ter consciência. Vai diferenciar argumento de autoridade de autoridade do argumento. Neste, visa-se engrandecer a convivência de iguais diferentes, enquanto que aquele pressupõe um alinhamento de fora para dentro e de cima para baixo. Não é possível a autonomia prosperar no argumento de autoridade, pois o controle é valor maior: “o moralista acha que pode ou tem direito de dizer ao outro como deveria comportar-se, tomando como referência menos os direitos iguais e diferentes da convivência comum, do que a si mesmo como protótipo” (p. 36). Na prática, o movimento moralista deseja controlar o outro, não conviver com ele. Certamente, ao longo da história da loucura, esteve presente uma relação de poder que visava à domesticação: técnicas de ajuste físico e psíquico do ser humano aos moldes disciplinares (FOUCAULT, 1993, 2002; BASAGLIA, 1985, 2005). Mas mesmo quando se tenta, desde o fim da segunda guerra mundial, transformar as relações de poder implicados no “cuidado” no campo da saúde mental, inclusive nos serviços chamados substitutivos e na formação dos profissionais de saúde, este movimento moralista continua existindo. Kinoshita (2001) chama a atenção para a lacuna produzida entre a desmontagem do manicômio – entendido como dispositivo que produz e mantém o desvalor do paciente psiquiátrico – e o desafio de construir dispositivos que sustentem a possibilidade concreta de participação do usuário nas trocas sociais:

Não tem sido automática a passagem de uma situação de desvalor para uma situação de participação efetiva no intercâmbio social. Ao contrário, é mais presente a tendência a estacionarmos em um patamar de assistência humanizada, mais tolerante, eventualmente até mais belo, porém igualmente excluída e desvalida. Tem sido um esforço grande a busca por formas de atuação que indiquem um caminho para além deste patamar (KINOSHITA, 2001, p. 56).

Neste esforço para reconstruir a contratualidade do usuário, a relação estabelecida com os próprios profissionais que o acompanham tem um lugar importante (KINOSHITA, 2001). Para isso é necessário uma mudança na postura dos profissionais: de um lugar de autoridade para um compartilhar e conviver. Demo (2005), em suas considerações acerca da possibilidade de construir uma convivência

igualitária, afirma a necessidade de que a autoridade do argumento se sobreponha ao argumento de autoridade.

A autoridade do argumento, continua Demo (2005), pressupõe parceiros que legitimam a palavra do outro, que usam a palavra, mas deixam o outro usar, fundamentam suas opiniões, questionam e, acima de tudo, se autoquestionam. Implica em um encontro de sujeitos que se reconhecem como sujeitos, pressupondo processos educativos autênticos, políticos e emancipatórios. Valoriza a crítica que vem do outro: “espera-se que a crítica que vem do outro seja civilizada, ainda que naturalmente negativa” (p. 51), afinal o valor da crítica está justamente em seu potencial disruptivo, “geralmente dura de engolir, mas por isso mesmo produtiva” (p. 51). Não significa abdicar de posição própria, continua Demo (2005), mas colocar o bem comum acima do interesse próprio; assim caracteriza-se o relacionamento ético que se sustenta na autoridade do argumento que só floresce em espaços destituídos de pretensões definitivas, em ambientes relativos. Demo (2005) defende a necessidade de equilibrar questionamento e envolvimento, em uma postura de cultivo destas virtudes.

Também em uma postura de cultivo de algumas virtudes, mas partindo de outro referencial, o físico David Bohm, propõe uma concepção para o diálogo que visa superar o isolamento, a fragmentação e as dificuldades de comunicação presentes na sociedade contemporânea. Para Bohm (2005), diálogo é fazer e produzir algo juntos. Quando alguém diz algo, o interlocutor em geral responde com um significado similar, mas não idêntico.

Desse modo, quando a segunda pessoa responde, a primeira percebe uma *diferença* entre o que ela quis dizer e o que a outra entendeu. Ao considerar essa diferença, ela pode perceber algo novo, alguma coisa importante tanto para seus pontos de vista quanto para os do interlocutor. E assim o processo vai e vem, com a emergência contínua de novos conteúdos que são comuns a ambos os participantes. Desse modo, num diálogo cada pessoa não tenta *tornar comuns* certas ideias ou fragmentos de informação por ela já sabidos. Em vez disso, pode-se dizer que os interlocutores estão fazendo algo *em comum*, isto é, criando juntos alguma coisa nova (p. 29).

No entanto, este tipo de diálogo só é possível se as pessoas forem capazes de suspender seus pressupostos e forem capazes de ouvir o mais livremente possível umas às outras, só assim seria possível produzir algo em comum, algo novo. A ideia é esforçar-se para suspender os preconceitos e o desejo de influenciar o outro. Não se está um diálogo para vencer, fazer prevalecer um argumento. Para o autor, o diálogo é uma forma de participação, na qual jogamos *com* - e não *contra* - cada um.

Para ouvir sem preconceitos, o autor sugere que fiquemos atentos aos “bloqueios” em nossa escuta, aquilo que, mesmo sem nos darmos conta, não queremos ouvir. No campo da saúde mental, estes bloqueios podem ser encontrados na formação moral e profissional, na visão de mundo, de saúde e doença... Como afirma Vasconcelos (2003), a formação acadêmica dos profissionais de saúde “sustenta-se em representações muito particulares das elites letradas das sociedades ocidentais” (p. 22), levando ao estabelecimento de relações autoritárias e impessoais com os usuários.

Como evitar os bloqueios? Bohm (2005) sugere que devemos mergulhar no processo e movimento mesmo do pensamento. O objetivo do diálogo é, em certa medida, percorrer o processo do pensamento e mudar o modo como coletivamente ele acontece. Chama a atenção para o fato de que, sem nos darmos conta necessariamente, nos identificamos com nossas opiniões que são, por sua vez, resultados dos pensamentos e experiências passadas. Ao nos identificarmos, acabamos por defender nossas opiniões, *como se* estivéssemos sendo atacados.

O pensamento, para Bohm, é ativo, apesar de acharmos que ele não está fazendo nada, apenas nos mostrando como as coisas supostamente são. De modo que o pensamento “defende” seus pressupostos mesmo contra as evidências de que pode estar equivocado. Esta defesa, continua o autor, é na maior parte das vezes, inconsciente, não nos damos conta de que o estamos fazendo, “apenas sentimos que algo é tão verdadeiro que não podemos evitar a tentativa de convencer o outro – que julgamos tão estúpido – do quão errado ele está ao discordar de nós” (p. 42). Bohm (2005) afirma que esta forma de defendermos nossos pensamentos está presente na vida cotidiana e também entre os cientistas, políticos, governantes e profissionais...

Mas como suspender os pressupostos?

Não acreditamos nem deixamos de acreditar em nossos pressupostos: quando estamos irritados, começamos a reagir de modo extrovertido e podemos dizer algo desagradável. Mas suponha que consigamos suspender essa reação. Não só agora evitaremos insultar os outros explicitamente, mas também suspenderemos os insultos que construímos dentro de nós. Porém, mesmo que não ofenda alguém de modo direto, eu posso insultá-lo por “dentro”. Então, suspendo isso também. Contenho-me e reflito (p. 55).

A ideia de Bohm (2005) é que, com este esforço de suspensão dos pressupostos e das reações “automáticas” geradas por eles, conseguiremos perceber o processo e o movimento do pensamento, trazê-lo à superfície e assim modificá-lo: não se tenta exatamente mudar algo, apenas estar atentos a tudo. Para o autor, com este esforço, tornamos-nos capazes de perceber as semelhanças entre as dificuldades

de um grupo e os conflitos e incoerências dos pensamentos de uma pessoa. O convite é para que cada um perceba suas reações de hostilidade (ou quaisquer outras reações emocionais que surgem no diálogo ao defendermos nossos pressupostos) e perceba as reações de como as outras pessoas se comportam e reagem: percebemos que a hostilidade do outro provoca a nossa e vice-versa. Ao observar, suspendemos, nos familiarizamos com o modo de funcionamento do pensamento e o modificamos. Ou seja, estamos atentos não apenas ao conteúdo dos diferentes pontos de vista, mas ao processo em si do pensamento próprio e dos outros (BOHM, 2005).

Significa dizer que estão presentes no processo de pensamento dimensões outras que não apenas a cognitiva. Como Demo (2005, p. 66) afirma:

nunca podemos garantir como o outro nos entende, até porque sequer podemos garantir que entendemos bem. Esta imersão do pensamento, da consciência, da ética, da política neste caldeirão surpreendente mostra não só sua explosividade incontrolável, mas a importância certamente maior do afeto frente à consciência. Por mais que cuidemos que nos comportar “objetivamente”, até mesmo por razões pretensamente éticas, os pensamentos estão investidos de afeto e arrancam dessas profundezas sua energia criativa.

Bohm (2005) defende a experiência do diálogo, tal como a entende, salientando que o pensamento coletivo é mais poderoso que o pensamento individual. Este é em grande parte o resultado da interação com outras pessoas. Para trabalhar juntas, de forma cooperativa, as pessoas precisam criar algo em comum que surja, não da transmissão ou imposição de uma autoridade – que mantém o sujeito em uma condição de instrumento passivo – mas das ações e discussões mútuas (BOHM, 2005). Ao compartilhar opiniões sem hostilidade, ao suspender nossos pressupostos, seremos capazes de, ao invés de defender opiniões, pensar juntos. Para o autor, é possível compartilhar um conteúdo, mesmo se não há concordância plena; o que permitiria nos movermos de forma criativa. Ao invés de convencer ou persuadir, tomar parte no significado coletivo, “da mesma forma que as pessoas se alimentam juntas. Participaremos, comunicaremos e criaremos um significado que é de todos, o que quer dizer tanto ‘compartilhar’ como ‘fazer parte de’” (p. 65). Para o autor, é possível surgir dessa participação uma consciência comum, sem excluir as consciências individuais. Cada pessoa pode sustentar uma opinião e esta é também absorvida pelo grupo, “assim, todos seriam inteiramente livres” (p. 66).

Instigante a proposta de grupos de diálogo do autor: em um próximo tópico, enquanto estiver ocupada com o desafio da convivência no contexto da atenção

psicossocial e, em especial, do papel do cuidador nos serviços de saúde mental, as reflexões e sugestões do autor serão retomadas. Afinal, uma forma de diminuir o autoritarismo presente em nossa formação é reconhecer, por exemplo, que no diálogo não conseguimos suspender nossos pressupostos. No momento, angustia-me o fato de que ser “inteiramente livre” parece algo muito distante da realidade mundial e, em particular, no que diz respeito a este trabalho, da realidade dos brasileiros que fazem uso dos serviços públicos de saúde mental. Sem, portanto, necessariamente assumir a proposta de diálogo e de construção de redes de convivência do autor, sua reflexão me inspira a pensar alguns princípios para caracterizar a convivência como dispositivo de cuidado.

A fim de me ajudar a refletir sobre a convivência, de modo geral e mais especificamente no contexto da atenção psicossocial, a afirmação de Demo (2005, p. 36) me interessa: “a engenharia humana mais exigente e fina é a orquestração de espaços comuns que se compatibilizem com as aspirações individuais, o que não pode ser feito sem uma dose de conflito e sem uma dose de solidariedade”. A partir dessa discussão, o autor propõe um entendimento complexo e não-linear da convivência humana, o que implica a aceitação de que o ser humano não é “solucionável” no plano histórico e evolucionário:

grande discernimento se exige para distinguir e sopesar a parte solucionável e a parte não solucionável da vida em comum. Por isso mesmo, este discernimento não pode provir de fora, imposto, espúrio, mas só pode ser obra dos participantes que discutem com abertura e respeito, dentro de regras de jogo inspiradas no bem comum (p. 50).

Tal posição sobre a convivência pressupõe a necessidade de consensos, sendo o grande desafio justamente gestar acordos que se produzam a partir de um saber pensar em conjunto e não mero reflexo da maioria<sup>55</sup>. Por decorrência, a ética não pode ser reduzida a um argumento de autoridade, posto que este fere a convivência igualitária, isto entre iguais e diferentes, já que se sustenta sempre, em alguma medida, por um apelo de subordinação. O objetivo é, através da autoridade do argumento, tentar fazer prevalecer o bem comum, evitando os abusos da convivência (DEMO, 2005).

---

<sup>55</sup> “Assim, os consensos geralmente não vão muito além do bom senso, mas são os acertos nos quais pelo menos a maioria acredita e por isso são patrimônios do grupo. A história pode arrepiar-se por temor aos dois lados: por vezes, sucumbiu porque bastou-se com acordos medíocres, nos quais a maioria acreditava, mas não eram pertinentes; por vezes sucumbiu porque entregou-se a um bom príncipe, imaginando que ele teria maior discernimento” (DEMO, 2005, p. 50).

Os indivíduos são ao mesmo tempo iguais e diferentes. Aí coloca-se o desafio ético da convivência: é uma convivência entre diferentes. A sociedade “não é propriamente igual, mas pode ser igualitária, no sentido de que as diferenças poderiam ser geridas e negociadas segundo oportunidades iguais” (p. 21). Igualdade de oportunidades não resulta em uma igualdade de resultados (DEMO, 2006b). É preciso, neste sentido, cuidar tanto da igualdade quanto da diferença, evitando, o que facilmente acontece como a história nos mostra, que a diferença evolua para desigualdade (DEMO, 2005, 2006b). “Ser igual e ser diferente é, no fundo, o mesmo direito humano” (DEMO, 2006b, p. 20). Na prática, na vida concreta, não existe igualdade absoluta, pois a convivência é feita de pessoas diferentes, com pretensões conflitantes. Neste sentido, não há sociedade que não tenha questão social, necessitando gerenciar conflitos em torno das diferenças e desigualdades, de onde a responsabilidade ética de todos para com todos (DEMO, 2005).

A desigualdade é, para o tema deste trabalho, discussão fundamental, afinal, no contexto dos serviços públicos de saúde mental a diferença que se associa à desigualdade nos atinge por duas vias: a pobreza e o sofrimento psíquico. No próximo capítulo, irei discutir o sofrimento psíquico. Me concentro agora em abordar a dimensão brasileira da exclusão social e da desigualdade.

### **3.2 Exclusão social e Desigualdade**

“Os indivíduos desiguais (e não haveria indivíduos diferentes se não fossem desiguais) só são mensuráveis por uma norma de igualdade, na medida em que sejam colocados sob um ponto de vista igual, sejam considerados sob um só aspecto definido; por exemplo, no caso em questão, são vistos como trabalhadores e nada mais se vê neles, todo o resto sendo ignorado” (MARX, crítica do programa de Gotha, citado por Amartya SEN, 2011).

“Todo cuidado é pouco para que não sejamos cúmplices na instalação de novos cenários que justifiquem e possibilitem o exercício da violência inerente às instituições totais como se estes pudessem ser promotores de saúde e cidadania” (SCARCELLI, 2011, p. 153).

Pensar sobre a exclusão social e a desigualdade é uma necessidade em um trabalho que se propõe a caracterizar a convivência igualitária como dispositivo de cuidado no contexto da desinstitucionalização no âmbito da saúde mental. A institucionalização que se pretende justamente desconstruir foi historicamente organizada a partir do mito da doença mental (SZASZ, 1977), este, por sua vez, sustentado por fatores políticos e econômicos (FOUCAULT, 2002), o que acarretou a exclusão de milhares de pessoas que deixaram de ser sujeitos de direito (MUSSE, 2008). A raiz do preconceito em saúde mental, que associa ao sofrimento psíquico intenso as noções de incapacidade e periculosidade, funda-se na redução da complexa

e subjetiva experiência de sofrimento, construída no corpo social, à ideia de doença mental. A marca deste preconceito ainda está presente em nossa sociedade e em nossos serviços de saúde mental. Somam-se a este preconceito os preconceitos de classe que se reproduzem na relação entre profissionais e usuários de serviços de saúde mental, colocando em questão o objetivo da política nacional de saúde mental: a inclusão social.

Scarcelli (2011) problematiza a noção de exclusão social, tão larga e vulgarmente utilizada na atualidade, ao considerar que o debate político no campo da saúde mental

ultrapassa o âmbito de questões relativas à reforma do sistema de saúde, inclui indagações sobre a desigualdade social, sobre organização e relação dos movimentos [sociais] com o Estado (autonomia x institucionalização) e preocupações relacionadas ao papel normalizador das instituições com sua tendência de reeditar velhas práticas em novas roupagens (p. 20).

Vale dizer que o campo da saúde mental está atrelado ao campo da saúde coletiva e ao campo político e social. Nucci e Dalgarrondo (2005, p. 37), ao discutir uma clínica em saúde mental que seja sensível à cultura, considerando que vivemos em sociedades multiculturais, predominantemente urbanas, que pertencemos a diferentes e múltiplas identidades, afirmam que “as experiências trazidas por pacientes de baixa renda, principalmente na atenção pública à saúde mental, frequentemente implicam variáveis culturais dinâmicas”. Estas se transformam rapidamente em função da participação em diferentes grupos culturais – religiosos, no mundo do trabalho, políticos, etc – e de deslocamentos geográficos, de forma sucessiva ou simultânea (NUCCI; DALGALARRONDO, 2005).

Scarcelli (2011) apresenta um exemplo no campo da saúde mental – a passagem do hospício para a cidade – que revela a confluência entre as questões de saúde e as questões sociais.

Naquilo que se refere aos egressos do hospital psiquiátrico, pudemos perceber que melhores condições de moradia e possibilidade de consumo associam-se à tutela (dos serviços assistenciais, do Estado); porém, ter autonomia e libertar-se é correr o grande risco de cair na espiral da precariedade, sem emprego e sem assistência, assim como parcela considerável da população mundial. Quantos dos 12.000 moradores de hospícios brasileiros – para não falarmos dos outros tantos milhões de desassistidos – poderão alcançar um lugar não tutelado e ter uma situação razoável nesse universo de tantos miseráveis? Se há uma dívida social para com aqueles que sofreram entre diversos outros processos excludentes a punição de ficar confinado, submetido, como a sociedade saldará essa dívida? (SCARCELLI, 2011, p. 183).

Para a autora, a noção de exclusão social expressa-se de formas diferentes e contraditórias entre si, no senso comum, na academia e no âmbito político, remetendo a quase tudo aquilo que se denomina campo social na atualidade. Por exemplo, no âmbito das políticas públicas, práticas e discursos inclusivos podem resultar em uma prática excludente (SCARCELLI, 2011). A autora nos adverte quanto ao fato de muitas práticas que supostamente se propõem como combate à exclusão estão a serviço de uma inclusão apenas marginal, amenizando os efeitos da exclusão, sem verdadeiramente enfrentá-la.

Está presente nesta leitura sobre a noção de exclusão social uma preocupação com a “boa intenção” acrítica das políticas públicas. Segundo Scarcelli (2011), as políticas sociais nos tempos de neoliberalismo e globalização são apenas ajustes, pois, sintonizadas com o enaltecimento do individualismo, acabam por produzir desassistência, desemprego, segregação e diminuição da solidariedade.

Ocupada com as políticas públicas em saúde mental, a autora pondera que se partimos do princípio de que a política nacional de saúde mental pretende ir além do fechamento dos hospitais, visando uma incidência concreta no cotidiano da vida das pessoas, pressupõe-se que deva estar em curso um processo de mudança que pode passar tanto por propostas de inclusão do sujeito nos serviços assistenciais e, desse modo, por investimento e adoção de medidas de proteção social, quanto pela transformação social radical que implica a superação da sociedade capitalista e dos processos excludentes de seu sistema de produção (SCARCELLI, 2011).

A autora, em uma ampla revisão sobre a noção de exclusão, afirma que está em jogo uma lógica de classes: exigência do pensamento em estabelecer critérios que colocam os equivalentes, os substituíveis entre si, em um mesmo lugar; definindo o que está dentro e o que está fora. De toda forma, o problema da exclusão não está na classificação em si, no agrupamento por classes, mas sobretudo no uso político desta classificação que gera preconceitos e alienação (SCARCELLI, 2011). Neste sentido, para a autora, há um jogo dialético entre estar incluído/excluído de determinada categoria e a adjetivação ideológica do que é considerado certo/errado, justo/injusto, bom/mal...

Sobre a noção de exclusão social, Scarcelli (2011) destaca três grandes orientações teóricas: o conceito de trajetória (a problemática implicada é a da socialização), a questão da identidade (interiorização de aspectos negativos, estigmatização e discriminação) e o território (o processo de exclusão se configura em

territórios específicos, por exemplo, bairros pobres). Penso que estas três dimensões estão presentes no campo da saúde mental. Afirma que nos países ricos, a partir da crise do Estado Providência, surge um novo tipo de pobreza; nos países pobres há uma intensificação da pobreza em função dos efeitos da globalização (SCARCELLI, 2011). Para a autora, pobreza e exclusão estão articuladas, embora não sejam o mesmo fenômeno. Problematizar a noção de exclusão social tem, para Scarcelli (2011), o valor de tentar desvelar as dinâmicas globais responsáveis pelos desequilíbrios atuais.

Criam-se dois mundos separados materialmente e unificados de modo ideológico. Neles podem ser encontradas as mesmas coisas, aparentemente as mesmas mercadorias, ideias individualistas e competição, porém as oportunidades são muito desiguais. O imaginário que cimenta essa ruptura é único, mercantilizado, enganador e manipulável (...) Essa humanidade é 'sub' em todos os sentidos, pois se baseia em insuficiências e privações que se desdobram para fora do econômico. As pessoas podem ter dinheiro – às vezes grande quantidade decorrente de atividades ilícitas – mas estão à margem, são tratadas como cidadãos de segunda categoria e para eles não há justiça (p. 40).

A autora cita a tese de Demo (2006b), sobre a pobreza política, de que não existe nova questão social que justifique a emergência do “paradigma exclusão social” para além dos paradigmas de desigualdade e classe social. Não se trataria de nova questão social, pois a intensificação da pobreza seria consequência da nova fase do capitalismo (SCARCELLI, 2011). Para Demo (2006b), o pobre não está destituído apenas dos bens materiais, mas sobretudo de sua cidadania; está coibido de ter e ser; pobreza é injustiça. Com o conceito de pobreza política, Demo (2006b) não está tratando de outro fenômeno, mas considerando a pobreza, em sua complexidade não linear, isto é, destacando a dimensão da desigualdade social que é cultivada historicamente e que mantém uma maioria em condição de minoria<sup>56</sup>. “Politicamente pobre é (...) o oprimido que espera sua libertação do opressor; é o ser humano reduzido a objeto e que mendiga direitos” (p. 31).

Neste sentido, as chamadas políticas de inclusão ou de redução da pobreza são limitadas no sistema capitalista. Por um lado, o Estado Providência, como no contexto francês, ao tentar restaurar os ganhos do *welfare state*, encobre que a assistência não é a estratégia de combate à exclusão dentro do capitalismo (SCARCELLI, 2011). No outro extremo, no Estado mínimo norte-americano e inglês, que tem o mercado como

---

<sup>56</sup> “Para dar um exemplo: uma coisa é a infecção generalizada, outra é a localizada; pobreza extensa sugere mal localizado, facilmente sob controle, enquanto pobreza política indica comprometimento do corpo inteiro” (DEMO, 2006b, p. 41).

finalidade, encobre que o mercado tem um fim em si mesmo e não é capaz de regular a justiça social (SCARCELLI, 2011; DEMO, 1998, 2006b). Em ambos os casos despreza-se a questão central da pobreza: questão política, déficit de cidadania.

Demo (1998, 2006b) denuncia como a inclusão dos pobres em programas assistenciais tem efeito de exclusão, subordinando a cidadania ao mercado. Esta inclusão é marginal, reduz-se ao assistencialismo e incapacita para o confronto (DEMO, 2006b). O autor nos deixa claro que a questão não é apenas material: é de poder, não se tem as mesmas armas.

Scarcelli (2011), que em seu livro reflete sobre importantes experiências brasileiras de implementação de residências terapêuticas<sup>57</sup>, está ocupada com o campo da saúde mental e das políticas públicas voltadas para o campo da saúde mental. Jessé Souza<sup>58</sup> (2009), em sua consistente e aguda análise da desigualdade brasileira e dos processos de encobrimento das causas dessa desigualdade, me ajudará a suscitar questões importantes para a implementação de ações de cuidado pautadas na concepção de convivência igualitária no campo da saúde mental – pública e brasileira.

Souza (2009), em seu livro *A ralé brasileira*<sup>59</sup>, tem por objetivo mostrar os meios culturais e simbólicos que permitem que a desigualdade seja legitimada na atualidade em nosso país. Segundo o autor, está presente na sociedade brasileira, como questão social central, a oposição entre uma classe excluída de reconhecimento social e das oportunidades materiais e simbólicas e as demais classes que estão incluídas, ainda que de forma diferente. O convite de Souza (2009) é para que nos conscientizemos desta desigualdade, mantida cotidianamente em nossa sociedade, e possamos nos avaliar não pelo nosso PIB, mas pela forma como convivemos e tratamos uns aos outros.

O autor defende que há duas falsas teses, amplamente divulgadas nos jornais e presentes nos debates intelectuais e políticos: a) a desigualdade vem de muito tempo, desde o Brasil colonial e, portanto, b) não há muito a que se fazer rapidamente para modificar esta situação. Estas falsas teses, para o autor, levam a que não se perceba

---

<sup>57</sup> No próximo capítulo estas experiências serão apresentadas para ajudar na caracterização da convivência como um dispositivo de cuidado no campo da saúde mental.

<sup>58</sup> Devo esta preciosa referência a Roberto Tykanori na mesa-redonda em que participamos no Pré-Encontro Intersetorial de Saúde Mental do Distrito Federal, no dia 07 de novembro de 2013.

<sup>59</sup> Com o termo ralé o autor não pretende ofender “essas pessoas já tão sofridas e humilhadas, mas para chamar a atenção, provocativamente, para nosso maior conflito social e político: o abandono social e político, “consentido por toda a sociedade”, de toda uma classe de indivíduos “precarizados” que se reproduz há gerações enquanto tal” (p. 21).

mudanças efetivas na vida humilhante de dezenas de milhões de pessoas em nosso país. Souza (2009) defende que as duas teses são falsas e estão relacionadas, formando o núcleo da violência simbólica, aquela que, justamente por não parecer violência, naturaliza a desigualdade social brasileira. Para o autor, a reprodução cotidiana da legitimação da desigualdade no Brasil contemporâneo utiliza meios simbólicos, novos e modernos, diferentes do “chicote do senhor de escravos” (SOUZA, 2009, p. 15), que legitimam a injusta dominação cotidiana.

Segundo Souza (2009), esta falsa teoria dominante, denominada por ele de liberalismo economicista, sustenta-se na suposta – e igualmente falsa – oposição entre mercado como espaço de todas as virtudes e o Estado como corrupto. Esta simplista oposição, na perspectiva do autor, ignora a ambiguidade tanto do mercado quanto do Estado; ao posicionar a corrupção como exclusivamente estatal, permite que os privilégios econômicos de uma minoria seja apresentado à maioria como forma de combater o “mal”: “como todo conflito social é dramatizado nessa falsa oposição entre mercado divinizado e Estado demonizado, os reais conflitos sociais que causam dor, sofrimento e humilhação cotidiana para dezenas de milhões de brasileiros são tornados literalmente invisíveis” (p. 17).

O principal argumento do autor – que aqui em especial me interessa para poder no próximo tópico problematizar a relação entre os cuidadores e aqueles que recebem o “cuidado” em saúde mental – é que, conforme esta visão distorcida, aquele que está socialmente marginalizado é percebido como se fosse

alguém com as mesmas capacidades e disposições de comportamento do indivíduo da classe média. Por conta disso, o miserável e sua miséria são sempre percebidos como contingentes e fortuitos, um mero acaso do destino, sendo a sua situação de absoluta privação facilmente reversível, bastando para isso uma ajuda passageira e típica do Estado para que ele possa “andar com as próprias pernas”. Essa é a lógica, por exemplo, de todas as políticas assistenciais entre nós (p. 17).

O que fica invisível é justamente toda uma “herança” imaterial – que não se reduz ao econômico – que reproduz e cria as condições para a manutenção de cada indivíduo em sua classe social.

Para o autor, na classe média, a cegueira da visão redutoramente economicista do mundo é ainda mais visível. Nesta classe está presente uma forma de reprodução que se opera através de uma “transmissão afetiva” - que é imperceptível, pois se processa no cotidiano do universo privado da casa - das precondições que irão

permitir aos filhos dessa classe competir, com chances de sucesso, na aquisição e reprodução de capital cultural.

O filho ou filha da classe média se acostuma, desde tenra idade, a ver o pai lendo jornal, a mãe lendo um romance, o tio falando inglês fluente, o irmão mais velho que ensina os segredos do computador brincando com jogos. O processo de identificação afetiva — imitar aquilo ou quem se ama — se dá de modo “natural” e “pré-reflexivo”, sem a mediação da consciência, como quem respira ou anda, e é isso que o torna tanto invisível quanto extremamente eficaz como legitimação do privilégio. Apesar de “invisível”, esse processo de identificação emocional e afetiva já envolve uma extraordinária vantagem na competição social seja na escola, seja no mercado de trabalho em relação às classes desfavorecidas. Afinal, tanto a escola quanto o mercado de trabalho irão pressupor a “in-corporação” (tornar “corpo”, ou seja, natural e automático) das mesmas disposições para o aprendizado e para a concentração e disciplina que são “aprendidas”, pelos filhos dessas classes privilegiadas, sem esforço e por mera identificação afetiva com os pais e seu círculo social (SOUZA, 2009, p. 19).

O invisível ou “esquecido” nesta concepção é que esses pressupostos aprendidos da classe média passam a valer para todas as classes, *como se* as condições de vida fossem as mesmas. Seria justamente este “esquecimento” do processo de socialização que permitiria sustentar a meritocracia: o “fracasso” das pessoas das classes não privilegiadas é percebido como “culpa”, tornando invisíveis todas as precondições emocionais, sociais e econômicas que sustentam, por um lado, o privilégio de classe e, por outro, o abandono político e social de classes sociais inteiras (SOUZA, 2009).

A legitimação do mundo moderno como mundo “justo” está fundamentada na “meritocracia”, ou seja, na crença de que superamos as barreiras de sangue e nascimento das sociedades pré-modernas e que hoje só se leva em conta o “desempenho diferencial” dos indivíduos. Nesta lógica, nada mais “justo” que alguém 50 vezes mais produtivo ganhe um salário 50 vezes maior; nada mais “justo” do que o “melhor” passe no concurso público (SOUZA, 2009).

Ou seja, o que fica encoberto – pelo mercado, Estado, ciência e senso comum dominantes, segundo o autor – é que existem precondições sociais para o sucesso que seria supostamente individual. O que será considerado “mérito individual”, que legitimará todos os privilégios no futuro, será fruto de habilidades e capacidades – disciplina, pensamento prospectivo, concentração, etc. - construídas através de identificações afetivas por meio da história cotidiana compartilhada (SOUZA, 2009). Neste sentido, a chance de sucesso na escola e no mercado de trabalho é diferente nas classes sociais. “A ignorância, ingênua ou dolosa, desse fato fundamental é a causa de

todas as ilusões do debate público brasileiro sobre a desigualdade e suas causas e as formas de combatê-la” (p. 23).

No próximo tópico justamente será discutido que, para construir uma sociedade cuja convivência seja igualitária e justa, será preciso pensar não apenas em políticas públicas organizadas a partir do referencial econômico, mas considerando as reais e efetivas capacidades necessárias para que cada um possa levar uma vida digna. O que Souza (2009) ajuda a ver é que, se nossas políticas públicas não forem sensíveis à efetiva e concreta realidade brasileira, perpetuaremos a reprodução de uma sociedade que naturaliza a desigualdade e “aceita produzir “gente” de um lado e “subgente” de outro” (p. 24). Para o autor, é a presença de dois efeitos conjugados – o aprendizado cognitivo e emocional e a auto-confiança construída no interior das famílias – que perpetua, sem que ninguém se dê conta, a inscrição das pessoas em determinada classe social. De modo que, as classes sociais se reproduzem de forma invisível: primeiro, porque as capacidades são construídas longe do escrutínio público no interior dos lares; segundo, porque no senso comum só há olhos para o resultado – “milagre do mérito individual” – sem considerar justamente as condições sociais e familiares (SOUZA, 2009).

De acordo com Souza (2009), este é um processo silencioso e sustentado no mito moderno da “meritocracia”, que separa o indivíduo da sociedade, e assim permite que possamos culpar os pobres pelo próprio fracasso, esquecendo o conjunto de predisposições que constroem habilidades como autocontrole, disciplina, habilidades sociais... “O “esquecimento” do social no individual é o que permite a celebração do mérito individual, que em última análise justifica e legitima todo tipo de privilégio em condições modernas” (p. 42). Por outro lado, completando o ciclo de injustiça, é esse mesmo “esquecimento”, que permite atribuir “culpa” ao indivíduo que é discriminado por ter “escolhido”, por supostas maldade ou preguiça, o fracasso (SOUZA, 2009).

O autor chama este “esquecimento” de *má-fé institucional* e, através de uma metódica pesquisa qualitativa, discute-a no campo da educação, da saúde e da justiça. No que tange ao sistema de saúde brasileiro, sustenta que as debilidades no funcionamento das instituições públicas de saúde reproduzem a desigualdade social, de modo que, na prática, elas contradizem os preceitos constitucionais do SUS e certamente não favorecem a sua proposta de propiciar cidadania inclusiva e igualitária. Ao contrário disso, continua Souza (2009), a divisão de clientela entre a assistência

pública e a privada<sup>60</sup>, de modo que o SUS não é o único sistema, evidencia a inviabilidade do ideal da saúde como direito de todos e dever do Estado.

O que o autor chama de má-fé institucional é a constante tendência em não realizar as ações e medidas que fazem parte oficialmente das competências das instituições públicas de saúde, bem como o modo de funcionamento delas que expõe os funcionários e pacientes a conflitos de classe – não reconhecidos como tal, o que agrava e perpetua a situação – a todo momento. Ainda que estes conflitos possam acontecer – e de fato, acontecem – na esfera privada, nas instituições públicas os conflitos estão cotidianamente frequentes, haja visto que o público-alvo é justamente composto por pessoas consideradas quase “inimigas” da sociedade e, por outro lado, desempoderadas. Um dos efeitos perversos, prossegue o autor, é que muitas das políticas públicas destinadas a essa população não consideram a especificidade de suas disposições e, portanto, não contemplam planos efetivos que possam sustentar efetivamente a melhoria na qualidade de vida.

Através de vários exemplos, Souza (2009) vai demonstrando como, para além de tentar salvar a vida/corpo do paciente (e mesmo esta tarefa fica prejudicada pelos mais diversos entraves burocráticos), todas as outras demandas – sociais, emocionais, psicológicas, informacionais – são tratadas como desnecessárias. O autor afirma que esta prática se sustenta em uma visão animalizada sobre a saúde, contrariando os princípios do SUS.

Ao relatar exemplos de conflitos entre os profissionais de saúde e os pacientes, destaca uma prática de boicotes: médicos grosseiros e violentos, recusando-se a explicar suas ações para os pacientes (a informação sobre os procedimentos é um direito assegurado), auxiliares de enfermagem que, por estarem do ponto de vista social e geográfico mais próximo dos pacientes que atendem, lutam para se diferenciar e fugir de estigmas<sup>61</sup>, psicólogos que simplesmente não se apresentam para conversar com pacientes com evidente sofrimento psíquico intenso.

O exemplo seguinte chama a atenção para formas aparentemente inocentes

---

<sup>60</sup> A assistência privada foi formalizada pela regulamentação da assistência supletiva no final da década de 1990 (SOUZA, 2009).

<sup>61</sup> “Dessa maneira, dispensar um tratamento pouco “humanizado” ao desamparado pela família, bandido, alcoólatras ou mulher de “vida fácil” é, ainda que não refletidamente, a forma mais comum que o profissional da pequena-burguesia tem para assinalar um distanciamento em relação a esses estigmas e com isso a recorrente e desesperada tentativa de evitar seu próprio rebaixamento como pessoa” (SOUZA, 2009, p. 320).

com que o profissional de saúde pode destrar os pacientes, mesmo quando estes não são identificados como delinquentes:

Havia então uma paciente da rale com problemas psiquiátricos — *o que por si só já é motivo para ser estigmatizada* — que deveria ser transferida para uma unidade médica que cuidasse especificamente do seu caso. Apesar disso, a paciente permanecia na enfermaria onde ficavam pacientes politraumatizados, lugar nada apropriado para ela. Mesmo Aline [estagiária de serviço social] buscando informações sobre sua vida, já que não havia sido identificada, nenhum outro assistente social ou psicólogo fez nada em seu benefício, nem mesmo tentar transferi-la de setor. Aline chegou a providenciar sua transferência para uma unidade especializada, mas dependia de que as pessoas do próximo plantão concluíssem o processo. Uma semana depois, para surpresa de Aline, a paciente continuava no mesmíssimo lugar! Tentando se comunicar com ela, coisa que os psicólogos deveriam fazer, Aline descobriu que alguns auxiliares de enfermagem estavam tratando-a de modo negligente e frio, desconsiderando que sua situação exigia cuidados especiais: Ela falou que ela fazia xixi e não conseguia levantar. Ela pedia pra trocar porque ela usou fralda nesse período (...) [Auxiliar de enfermagem]: “Não, você fez xixi na roupa, agora você aprende, você fica aí com xixi!”. Ela: “Não, mas arde, tá doendo!”. Aí ela já estava até habituada, já conhecia várias pessoas lá, “não, ela falou que eu tinha que me acostumar. Aí eu prendia, eu não fazia xixi!”. (...) Ela reclamava de dor, falava que quando dava injeção doía, falavam [para ela] que tinha que doer mesmo, que se fosse bom era sorvete, que não era remédio! A paciente conseguiu finalmente ser removida do hospital quando, instalada no corredor do pronto-socorro, sofreu um “surto”, em que pulava no chão, dando cambalhotas no meio de vários pacientes, gritando que sentia dor e que queria sair de lá. Foi apenas assim que ela obteve alguma notoriedade, resultando na sua pronta transferência para uma unidade especializada. A culminância desse evento crítico foi então a única expressão possível para seu sofrimento, para que pelo menos prestassem atenção nele. Foi apenas incomodando os outros que, ironicamente, ela conseguiu não ser mais maltratada pela indiferença de tantas pessoas ali (SOUZA, 2009, p. 321-2, grifo meu).

Aqui, neste exemplo, está também representado o drama cotidiano no campo dos serviços públicos de saúde mental, no qual a exclusão social está sustentada em uma dupla diferença: no modo de organização do sofrimento e na classe social. Scarcelli (2011) destaca também em seu estudo um distanciamento entre o projeto político e suas diretrizes e o projeto institucional onde as práticas são implementadas. Parece-me que uma convivência - sensível às necessidades singulares das pessoas que acompanhamos, tanto do ponto de vista do sofrimento psíquico quanto das condições sociais que interferem sobremaneira na manutenção do processo de exclusão social - é um esforço para diminuir esta lacuna entre os níveis definidores de políticas e aqueles responsáveis pela produção das práticas voltadas para suprir as necessidades da população. Refletindo ainda sobre esta lacuna, Scarcelli (2011) afirma que a difícil adesão dos usuários às propostas dos profissionais de saúde mental está menos relacionada aos limites pessoais dos pacientes ou mesmo do trabalho desenvolvido

pelos profissionais, e muito mais à manutenção nos serviços substitutivos de características manicomais: submissão e controle.

Embora compartilhe com a autora a preocupação com a manutenção da institucionalização e burocratização dos serviços, gerando submissão, silenciamento e controle no cotidiano institucional, penso que estes processos de controle dizem respeito *também* ao trabalho desenvolvido pelos técnicos no sentido de que faz parte – ou deveria fazer se considerarmos as diretrizes do MEC para os cursos de formação de profissionais de saúde – do trabalho estar atento aos sentidos políticos e sociais em nossa atuação<sup>62</sup>. A convivência, tanto na formação quanto na atuação, surge como uma possibilidade de ajudar a construir uma atuação mais crítica, política e amorosa, em uma forma de cuidar, que reconhecendo os conflitos e a desigualdade, vise a emancipação.

Ao demarcar que meramente um trabalho de educação continuada para profissionais de saúde visando a humanização seria insuficiente, Souza (2009) pondera que, por condições objetivas que obrigam a uma busca incessante por remediar as necessidades básicas de sobrevivência, a ralé não apenas não é vista como classe social, como encontra enormes dificuldades para articular politicamente suas reivindicações por melhoria no atendimento. Como afirma Demo (2006b), quem é politicamente pobre não é cidadão, ou se submete à tutela da elite, ou considera natural sua exclusão, se resigna e considera favor o que seria direito.

Por ironia da “lógica do mundo” moderno, é necessário já ser reconhecido e tratado como indivíduo portador de direitos para de fato conseguir exigir direitos e mudanças. Uma pessoa que se habituou a não ser tratada como cidadã muitas vezes não sabe como exigir benefícios, que apesar de lhe serem garantidos em lei, exigiriam planejamento de ações, disciplina e autocontrole que ela não tem. Em outros termos, *a arma contra a má-fé da saúde que a ralé em primeira instância deveria usar exigiria que ela não fosse ela mesma* (SOUZA, 2009, p. 327, grifo meu).

O autor conclui que políticas públicas, que visem de fato a humanização, devem reconhecer a existência em nossa sociedade desse drama no qual se concretiza uma

---

<sup>62</sup> O MEC (2001) descreve como objetivo das diretrizes curriculares “levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades” (p. 4).

real e perversa situação de exclusão para uma grande parcela da população. “Apenas reconhecendo a sua existência [da ralé] em nossa sociedade é que será possível almejar projetos bem-sucedidos, que, operando em rede, envolvam instituições e toda a sociedade na possibilidade de mudanças a médio e longo prazo” (p. 327). Neste sentido, é que mais que humanizar, é preciso reconhecer as diferenças e modificar nossas técnicas e saberes em função deste reconhecimento.

Voltarei a esta discussão, o desafio de uma atuação mais justa, solidária e ocupada com o esforço necessário para construir uma convivência igualitária - e a formação necessária para este objetivo - ao final do capítulo.

### 3.3 Justiça e Fraternidade



<http://freakout.net.br/wp-content/uploads/2014/01/20140104-223251.jpg>

“Fraternidade é nossa transcendência, porque é imanente” (DEMO, 2005, p. 90).

Sen (2011), economista indiano ganhador do prêmio Nobel, faz uma crítica à noção de justiça, chamando a atenção para a necessidade de uma compreensão da justiça que não seja indiferente às vidas que as pessoas podem de fato viver.

Este autor descreve duas linhas divergentes de teorização sobre a justiça desde o Iluminismo:

- 1) Institucionalismo transcendental: busca identificar arranjos institucionais justos para uma sociedade e a justiça perfeita, sustenta-se em teorias da justiça que enfocam a identificação transcendental de instituições ideais;
- 2) Comparação focada em realizações: sustenta-se em comparações entre as sociedades existentes, visando remover as injustiças evidentes.

Sen (2011), contrapondo-se a maioria das teorias modernas da justiça que se alinham com a primeira perspectiva de pensar uma “sociedade justa” e “instituições ideais”, busca investigar comparações baseadas nas realizações que focam o avanço ou o retrocesso da justiça. Ao invés de perguntar o que seriam instituições perfeitamente justas, a pergunta é: *como a justiça seria promovida?* Assim, segundo o autor, o foco estaria nas capacidades, realizações e vidas como ocorrem nas sociedades envolvidas, no lugar de focar apenas as instituições e as regras. “A perspectiva focada em realizações também facilita a compreensão da importância de prevenir injustiças manifestas no mundo, em vez de buscar o que é perfeitamente justo” (p. 51). O que move o livro de Sen é o desejo de eliminar injustiças claramente remediáveis em nosso mundo. “A democracia tem de ser julgada não apenas pelas instituições que existem formalmente, mas também por diferentes vozes, de diversas partes da população, na medida em que de fato possam ser ouvidas” (p. 15).

O autor sugere que, ao invés de apenas basear a justiça por fatores econômicos, é preciso compreender que os meios para uma vida humana minimamente satisfatória não são em si mesmos os fins. A abordagem da capacidade é orientada para a liberdade e as oportunidades, isto é, a aptidão real das pessoas para escolher viver diferentes tipos de vida ao seu alcance. A importância da capacidade reflete oportunidade e escolha, ao contrário da celebração de algum estilo de vida particular sem consideração pela preferência ou escolha. A noção de capacidade está ligada à liberdade substantiva e confere um papel de destaque à aptidão central de uma pessoa para fazer diferentes coisas que ela valoriza. A abordagem se concentra nas vidas humanas, e não apenas nos recursos que as pessoas têm.

As desvantagens, como idade, deficiência ou doença, reduzem a aptidão de uma pessoa para ganhar uma renda. Mas elas também tornam mais difícil converter a renda em capacidade, sendo que a pessoa pode precisar de mais renda para realizar os mesmos funcionamentos. “É perverso tratar igualmente gente tão desigual” (DEMO, 2006b, p. 37). Esta dificuldade de conversão é importante consideração para avaliação da ação pública para esta clientela. Para Sen (2011),

a relevância das inaptidões na compreensão das privações no mundo é muitas vezes subestimada, e esse pode ser um dos argumentos mais importantes para prestar atenção na perspectiva da capacidade. Pessoas com inaptidões físicas ou mentais estão não só entre os seres humanos mais necessitados do mundo, como também são, muitas vezes, os mais negligenciados (... ) Os 600 milhões de pessoas incapacitadas no mundo não são atormentadas apenas pela baixa renda. Sua liberdade para levar

uma vida boa está arruinada de muitas maneiras diferentes, que agem individualmente e em conjunto para pôr essas pessoas em perigo (p. 292-4).

O autor defende que muitas das consequências das inaptidões podem ser superadas com determinada assistência social e intervenção imaginativa, podendo, desde melhorar os efeitos das desvantagens, como prevenir inaptidões. Com Demo (2006b), penso que a assistência social, porque é direito à sobrevivência, é fundamental, mas não suficiente: é preciso haver cidadania. Sen (2011) considera que é necessário dar prioridade à eliminação da injustiça cotidiana - ao invés de buscar a “sociedade perfeitamente justa”. Ao longo deste capítulo, meu objetivo é justamente articular diferentes autores e argumentos para mostrar, por um lado, a necessidade ética de repensarmos uma convivência mais igualitária e justa em nossa sociedade; por outro, o reconhecimento de que esta não é tarefa fácil, implicando a superação de visões estigmatizantes, ingênuas e acríicas que permeiam muitas de nossas políticas públicas.

Para ficar no contexto da justiça, vejamos como a *má-fé institucional* alcança o campo da justiça brasileira (SOUZA, 2009). Em capítulo intitulado *A má-fé da Justiça*, Coutinho (2009) afirma que a desigualdade social influencia a aplicação do Direito Penal na relação entre a justiça e os réus da ralé (submetidos sistematicamente à Justiça Penal). Primeiro, a desigualdade comparece na diferença de classe entre “o aplicador do Direito e o réu da ralé, a qual determina, muitas vezes, tanto a insensibilidade de classe quanto um certo sadismo por parte dos aplicadores mais conservadores” (COUTINHO, 2009, p. 330). Esse tipo de postura conservadora, que desconsidera as características de uma classe social específica, desprovida das características aprendidas socialmente que sustentariam a chance de inserção bem-sucedida no mercado de trabalho, só consegue se manter porque encontra ressonância na sociedade, que prefere esquecer a existência dessas pessoas. Como estas pessoas são temidas, uma certa magistratura “linha dura” se perpetua como carismática, atendendo aos anseios de seu público que teme a delinquência (COUTINHO, 2009).

O racismo de classe diz respeito, como discutido ao longo deste capítulo, não somente à renda, mas à capacidade diferencial entre as classes de incorporação de disposições e de conhecimento, o que está ligado às condições estruturais e às possibilidades de transmissão afetiva de hábitos e modos de viver que permitam e potencializem sua aquisição (COUTINHO, 2009).

A precariedade da socialização dessas pessoas impede a internalização de princípios normativos como dever e responsabilidade, sejam eles derivados de normas estatais (leis, sentenças) ou sociais. Um sujeito de direito não é criado pela lei, mas socialmente construído. A internalização de valores socialmente compartilhados depende de uma série de experiências, de um aprendizado no qual o interesse afetivo por reconhecimento incentive o respeito às normas. A incorporação da noção de dever ocorre a partir de experiências nas quais o atendimento às regras, desde a infância, gera prêmios como admiração e respeito. Ou seja, saber, cognitivamente, da obrigatoriedade da norma é uma forma de percepção muito distinta da efetiva compreensão dos valores que subjazem à norma. Incorporar a norma de modo a fazer com que ela presida práticas, comportamento, é diferente de simplesmente sentir medo da sanção, que é consequência do não atendimento à norma. Ao contrário do que pensam os defensores do aumento das penas e da diminuição da maioria penal, o medo ou mesmo o terror pela sanção não são os mecanismos psicológicos que levam à incorporação da disciplina (COUTINHO, 2009, p. 340).

De modo algum, estou aqui a julgar como culpa, ao contrário, juntamente com Souza (2009) e Coutinho (2009), estou denunciando a culpabilização do indivíduo como parte da estratégia de manutenção da desigualdade. Esta é questão fundamental para não reproduzirmos o preconceito que aqui pretendemos denunciar. O grande mérito do livro de Souza (2009) e, em especial, este capítulo sobre a justiça de Coutinho, é mostrar que, junto com a rotulação, a realidade cotidiana de convívio apresenta processos que sustentam as diferentes classes sociais. “Todos nós sabemos o quanto o Brasil é um país desigual. Nosso objetivo é ultrapassar essa simples constatação óbvia, e mostrar como essa desigualdade condiciona radicalmente a ação do Estado” (p. 348).

O esquecimento da raça enquanto classe social e a punição de seus membros como indivíduos permite a compreensão do funcionamento da má-fé institucional. Como o sistema penal não está preparado para intervir nos processos de socialização primária - que potencializam a aquisição de habilidades e disposições que garantem ou dificultam a inclusão no mercado -, o Direito Penal se torna uma política de controle social com a tarefa de “proteger” os privilegiados da “ameaça” da raça, ao invés de uma instância que teria como função ser a base normativa da proteção dos direitos humanos fundamentais (SOUZA, 2009).

Sen (2011), pensando a justiça mundial, defende que não devemos nos abater ou nos furtar do desafio de avaliar as capacidades – e não apenas a renda ou a utilidade - se queremos diminuir a injustiça no mundo. A leitura de Souza (2009) sobre a desigualdade na realidade brasileira traz importante contribuição para que esta avaliação leve em consideração verdadeira e concretamente as dificuldades e incapacidades de nossa clientela. Sen (2011) entende que a métrica das capacidades – ainda que ordenação parcial e incompleta – é superior à métrica dos recursos, pois se

concentra nos fins e não nos meios, lida melhor com a discriminação contra pessoas incapacitadas, é sensível às variações individuais e é apropriada para orientar uma justa prestação de serviços públicos, em especial na saúde e na educação<sup>63</sup>.

Pick (2010) propõe um modelo abrangente de desenvolvimento sustentável – inspirado nas ideias de Sen - que tem como objetivo aprimorar as capacidades, valorizando tanto os aspectos contextuais quanto individuais como componentes essenciais de políticas e programas de mudança social. A autora discute como normas sócio-culturais podem funcionar como facilitadores ou como barreiras para o desenvolvimento pessoal e comunitário. Usando o México como exemplo, mostra barreiras psicológicas, como medo, vergonha e culpa, especialmente em uma situação de pobreza, que podem gerar impedimentos para escolhas pessoais e comportamentos. A autora parte da ideia de Sen de que a pobreza – mais do que falta de insumos – é a privação de capacidades. Para a autora, desigualdades psicológicas e educacionais acumuladas compõem os efeitos prejudiciais das disparidades econômicas. “Desigualdades sistêmicas diminuem oportunidades existentes e as oportunidades percebidas e podem facilmente levar a uma condição de auto-perpetuação da injustiça social, contribuindo por sua vez para mais desigualdade” (PICK, 2010, p. 5, tradução livre).

Em uma situação de desigualdade pode ser muito difícil para uma pessoa perceber – mesmo se disponível – uma oportunidade. Neste sentido, o cálculo baseado apenas em uma idealizada felicidade ou satisfação dos desejos pode ser injusto com quem passa privações de forma consistente, haja visto que nossa disposição mental tende a se ajustar às circunstâncias, por mais adversas que sejam (SEN, 2011). Sem nunca ter tido, é difícil saber o que é ter... Para o autor, as pequenas oportunidades das quais as pessoas tentam retirar algum prazer tendem a reduzir seu sofrimento mental, mas sem eliminar ou mesmo reduzir substancialmente as privações reais que caracterizam suas vidas empobrecidas<sup>64</sup>. “Desconsiderar a intensidade de sua desvantagem apenas por causa de sua capacidade de experimentar

---

<sup>63</sup> Devo a Susan Pick, quando de sua avaliação do projeto desta tese de doutoramento no Colégio Doutoral no XXXIV Congresso Interamericano de Psicologia, em 15/07/2013, a indicação da abordagem das capacidades de Amartya Sen para pensar a convivência no campo da saúde mental.

<sup>64</sup> Juliana Pacheco, a partir de sua experiência de cuidado no cotidiano de um CAPS no DF, traça um paralelo com a situação das pessoas em depressão que nunca podem ser vistas nas ruas, especialmente em situações de lazer, pois senão são vistas pelos pares e pelos profissionais como pessoas falsas e fingidas.

um pouco de alegria em suas vidas não é um bom caminho para alcançar uma compreensão adequada das exigências da justiça social” (p. 318).

Como as capacidades se relacionam com o bem-estar de uma pessoa? A capacidade é um aspecto da liberdade e se concentra especialmente nas oportunidades substantivas<sup>65</sup>. Neste sentido, a capacidade é uma perspectiva, segundo a qual, as vantagens e desvantagens de uma pessoa podem ser avaliadas. Para o autor, a liberdade está associada à capacidade de uma pessoa de produzir os objetos de sua escolha. Neste sentido, tanto a igualdade como a liberdade devem ser vistas como multidimensionais dentro de seus amplos conteúdos e a capacidade de uma pessoa pode ser caracterizada como liberdade para o bem-estar e como liberdade da agência<sup>66</sup>.

não somos apenas “pacientes” cujas necessidades merecem consideração, mas também “agentes” cuja liberdade de decidir o que valorizar e a forma de buscá-lo pode se estender muito além de nossos próprios interesses e necessidades. O significado de nossa vida não pode ser colocado na caixinha de nossos padrões de vida ou da satisfação de nossas necessidades. As necessidades manifestas do paciente, por mais importantes que sejam, não podem eclipsar a relevância vital dos valores arraoados do agente (p. 286).

A liberdade da agência pode ser contrária à busca solitária do bem-estar pessoal, no sentido de que mais capacidade potencializa a influência sobre a vida de outras pessoas, de modo que uma pessoa pode ter uma boa razão para utilizar a capacidade para melhorar a vida dos outros, ao invés de se concentrar apenas em seu próprio bem-estar (SEN, 2011).

Como promover uma convivência mais fraterna, onde agentes escolham utilizar a capacidade para melhorar a vida dos outros? Há lugar para a justiça e a fraternidade na contemporaneidade?

Mas é o desafio dos desafios: forjar uma sociedade humana que possa prezar mais a fraternidade de todos do que privilégios de alguns. Embora sem descartar as mensagens absolutas, sobrenaturais, este desidrato pode ser nutrido apenas com éticas imanentes, que acreditam na fraternidade possível (DEMO, 2005, p. 92).

---

<sup>65</sup> Liberdades substantivas: ensino gratuito, cuidados básicos de saúde, etc; liberdades “negativas”: direitos às liberdades pessoais, ou seja, exigem a ausência de interferência intrusiva dos outros e do Estado (SEN, 2011).

<sup>66</sup> Agência: dimensão que define primariamente um agente como produtor de realizações que considera valiosas – julgadas em termos de seus próprios valores e objetivos – e que não necessariamente se conectam a seu próprio bem-estar (SEN, 2011).

Kehl (2000), ao perguntar se existe uma função fraterna, propõe pensar a contribuição do semelhante, do outro – a começar pelo irmão - em nossa estruturação psíquica. Vai chamar de função para salientar o caráter necessário, e não apenas contingente ou complementar, da participação do semelhante no processo de nos tornarmos sujeitos. A semelhança na diferença seria a condição fundamental da convivência fraterna. Partindo do princípio de que “nem toda coletividade está pedindo um *Fuhrer*” (p. 32), a autora pretende examinar outros modos de operação da relação do sujeito com os semelhantes.

Situa três planos da função do semelhante. Primeiro, o papel do irmão, como um duplo, que desestabiliza a identidade imaginária da criança, ao introduzir na organização narcísica infantil um confronto com uma máxima semelhança e uma diferença inevitável (KEHL, 2000).

Entre irmãos, o sobrenome paterno é apenas um dos nomes do sujeito; o menos importante, aliás, já que designa ao mesmo tempo vários e tão diferentes sujeitos. A função fraterna faz, portanto, suplência à função paterna, na medida em que possibilita separar a lei da autoridade do pai real (p. 39).

Neste sentido, as relações fraternas não precisam estar fadadas à rivalidade e ao ciúmes; é possível uma passagem da hostilidade à ternura e da “horda à fratria”. Para a autora, as experiências cotidianas compartilhadas com os irmãos podem permitir a quebra da ilusão identitária para o sujeito, ao produzir um campo horizontal de identificações entre os semelhantes, que são secundárias em relação à identificação com o ideal representado pelo pai, mas, ao mesmo tempo, essenciais, no sentido da diversificação que pode possibilitar quanto aos destinos pulsionais que precisam ser constituídos pela vida afora (KEHL, 2000).

A segunda função do semelhante se situaria na adolescência, período em que as experiências compartilhadas, ao mesmo tempo que confirmam, relativizam a verdade absoluta da palavra paterna, o que possibilita ao sujeito um reconhecimento como criador de novos fatos sociais. Para a autora, este momento é uma espécie de reedição, só que desta vez projetado para o campo da sociabilidade, não mais restrita ao contexto familiar.

Por fim, o terceiro nível da função do semelhante seria a “abertura de um campo anônimo de circulação e transmissão de saberes” (KEHL, 2000, p. 45). Ou seja, aqui a fratria teria como objetivo propiciar respaldo para experiências com os limites, a partir da “circulação da palavra em sua multiplicidade de sentidos” (idem). Mas

para ter esse efeito, a fratria não deve ter vida longa, forma-se e desfaz-se, proporcionando cumplicidade e proteção afetiva. Para Kehl (2000), aqui é preciso cuidar para evitar o “narcisismo das pequenas diferenças” que produz segregação e intolerância, através da cristalização das fratrias.

O risco é que, contrariando sua origem marcada pela diversidade, a fratria se cristalice sob a marca da intolerância e segregação, como no preconceito de classe acima discutido. “Até que o próprio trato com a liberdade possa conduzir os sujeitos, marcados pelas identificações fraternas, para outros campos de experiência, fora da fratria” (p. 46). Como criar condições para que isto aconteça e considerando as diferentes classes sociais?

Costa (2000), ao perguntar “quem tem medo dos irmãos?”, questiona o apelo incessante à função paterna e faz uma passagem de Freud a Winnicott no entendimento sobre a cultura: “a cultura não é o frágil remédio para a incurável dor pulsional do ser; é a faceta da vida psíquica que nos permite criar e manter vivo o gosto de viver. Ela não é só o que diz “não!” à pulsão; é o que diz “sim!” à imaginação criativa” (p. 25). Na perspectiva do autor, a cultura é entendida como condição de cooperação entre os pares que permite a criação da diversidade, da experimentação e do desejo de aperfeiçoar (COSTA, 2000).

Lajonquière (2000), também ocupado com a função fraterna, afirma que “para evitarmos o excessivo perigo derivado de atrelar os destinos do *socius* tanto a um Deus quanto aos coronéis de plantão, só resta aos homens lembrar que sua orfandade os condena a inventar uma *aliança igualitária de direitos*” (p. 71). Para o autor, a fraternidade, diferente da igualdade e liberdade, jamais foi elevada ao estatuto de preceito legal: mais do que direito, a fraternidade é uma ética.

Ao considerar as diferentes funções que o semelhante exerce na constituição subjetiva, evidencia-se também a preocupação de Figueiredo (2000) com as dificuldades de instalar em nossa vida democrática modos fraternos de convivência. Para ele, está inscrita uma duplicidade no presente psíquico na constituição subjetiva dos indivíduos: a égide do pátrio poder, em sua função mítica de proteção e o terror da absoluta tutela que se desdobra desta proteção, por um lado, e, por outro, a autonomia solidária da fraternidade, em sua função mítica de justiça, liberdade e autonomia e a anarquia que se desdobra desta autonomia (FIGUEIREDO, 2000). Para o autor, esta duplicidade também está presente nas diversas configurações sociopolíticas que representam diferentes modos de composição da mesma.

A maior parte do tempo existimos no seio de grupos e organizações relativamente estáveis em que um certo equilíbrio se mantém entre a presença do pai – representado por alguma figura de autoridade – e os laços fraternos – encarnados em alguma forma de solidariedade. É importante reconhecer como estes dois eixos – o eixo horizontal das relações fraternas e o eixo vertical da filiação – se entrelaçam necessariamente (FIGUEIREDO, 2000, p. 156).

Vale dizer que não existem sozinhos, separados, e são ambos originários: mesmo um déspota depende de alguma forma de solidariedade fraterna e não é possível visualizar uma fraternidade plena. O que, apesar de assinalar os limites, não exclui, para o autor, a luta pela democracia, autonomia e generosidade entre irmãos (também inscrita em nosso psiquismo). Penso que, para construir uma convivência igualitária e fraterna, torna-se necessária uma composição entre o eixo da autoridade<sup>67</sup> e o eixo das relações fraternas. Especialmente no campo da saúde mental, considerando as inaptidões (SEN, 2011) e os desafios e limites vividos de forma cotidiana<sup>68</sup> (VASCONCELOS, 2003), este delicado equilíbrio é uma exigência para que o cuidado seja emancipatório.

Birman (2000) acrescenta que a recente ênfase na fraternidade – para o autor, esta é uma categoria ética que anuncia uma outra concepção de subjetividade em que a alteridade não é esvaziada na relação com o outro e este não é reduzido a um mero objeto - é um antídoto aos imperativos da sociedade do espetáculo e da cultura do narcisismo. Ao discutir o filme de Almodóvar, *Tudo sobre minha mãe*, em especial a personagem de Agrado<sup>69</sup>, afirma que esta

começa a constituir em torno de si uma rede de mulheres que compartilham os seus desencantos com a vida, mas sem nenhum traço melancólico. Pelo contrário, foi a constituição desta rede de ajuda mútua que as retirou todas de uma tonalidade depressiva e queixosa de existir, dando a todas alento para desfrutar a vida sem queixumes (p. 179).

---

<sup>67</sup> Com Demo (2005), conforme foi discutido ao longo do capítulo, penso aqui na autoridade do argumento e não no argumento de autoridade.

<sup>68</sup> Vasconcelos (2003) lista desafios de vários tipos, vividos de forma cotidiana, pelas pessoas com sofrimento psíquico: os períodos de piora ou crise aguda; as ameaças e limitação colocadas à vida diária, no âmbito do trabalho, lazer e relacionamentos; o tempo, energia e despesa implicados no tratamento; dentre outros.

<sup>69</sup> No capítulo 5, será discutido um subgrupo no grupo de convivência, o grupo do crochê, onde veremos uma situação semelhante: uma rede de mulheres que, a despeito de seu sofrimento em uma tonalidade depressiva, desenvolvem uma rede nada melancólica de ajuda mútua e compartilhamento dos desencantos e encantos da vida.

Para o autor, a alteridade é traço fundamental do laço fraterno; reconhecer a diferença, o que lhe falta, é vital para que o cuidado exista. Deste modo, a fraternidade é a possibilidade de nos voltarmos para o outro (BIRMAN, 2000).

A partir de três filmes (*Tudo sobre minha mãe*, *Uma história verdadeira e Mifune*), o autor aborda a fraternidade a partir da precariedade (o que lembra as figuras da hospitalidade de Lévinas, discutidas no capítulo anterior):

O agenciamento destas diversas histórias se centra em três figuras paradigmáticas: o velho, a mulher e o louco. É preciso sublinhar com insistência como o laço fraternal aqui se ordena e se catalisa a partir de figuras marcadas pela precariedade e pelo parco poder, como se estas marcas fossem a condição de possibilidade da fraternidade (BIRMAN, 2000, p. 184).

Para o autor, a fraternidade como ética supõe um sujeito incompleto e precário, que se reconhece como não sendo auto-suficiente. Birman (2000) defende que, como reação à auto-suficiência que caracteriza a subjetivação contemporânea, o reconhecimento da não-suficiência instauraria propriamente a possibilidade do sujeito encarar e reconhecer o outro como igual. Parece-me que, em alguma medida, é preciso justamente que o cuidador se reconheça insuficiente para que seu cuidado tenha algum potencial clínico.

A solidariedade é, para Birman (2000), desdobramento, nas relações humanas, da ética da fraternidade. Mas a fraternidade é um estado efêmero que exige *esforço*, podendo-se prolongar ou dissolver a depender do desejo dos sujeitos implicados. A auto-suficiência é “dispositivo poderoso do imaginário humano, que está sempre lá à espreita e em surdina, disposto sempre que estaria o sujeito em assumir a posição de superioridade em relação aos demais, desde que isso lhe seja possível” (p. 186). Daí o esforço necessário para a constituição da fraternidade de esvaziar esta pretensão, sendo este um trabalho a ser realizado, simultaneamente, em dois eixos; cada um em relação a si mesmo e em relação aos outros (BIRMAN, 2000).

Para o autor, o maior obstáculo à fraternidade é a busca, ilusória mas potente, do eu pela auto-suficiência e prepotência. Neste sentido, é “do universo de desprivilegiados que provém hoje o capital simbólico para relançar a fraternidade como projeto ético e político” (p. 205). De minha parte, espero poder idealizar e concretizar políticas e serviços de saúde mental em que o cuidado seja um espaço de fraternidade enquanto resistência ao individualismo e assim se concretize como possibilidades de vida mais igualitárias, dignas e justas.

Para tanto, de que profissionais precisamos?

### **3.4 Uma outra formação possível...**

“Ser responsável pelo outro sempre acarreta alguma perda frente aos estilos egoístas de reciprocidade, mas é certamente mais digno” (DEMO, 2005, p. 88).

“Existem, pois, tipos de solidariedade que são da boca para fora, sem ética” (DEMO, 2005, p. 28).

Conforme apresentado no início do capítulo, o termo igualitário condensa a complexidade dialética de pessoas ao mesmo tempo iguais e diferentes, “capazes de se doarem para a comunidade sem perder sua individualidade, ou que são capazes de construir oportunidades de desenvolvimento próprio sem destruir a dos outros” (DEMO, 2005, p. 60).

A sociedade desejada seria aquela em que a pluralidade das pessoas pudessem conviver em relativo conflito e harmonia, visando, ao final, prevalecer o bem comum, assim para o autor, ética incontestável é imposição e não ética, não permite a convivência. As éticas da convivência igualitária têm como referência maior o bem comum: “busco a qualidade política de que seríamos capazes em sociedade, desde que a politicidade humana tivesse como fulcro a convivência possível” (p. 59). O autor defende éticas plurais, pois uma ética em primeira pessoa “por não ser plural, pode ainda mais facilmente ser cruel, além de simplificadora (...) em vez de libertar, emancipar, sobretudo promover a convivência comum, (...) subordina” (p. 69). Vai retirar de Conolly a ideia de “ética do cultivo” de outras dimensões humanas, como a gratidão, a modéstia e a generosidade, que favoreçam convivências um pouco mais solidárias. “Impor ética única a todos é o grande paradoxo, porque não é atitude ética, em termos de convivência comum. Em vez da prepotência, as éticas carecem de modéstia, porque é mais digno conviver com gente modesta sempre capaz de reavaliar posições em nome do bem comum” (p. 71).

Para Demo (2005), a convivência, ao mesmo tempo, realiza e limita as individualidades. Nessa mútua necessidade, cria-se uma dinâmica complexa que não obedece estratégia, razão pura ou princípio, vivemos a complexidade concreta da vida, em uma dinâmica que o autor chama de complexa não linear de teor dialético.

Defende um entendimento do ser humano e da cultura como incompletos ou como acima apontado por Birman, insuficientes. Não no sentido de desvio, falha ou

defeito; mas modo de ser e de vir a ser. Como Heidegger diria, o modo próprio da existência.

As existências dadas não esgotam as potencialidades do existir. Em nenhum de nós a existência se completa ou extingue, apenas continua, em parte se renova, em parte se esvai (...) nesta cisão existencial, o ser humano vacila entre ter de se impor, para satisfazer sua pretensão de sujeito, e conviver, para satisfazer a vida possível. Não se pode ser nem dependente, nem independente demais (DEMO, 2005, p. 83).

Delicado equilíbrio, difícil de alcançar, entre convivência e habilidade de autonomia. A grande questão da convivência possível, salienta Demo (2005), dá-se no encontro com as grandes desigualdades de oportunidades e usufrutos. Para conviver é preciso ceder, mas apenas ceder indica acomodação e abandono de autonomia<sup>70</sup>. “As relações sociais são feitas desta tessitura dialética, o que indica que a convivência é ao mesmo tempo o modo como se abrem e limitam chances” (p. 85). Segundo o autor, o primeiro grande desafio ético é reconhecer que a ética é plural. A noção de universal esconde uma submissão: parece de todos, mas “esconde a esperteza de uma lugar, de uma cultura” (p. 87).

Duas questões fundamentais se abrem, ao que parece, para pensar o campo do cuidado na saúde mental: caracterizar o tipo de convivência necessária entre os profissionais de saúde, os usuários e a rede social e as mudanças necessárias na formação dos profissionais de saúde para que esta convivência igualitária e fraterna funcione como horizonte a ser cultivado.

É preciso reconhecer – tal como foi sendo discutido ao longo deste capítulo – os efeitos de uma sociedade individualista na construção de desigualdades sociais e a especificidade brasileira da exclusão social e desigualdade social, bem como colocar em questão uma certa atuação – e a formação que a sustenta - autoritária dos profissionais de saúde.

(...) é dificuldade extrema aceitar éticas contestáveis e mutáveis, tipicamente relativas, não só porque emerge logo o temor ao relativismo, mas porque não é uso, em sociedades muito individualistas, apreciar alegrias menores, mais relativas e localizadas. Viver modestamente, sobretudo para que os outros também possam conviver, não parece ideal atraente. Construir um tipo de felicidade que inclua a felicidade do outro, não apesar do outro, é obra de arte que parece muito mundana, corriqueira, quase apagada (...) comportamento ético evolui, então, menos para estratégia comum de convivência comum, do que para alinhamentos férreos que são vendidos como universais para encobrir seus donos (DEMO, 2005, p. 88).

---

<sup>70</sup> “Não vou ceder o meu ser”, nos ensina *Estamira* (2005).

Onocko (2005, apud JESUS, 2013) defende a necessidade de termos no campo da saúde mental profissionais que desenvolvam uma postura profunda e radicalmente distinta do modelo anterior; afinal as novas modalidades de atenção em saúde mental não se resumem a novas estratégias técnicas de tratamento, mas antes constituem uma outra política, uma ética de inclusão. Segundo Vasconcelos (2003), nos países latino-americanos, os profissionais de saúde e saúde mental “tendem a ter uma cultura terapêutica muito acentuada, que enfatiza o papel do profissional no processo de tratamento e cura, em detrimento de dispositivos de cuidado mais horizontalizados” (p. 45). Conforme Venturini (2014), a trajetória da desinstitucionalização implica a reabilitação não apenas dos usuários, mas dos profissionais e do espaço social.

Demo (2005) faz uma importante pergunta: seria a fraternidade referência suficiente para fundamentar éticas da convivência? O que fazer para impulsionar modos de convivência mais igualitários e que orquestram sabiamente diferenças e igualdades? “Éticas relativas, por sua índole, são modestas, generosas, fraternas. Não querem resolver tudo, apenas proporcionar oportunidades que não destruam as oportunidades dos outros” (p. 89).

As éticas plurais possuem uma qualidade política: é uma atitude a ser cultivada para construir a convivência possível, habilidade de negociar conflitos de modo coletivo e inteligente, mantendo os consensos sempre em reavaliação, o espírito crítico deve estar sempre presente, pois existem solidariedades que são efeitos de poder, afinal imbecilização e emancipação caminham juntos (DEMO, 2002, 2005).

Faz parte desta visão ética que é ético não impor ética, que consensos são construções coletivas e sempre frágeis, devendo sempre ser reavaliados, que a convivência é também generosidade intrínseca. Somos sujeitos que precisam conviver, ou convivas que precisam aparecer. É parte desta ética imanente que a disputa é pela convivência, não pela supremacia (DEMO, 2005, p. 90).

O diálogo, tal como proposto por Bohm (2005), acima discutido no início do capítulo, pode ser uma das estratégias a sustentar uma postura de abertura para éticas plurais. Nichol (2005), no prefácio do livro de Bohm, afirma que na obra deste a natureza do diálogo é de uma curiosidade não-julgadora, descontraída, sua tarefa principal é ver as coisas tão sem preconceitos quanto possível. É um processo de encontro face a face, direto, não se confunde com teorizações intermináveis.

Para Nichol (2005), um dos méritos da proposta de diálogo de Bohm é lidar de outra forma com o movimento do pensamento, denunciando que a essencial

dificuldade no diálogo é que tomamos nossas representações como retratos “verdadeiros” da realidade, daí o convite de Bohm para suspendermos nossos pressupostos. Esta suspensão não significa reprimir, tampouco alimentar, mas dar ao pressuposto toda a atenção.

A proposta de diálogo de Bohm surge da premissa de que, a despeito do avanço tecnológico em especial no campo das comunicações, vivemos um tempo de deterioração da comunicação entre os diferentes países e entre diferentes classes sociais em uma mesma nação, desvelando uma incapacidade de entendimento mútuo. Para o autor, as tentativas para melhorar a comunicação, com frequência, resultam em confusão e frustração, o que leva as pessoas para agressão e violência, ao invés de confiança e generosidade (BOHM, 2005).

Bohm (2005) defende que a partir do diálogo, em um esforço para enfrentar as frustrações e os conflitos que surgem, suspendendo nossos pressupostos para verdadeiramente ouvir o outro e a si mesmo, podemos criar um companheirismo difuso. No diálogo, o que importa não são as opiniões específicas, mas o a atitude de abertura mental e afetiva para todas as opiniões. Segundo o autor, quando alguém não dá ouvidos aos nossos pressupostos básicos, tendemos a ver isto como um ato de violência e nos inclinamos a ser violentos. Por isso que o diálogo é o modo coletivo de arejar pressupostos e julgamentos (BOHM, 2005).

Para Bohm (2005), a ideia é que venham à tona as noções de necessidade absoluta - “é lamentável que tenhamos de matar todas essas pessoas, mas isso é absolutamente necessário aos interesses do país, da religião ou de seja do que for” (p. 59) – e que elas entrem em conflito. Ao invés de evitar – saída comum no cotidiano -, continuar o diálogo. O que Bohm espera é que, ao termos o *insight* de que cada um está se apegando à *susposta* necessidade absoluta de suas ideias, possa se perguntar se é realmente, *absolutamente necessário*, abrindo espaço para a criatividade.

Em especial, o convite é para estabelecer uma relação não hierárquica, não autoritária, disposta a colocar os próprios pressupostos em questão, em uma abertura para ouvir o outro. Com diz Palombini (2004), “o que se coloca em jogo é a destituição de saberes já consagrados e o reconhecimento do espaço de ignorância inerente às práticas profissionais, espaço que, no entanto, o discurso técnico-científico esforça-se por recobrir” (p. 86). É preciso ter cuidado com a “verdade”, alerta Bohm (2005), pois o diálogo não está diretamente preocupado com ela, e sim com o

compartilhamento de significados. No diálogo, cada pressuposição será ouvida e seu significado compartilhado.

Para que isto aconteça, Bohm (2005) afirma que é necessário uma sensibilidade, ou seja, ser capaz de perceber suas reações e as outras pessoas, em suas sutilezas, semelhanças e diferenças. “Um grupo de diálogo não julgará ou condenará: simplesmente olhará para todas as opiniões e pressupostos e deixará que eles venham à superfície. E creio que uma vez lá eles podem se modificar” (p. 86). Sensibilidade é habilidade fundamental básica a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde, contropondo-se a uma formação tecnicista.

Aliás, foi Basaglia (1985, 2005) o primeiro a chamar a atenção para a necessidade fundamental na desconstrução dos manicômios de mudar a relação estabelecida entre os técnicos e os usuários.

Qualquer sociedade cuja estrutura se baseie em diferenças culturais, de classe e em sistemas competitivos, cria dentro de si áreas de compensação para as próprias contradições internas, nas quais concretiza a necessidade de negar ou de afirmar, numa objetualização, uma parte da própria subjetividade (BASAGLIA, 2005, p. 36).

Isto se agrava no contexto da saúde mental, afinal o considerado “doente mental” é um excluído que não pode opor-se a quem o exclui, pois todos seus atos estão circunscritos e definidos pela suposta “doença” (BASAGLIA, 2005). Basaglia afirma que o processo histórico de exclusão que caracterizou a pessoa em intenso sofrimento psíquico como um monstro biológico – doente – também a caracterizou como um monstro social – incompreensível e portanto perigoso, de onde se origina a raiz do preconceito no campo da saúde mental.

Assim, o internado perfeito, no ápice dessa desoladora trajetória – será aquele que se mostra completamente amansado, dócil à vontade dos enfermeiros e do médico; que se deixa vestir e limpar sem reagir; que aceita receber a comida na boca e se oferece para ser arrumado como se arruma seu quarto de manhã; aquele, em suma, que não complica as coisas com reações pessoais, mas se amolda passivamente à autoridade que o tutela (p. 51).

Afirma que é a autoridade, enquanto princípio que sustenta a instituição em nome da ordem e eficiência, a força que aniquila o paciente, após ter sido afastado da sociedade: o sujeito foi sacrificado em nome da “eficiência”. Chama a atenção para a necessária mudança na relação estabelecida entre a equipe e os pacientes, despertando nestes um sentimento de oposição ao poder que o institucionalizou. Basaglia (2005)

afirma que todo e qualquer poder que visa eliminar as resistências e reações, seja pela força, seja em nome do paternalismo ou da beneficência, é destrutivo.

Essa restrição e confusão das distâncias e das fronteiras entre o específico e o político, entre o pessoal e o papel social, entre as necessidades e o poder de satisfazê-las, evidentemente não produz a superação da distribuição desigual de poder, a igualdade para além da colocação de classe. Todavia, no técnico, isso contribui para aguçar a consciência de estar sendo, ele mesmo, produzido como mercadoria no circuito das trocas institucionais; assim, a opção por desmontar o aparato que o constitui é expressão direta das suas necessidades, tornando-se assunção de responsabilidades sobre a própria especificidade, como busca das mediações reais para reconectar essa transformação à luta mais geral entre as classes (BASAGLIA, 2005, p. 250).

É necessário, portanto, uma formação no campo das disciplinas da saúde menos hospitalocêntrica, sintomatológica e autoritária<sup>71</sup>. Afinal, como Loboque (2001) nos lembra, ao considerar o contraste entre a disposição afetiva intensa que o trabalho com o sofrimento psíquico grave exige e “o conservadorismo, sempre muito forte, no perfil dos trabalhadores da Saúde Mental” (p. 98), “recaídas” são inevitáveis. O que a autora está chamando de recaída é a necessidade de ter o hospital como retaguarda, ainda que virtual. O hospital psiquiátrico, enquanto existe, surge cotidianamente nos serviços de saúde mental como ameaça: se você fizer isto, será internado; se você não tomar o remédio, será internado; se não participar das atividades, será internado...

Neste sentido, é necessária uma formação mais humana, apresentando aos alunos a oportunidade de desconstruir preconceitos, sintonizada com a ideia de uma sociedade igualitária (DEMO, 2005) e não alérgica à diferença (SEN, 2011). Na formação dos profissionais de saúde parece estar presente o que afirma Demo (2005) sobre o argumento de autoridade que acima foi apresentado, de modo que nos colocamos muito pouco disponíveis para ouvir os argumentos daqueles de que cuidamos. A formação dos profissionais de saúde, para além – muito além – de conhecimentos técnicos, exige contemplar a concepção de que o desafio ético da convivência (DEMO, 2005) é uma convivência entre diferentes e que a sociedade não é igual, mas pode ser igualitária, de modo que as diferenças possam ser geridas e negociadas segundo oportunidades iguais (DEMO, 2005). A proposta de Sen (2011), centrada na justiça, de políticas públicas baseadas na avaliação das capacidades

---

<sup>71</sup> Tal como Souza (2009) denuncia a discrepância entre a atuação dos profissionais de saúde e as diretrizes do SUS ou dos profissionais do Direito e as leis sobre a proteção dos direitos humanos, me parece, e penso este ser importante tema a ser estudado, haver uma discrepância entre a formação dos profissionais de saúde e as diretrizes curriculares do MEC.

aponta um caminho possível para gerenciar oportunidades que considerem a desigualdade social. É preciso, neste sentido, cuidar tanto da igualdade quanto da diferença, evitando o que facilmente acontece, como a história nos mostra, que a diferença evolua para desigualdade (DEMO, 2005, 2006a).

Uma formação política, sensível e crítica à realidade brasileira – em especial às características da clientela que atendemos nos serviços públicos de saúde mental, tal como discutido neste capítulo – é fundamental para desconstruir uma atuação autoritária. As indicações de Demo, Souza, Sen e Bohm me parecem preciosas para uma formação pautada na realidade brasileira, na justiça, no foco nas capacidades, no diálogo e na convivência igualitária que se constrói a partir de éticas plurais, ou seja, que respeitam as características e especificidades das pessoas – e de cada uma a cada vez – que acompanhamos.

Cogitando algumas estratégias para esta formação destacaria, além da óbvia e necessária imersão e acolhimento de diferentes saberes, abandonando feudos tecnicistas – o esforço para desconstruir preconceitos e construir uma valorização do ponto de vista dos usuários através da convivência. Desde a resignificação das visitas a serviços de saúde mental como estratégia para surpreender e conhecer, através do *estar com* da convivência, até a articulação com as atividades de extensão e estágio, desenvolvendo a parceria potencialmente rica entre instituições de ensino e os serviços de saúde mental para ajudar a construir um diálogo, de fato, interdisciplinar e articulado ao movimento social e a ações políticas e cidadãs. Esta parceria pode alcançar sua potencialidade se a convivência e as ações desenvolvidas estiverem articuladas com uma discussão política e ética, senão será apenas espaço de reprodução de valores para a manutenção da desigualdade social e cúmplice de uma formação/atuação autoritária e assistencialista.

No PRISME (Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental) temos exercitado uma perspectiva interdisciplinar<sup>72</sup>, através do esforço<sup>73</sup> para construir práticas e projetos comuns e supervisões conjuntas que têm como premissa inicial: como meu campo de saber específico, em articulação com outros saberes, pode contribuir para a reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento psíquico grave (COSTA, 2003), ajudando-as em sua efetiva reinserção social? Como destacado na Introdução, em

---

<sup>72</sup> Até o momento participam do projeto alunos e professores dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Direito, Psicologia e Comunicação Social.

<sup>73</sup> Está claro para nós que esse é um esforço a ser realizado a cada projeto, cada encontro, cada supervisão e, de modo algum, modelo pronto a ser seguido.

parte, a motivação e inspiração para este projeto de doutoramento surgiram desta experiência de extensão, onde são realizadas as mais diversas atividades, compondo estratégias psicossociais continuadas, organizadas, prioritariamente, de forma grupal e comunitária, ao mesmo tempo em que articulada a uma perspectiva heterogênea que permite a construção de projetos terapêuticos e projetos de vida singulares.

Os projetos são realizados por duplas de alunos de diferentes cursos e todas as ações e projetos são acompanhados através de supervisões semanais conjuntas, das quais os professores e alunos dos diferentes cursos participam. Embasados pela abordagem psicossocial, não levamos ideias ou projetos prontos para nossas instituições parceiras (quatro CAPS II e uma ONG), ao contrário, a partir de nosso encontro, de nosso entrosamento e vínculo construído, trabalhamos de acordo com as demandas dos próprios usuários. Não há obrigatoriedade, seguimos de acordo com o tempo de cada um, respeitando seus limites e desejos. Está presente em nós a preocupação da extensão não se transformar, como ensina Demo (2004), em algo extrínseco e desarticulado do currículo, algo voluntário ou eventual. Assumimos a posição de que “cidadania precisa ser ‘curricular’, no sentido de fazer parte fundante da formação universitária no aluno e no professor” (DEMO, 2004, p. 17).

Como um exemplo de ações construídas no projeto, cito a Tenda Jurídica, uma espécie de AT<sup>74</sup> Jurídico, por meio do qual uma dupla de alunos dos cursos de Direito e Psicologia, escutam, acompanham e auxiliam os usuários e familiares em diversificadas demandas que incluam o âmbito jurídico (desde auxiliar a obter o passe-livre; evitar uma interdição; registrar uma queixa na ouvidoria por ser desrespeitada pelo motorista de ônibus; intermediar com diferentes organismos estatais a demanda de uma dívida, real ou imaginária; participar de oficinas e rodas de conversa sobre Direitos Humanos...). Dessa forma, um usuário afirma que a primeira vez que se sentiu ouvido no CAPS foi quando, na Tenda Jurídica, encontrou interlocução para suas ideias de perseguição. Não se trata de um aconselhamento (psicológico ou jurídico), mas a possibilidade de, através de uma escuta e convivência cuidadosa, construir junto com os usuários diálogos e ações em que estes possam se apresentar como *sujeitos de direito* (MUSSE, 2008). Nas falas<sup>75</sup> das alunas da

---

<sup>74</sup> O AT – acompanhamento terapêutico – enquanto dispositivo político-clínico em saúde mental será discutido no próximo capítulo.

<sup>75</sup> Para comemorar o Dia Mundial da Saúde Mental, o PRISME, em parceria com o Movimento Pró-Saúde Mental e a Diretoria de Saúde Mental do DF, realizou uma mesa-redonda no dia 08/10/13 que debateu experiências culturais e interdisciplinares de cuidado no campo da saúde mental, sendo o nosso

Psicologia e do Direito, participantes no Prisme, revela-se o impacto em sua formação da participação em um projeto interdisciplinar em saúde mental:

Nosso papel na Tenda Jurídica é ouvir com o coração, dialogar com o sujeito de direitos e deveres sobre suas dúvidas e problemas e acompanhar o cidadão em sua busca por novos caminhos. Aprendemos que sensibilidade e objetividade são complementares e construímos um novo olhar sobre o Direito: ferramenta de acesso à cidadania, instrumento de diminuição das desigualdades sociais; atividade responsável pelo acesso à justiça; aplicabilidade da teoria na prática; inspirar a confiança nos indivíduos (sujeitos de direitos) para procurar novos espaços de ação social (HANNA, 2013, apresentação oral, aluna do Direito).

A partir de uma mudança nos nossos paradigmas, por meio da abordagem psicossocial, nos tornamos mais humanos ao estar ali lado a lado de pessoas que foram e continuam sendo invisíveis para a sociedade. Nesse sentido, o maior ganho ao participar do PRISME é essa sensibilidade apurada, que faz de nós mais humanos, ao estarmos do lado, tentando compreender e ajudar sem tutelar, aqueles que estão em uma condição de sofrimento psíquico intenso (MACHADO, 2013, apresentação oral, aluna de Psicologia).

Através da convivência – igualitária e fraterna – me parece ser possível construir uma outra forma de cuidar que tenha melhores resultados terapêuticos e que conserve, mesmo em tratamento, os direitos civis. Além disso, em uma fundamental parceria com os movimentos sociais contra a “manicomialização” das instituições e da sociedade, por meio da convivência é possível construir ações políticas e cidadãs que habilitem a sociedade a lidar com as diferentes formas de expressão do homem no mundo. “Não se muda a sociedade sem confronto por parte dos marginalizados, o que não implica necessariamente uso de poder violento, mas implica manejo inteligente de poder” (DEMO, 2005, p. 61). Trata-se de uma convivência marcada por tensão e ambiguidade e que, por isso mesmo, visa a politicidade.

Vasconcelos (2003) trabalha com a noção de *empowerment* como fortalecimento do poder de pessoas ou de um coletivo submetidos a longos processos de opressão, dor e discriminação.

Trata-se [o empowerment] de um componente fundamental da luta por uma sociedade justa e democrática, voltada para os interesses da maioria oprimida de sua população. Trata-se particularmente, de lutar por uma ampla perspectiva inclusiva, de assegurar o direito à diferença e de contemplar as minorias até recentemente estigmatizadas, garantindo-lhes uma vida mais ativa, autônoma e participativa na sociedade, a despeito de qualquer condição física, existencial ou subjetiva particular (VASCONCELOS, 2003, p. 54).

---

tema “**Interdisciplinaridade, direitos humanos e convivência: a experiência do PRISME**”. Convidei Débora Hanna, estudante do Curso de Direito do UniCEUB e Dillyan Machado, estudante do Curso de Psicologia do UniCEUB para esta apresentação.

As relações entre o Estado e os movimentos sociais de *empowerment* são complexas e variadas, mas não se trata, para o autor, de um reforço à tendência atual de desresponsabilização neoliberal do Estado. Sobretudo no campo da saúde mental, Vasconcelos (2003) destaca algumas práticas desenvolvidas para o enfrentamento coletivo, familiar e pessoal, frente aos desafios impostos pelo sofrimento psíquico: dispositivos individuais de elaboração de vivências pessoais, dispositivos de ajuda e suporte mútuos, defesa de direitos, transformação do estigma e dependência na relação com a loucura na sociedade, participação no sistema de saúde e militância social, construção de narrativas pessoais de vida. As práticas de *empowerment* visam a construção de um processo pessoal e coletivo de mudanças que permitam uma vida com desejo, satisfação e participação social, apesar e através dos limites provocados pelo sofrimento psíquico (VASCONCELOS, 2003).

Demo (2004) chama a atenção que o termo *empowerment* não deve ser entendido como algo externo que “confere” poder ao marginalizado, mas como conquista própria. Pensando na implementação destas estratégias na realidade brasileira, Vasconcelos (2003) aponta alguns desafios, entre eles: sermos uma cultura hegemonicamente hierárquica, de capitalismo periférico, marcadamente desigual, com políticas sociais pobres; a força de uma formação e cultura terapêutica acentuada entre os profissionais de saúde com dificuldade de integrar e construir dispositivos de cuidado mais horizontalizados e a “juventude” dos serviços de atenção psicossocial no país.

A partir de uma postura crítica que considera os desafios acima listados e de uma postura autocrítica – somos insuficientes – em uma formação não autoritária e onipotente, vislumbra-se a possibilidade de, através da convivência, construir princípios para uma formação profissional pela qual a **hospitalidade** e a **fraternidade** encontrem lugar no cuidado: produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais, criando condições concretas que propiciem que o momento de sofrimento existencial e social se modifiquem; e, ao mesmo tempo, transformar as formas de lidar com a experiência de sofrimento e da invalidação, de modo a habilitar a sociedade para conviver com a diferença.

### 3.5 A dimensão política da convivência como dispositivo de cuidado: questionamento e autoquestionamento

“Além de tudo, não há como querer ser consequente com esta perspectiva ética e política mais ampla e ao mesmo tempo tentar se colocar de fora desse debate, simplesmente porque não é possível posicionar-se fora das relações de poder que atravessam desde o cotidiano até as dimensões mais estruturais dos processos sociais e políticos” (VASCONCELOS, 2003, p. 54).

Neste último tópico, procuro caracterizar a *dimensão política* da convivência como um dispositivo de cuidado, deixando-me ser afetada e interpelada pelos autores com quem dialoguei neste capítulo. Para que a convivência se configure como um dispositivo de cuidado em saúde mental que cumpra seu papel político desinstitucionalizador e promotor de cidadania, é preciso questionar as políticas, práticas e discursos que se pretendem inclusivos, mas que podem, conforme afirmei ao longo do capítulo, resultar em uma prática excludente. As mais diversas políticas públicas, por serem apenas ajustes que não colocam efetivamente em questão a desigualdade, produzem mais individualismo, desemprego, desassistência ou assistencialismo e intolerância em um modo precário, degradante e marginal de inclusão (SCARCELLI, 2011; DEMO, 1998, 2006a). Na prática, o efeito é de exclusão, dificultando ou incapacitando para o confronto, subordinando a cidadania ao mercado, inibindo cidadanias (DEMO, 2006a; PIRES, 2004, SCARCELLI, 2011). Está em jogo uma questão de poder: incapacitados para o confronto, pobres e loucos não têm as mesmas armas. O que precisa ser *questionada* é exatamente a legitimação da desigualdade e do abandono, consentido por todos, de milhares de pessoas excluídas das oportunidades materiais e simbólicas<sup>76</sup>, situação que dificulta demasiadamente transformar uma oportunidade em capacidade (SEN, 2011).

Esta reprodução da desigualdade social está presente no interior das instituições públicas de saúde – a *má-fé institucional* –, de sorte que a desigualdade condiciona a ação do Estado, que age como se fosse necessário apenas uma ajuda passageira e pontual para enfrentar a desigualdade (SOUZA, 2009), desconsiderando que a exclusão social está sustentada na diferença de classe construída através do processo de identificação emocional e afetiva com o círculo social (idem) e, no caso da saúde mental, também na diferença no modo de organizar o sofrimento. Em uma sociedade alérgica à diferença (SEN, 2011), estamos, no campo da saúde mental,

---

<sup>76</sup> As precondições emocionais, sociais, familiares e econômicas são diferentes em cada classe, mas os pressupostos aprendidos de uma classe passam a valer para todos, como se as condições de vida fossem as mesmas (SOUZA, 2009).

convivendo com pessoas desempoderadas por uma conjugação de razões. Levar em consideração que as normas sócio-culturais podem funcionar como facilitadores ou barreiras para o desenvolvimento pessoal e comunitário (PICK, 2010), o esquecimento do social no individual (SOUZA, 2009), conjugado com o “narcisismo das pequenas diferenças” (KEHL, 2000), com as desvantagens que reduzem a aptidão para ganhar uma renda e tornam mais difícil converter a renda em capacidade (SEN, 2011) e com o processo histórico de exclusão que transformou a pessoa com sofrimento psíquico grave (COSTA, 2003) em um monstro biológico e um monstro social (BASAGLIA, 2005), permite perceber a dura realidade dos serviços de saúde mental, mesmo aqueles que se propõem substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Certamente a desigualdade e a exclusão social que se desdobra - afinal o que está em jogo não é apenas o critério que define quem está dentro ou fora, mas o uso político que fazemos ao agrupar por classes e assim criar segregação e preconceitos (SCARCELLI, 2011) – configuram-se como dificuldades centrais na tarefa de construir uma convivência igualitária. Está presente a dificuldade de conviver com a pluralidade humana; no grupo irmãos, nos outros inimigos (DEMO, 2005), fazendo das diferenças sinal de desigualdade.

A convivência é fenômeno complexo, por isso para gestar acordos a partir de um pensar conjuntamente (DEMO, 2005), além desse questionamento, é necessário também, acima de tudo, um *autoquestionamento*: reconhecer nossos pressupostos e preconceitos, nossa formação e atuação autoritárias e moralistas, valorizar a crítica que vem do outro, buscar o bem comum acima do interesse próprio (DEMO, 2005; BOHM, 2005).

Como construir uma convivência igualitária e fraterna? Por certo, não tenho a pretensão de responder semelhante demanda. Busco, no entanto, na medida do possível e com a ajuda de diferentes reflexões e autores, especificar alguns princípios que nos orientem no cotidiano dos serviços de saúde mental a instaurar um cuidado que seja mais sensível à pluralidade humana. Reconhecer as necessidades singulares das pessoas, do ponto de vista do sofrimento psíquico e das condições sociais que interferem na manutenção da exclusão, é primeiro passo para ajudar a construir políticas públicas e uma atuação que sejam sensíveis à concreta realidade – desigual – brasileira. A convivência se articulada com a politicidade (DEMO, 2006a) - entendida como habilidade para equilibrar autonomia e empoderamento; habilidade de não se impor em demasia, em ceder sem abrir mão do ser - pode ajudar a construir uma

atuação mais crítica, política e amorosa. Parece-me que um antídoto para combater a desigualdade é o esforço para construir uma convivência igualitária. O desafio da convivência igualitária é gerenciar as grandes desigualdades de oportunidades e usufrutos, em um esforço para transformar em relativa igualdade as diferenças, o que exige um relativo equilíbrio entre conflito e harmonia, uma dose de confronto e uma dose de solidariedade, objetivando a prevalência do bem comum (DEMO, 2005).

Destarte, por um lado é necessário cultivar dimensões como generosidade, solidariedade e modéstia para cuidar sem tutelar. Por outro, é mister, através do questionamento e autoquestionamento acima desenvolvidos, desenvolver ações no campo da saúde mental que facultem construir verdadeiramente com os usuários de saúde mental um empoderamento pessoal e coletivo. Creio que este seja o significado de uma convivência igualitária no campo da saúde mental: ser sensível às diferenças, superando visões estigmatizantes e acríicas para combater, ao mesmo tempo, a pobreza política (DEMO, 2006b) e os preconceitos de incapacidade e periculosidade construídos historicamente (FOUCAULT, 1993, 2002; BASAGLIA, 1985, 2005). Neste sentido, a convivência igualitária no campo da saúde mental requer, por um lado, um certo “desempoderamento” dos profissionais de saúde – somos insuficientes! – para estabelecer com os usuários de saúde mental uma relação horizontalizada em uma espécie de companheirismo difuso<sup>77</sup>. Por outro lado, implica em uma construção coletiva de empoderamento e autonomia dos usuários que ultrapassa os serviços e alcança o espaço social, transformando as relações sociais. “Significa passar de técnico a agente público de mudança, de ‘paciente’ a cidadão, de ‘doente’ à pessoa humana, capaz tanto de sapiência criativa, quanto demolição destruidora, mas na perfeita imperfeição que conforma o ser humano enquanto vida” (PIRES, 2004, p. 248). Está claro que não é empreitada fácil, mas horizonte ético para nossas ações: é assim que interpreto o objetivo desinstitucionalizador de nossa política nacional de saúde mental.

Já um antídoto para combater a injustiça – outra face da desigualdade – é a convivência fraterna. Como promover uma convivência fraterna onde as pessoas escolham utilizar a capacidade para melhorar a vida dos outros? Se com Kehl (2000) consideramos que a participação do semelhante no processo de nos tornarmos sujeitos

---

<sup>77</sup> Por companheirismo difuso, Bohm (2005) descreve a possibilidade de - ao compartilhar nossos afetos, inclusive, a frustração e nossa raiva mútua, frente a diferentes opiniões e pressupostos - permanecermos dialogando. Se conseguirmos, ao final perceberemos que somos iguais e com isso poderemos desenvolver uma relação mais participativa e companheira.

não é contingente, tampouco complementar, mas necessária, a semelhança na diferença é condição fundamental para a convivência fraterna. A fratria, se não se cristaliza - contrariando sua origem marcada pela diversidade - permite cumplicidade e proteção afetiva (KEHL, 2000). Para instalar modos fraternos de convivência é necessária uma composição entre os eixos do pátrio poder e da autonomia solidária da fraternidade – ambas, segundo Figueiredo (2000), presentes na constituição subjetiva dos indivíduos e das sociedades. Referindo especificamente o campo da saúde mental, visar o empoderamento (VASCONCELOS, 2003) exige delicado equilíbrio para construir o cuidado como emancipação (PIRES, 2004).

A alteridade é traço fundamental do laço fraterno: reconhecer a diferença é vital para que o cuidado exista. Para que o cuidado tenha potencial transformador, afigura-se fundamental também nos reconhecermos como incompletos e insuficientes, estado que exige esforço para esvaziar a pretensão em nós de auto-suficiência (BIRMAN, 2000) e de autoridade enquanto princípio que sustenta a instituição em nome da “eficiência” (BASAGLIA, 2005). O que se visa é uma sociedade mais justa, revertendo a *má-fé institucional* dos serviços de saúde e de justiça: ambos atingem o campo e o cuidado na saúde mental. Um sujeito de direito (MUSSE, 2008) não é criado por lei, mas socialmente construído e esta é uma de nossas tarefas de cuidado no campo da saúde mental.

A defesa de éticas relativas e plurais (DEMO, 2005) e a supressão dos pressupostos em direção a fazer algo *em comum* no diálogo (BOHM, 2005) podem ajudar na construção de uma convivência igualitária e fraterna. Isto porque as éticas plurais possuem uma qualidade política que demanda habilidade de lidar com os conflitos de modo coletivo, com espírito crítico e calcado na autoridade do argumento (DEMO, 2002, 2005). Já o diálogo, tal como proposto por Bohm (2005), pode funcionar como uma estratégia para sustentar éticas plurais. Nesta proposta, como discuti acima, o diálogo é uma forma de participação – jogamos com e não contra -, para compartilhar e fazer parte. Ao compartilhar opiniões sem hostilidade, ao suspender nossos pressupostos, seremos capazes de, ao invés de defender opiniões, pensar juntos. Podemos nos “desidentificar” de nossas opiniões em prol de um projeto maior de construção coletiva, no nosso caso, de um cuidado que, respeitando, gerenciando e valorizando as diferenças, seja emancipador, isto é, com potencialidade para desconstruir progressivamente as assimetrias de poder.

Pires (2004), em sua tese de doutoramento, realizou um estudo sobre o Programa Saúde da Família, avaliando a politicidade do cuidado como uma referência para a gestão de políticas públicas. A autora concebe a politicidade do cuidado como uma referência emancipatória, a partir do triado, conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar e cuidar para emancipar. No conhecer para cuidar melhor objetiva-se compreender as relações de ajudar-poder na política de saúde à luz do contexto sócio-histórico em que são produzidas; no cuidar para confrontar está em jogo a “tensão propulsiva e restritiva presente na relação do cuidar” (p. 150); e no cuidar para emancipar a possibilidade de re-ordenar desigualdades, ao visar a formação de sujeitos críticos e atuantes, em uma atitude de substituir a submissão pelo protagonismo no contexto em que se inserem (PIRES, 2004). “É precisamente pelo entendimento cada vez mais amplo e solidário da realidade que o cuidado se modifica, reinventando politicidades potencialmente cidadãs” (PIRES, 2004, p. 52).

O diálogo propugnado como um modo coletivo de abertura mental e afetiva para todas as opiniões (BOHM, 2005) se configura na possibilidade de os profissionais de saúde se permitirem não estar tão siderados por suas teorias e técnicas, e colocarem-se em uma disposição afetiva para ouvir e compartilhar, procurando construir algo junto com os usuários de saúde mental. O que destaco aqui é a necessidade da valorização de uma dimensão afetiva em nossa formação – e por consequência atuação. Se os pensamentos são investidos de afeto e retiram da afetividade sua energia criativa (DEMO, 2005), nossas teorias e técnicas precisam ser invadidas pelo afeto que se constrói em uma convivência igualitária e fraterna, entre iguais e diferentes, exigindo uma combinação de confronto e solidariedade.

Algumas características do grupo de diálogo proposto por Bohm (2005) podem ajudar a construir esta forma de convivência:

- a) o papel do facilitador: sua função é, o mais rápido possível, retirar-se desta tarefa, de modo que os participantes dependam cada vez menos dele, transformando-se, por fim, em apenas mais um membro;
- b) É um espaço aberto, livre e vazio:

num grupo de diálogo, não decidimos o que fazer a respeito de nada. Isso é crucial. De outra maneira, não seríamos livres. Devemos ter um espaço vazio, no qual não somos obrigados a fazer nada nem chegar a quaisquer conclusões, nem a dizer seja o que for, ou mesmo a não falar. (...) a palavra “lazer” significa uma espécie de espaço vazio. “Ocupado” é o oposto do lazer: o espaço está preenchido. Assim, num grupo de diálogo há uma

espécie de espaço vago no qual qualquer coisa pode entrar. Ao terminar, nós apenas o esvaziamos de novo (p. 51).

Ainda claro que no contexto dos serviços de saúde mental tenhamos alguma agenda - isto é, o cuidado - as sugestões de Bohm (2005) para o diálogo, especialmente se temos como horizonte a convivência igualitária (DEMO, 2005), podem ser úteis. Conforme será discutido na análise do grupo de convivência, parece-me que a convivência, no contexto do CAPS, está, em certa medida e segundo formas que serão explicitadas, mais próxima do lazer do que da ocupação; o que em nada modifica a responsabilidade do profissional em relação ao cuidado, ao contrário, exige postura ainda mais ética: refletir a cada vez sobre os efeitos de nossas ações. Alienantes ou emancipatórios? Produziram descuido ou estavam sintonizadas às necessidades e diferenças de cada um? Inutéis ou produziram alguma mudança na vida cotidiana, ajudando a transformar as formas de lidar com o sofrimento?

c) Não evitar o conflito, a frustração:

é necessário, portanto, que você se dê conta das conexões que existem entre os pensamentos que acontecem no diálogo, as sensações corporais e as emoções. Se observar bem, verá, com base na linguagem corporal e também na verbal, que todos estão no mesmo barco – só que em lados opostos. O grupo pode até mesmo se polarizar, de modo que acabará se transformando em duas facções poderosas e antagônicas. Mas umas das coisas que queremos é que isso aconteça. Não tentamos evitar essa situação (p. 55-6).

Como Demo (2006a) ensina, convivência também é confronto, ainda que busquemos evitar os extremos: a guerra não é condição normal, mas encobrir o confronto é posição alienante.

d) Necessidade de proporcionar oportunidades suficientes para que todos falem, de modo que não haja lugar para a autoridade ou hierarquia: é preciso um lugar marcado por uma disponibilidade tal que permita que se fale sobre qualquer coisa e que os diversos modos de pensar encontrem acolhida. Novamente, no capítulo 6, na análise das intervenções realizadas no CAPS a partir da convivência, será problematizado um movimento em direção a uma flexibilização dos papéis.

Encerro o capítulo com a postura ética de Demo (2005) que me inspira como Lévinas no capítulo anterior<sup>78</sup>:

Liberdade implica a liberdade do outro. Não é assim que minha liberdade acaba onde começa a liberdade do outro, mas é assim que o exercício da liberdade penetra a liberdade do outro e vice-versa, de tal sorte que será sempre necessário negociar um tipo aceitável de convivência para ambas as partes. Autonomia supõe, assim, a habilidade de se impor, bem como de ceder. Como meu comportamento impacta o comportamento do outro, sou responsável por isto. Não posso alegar que nada tenho a ver. Tenho tudo a ver, não por conta de apelos moralistas ou religiosos, mas *por conta da dialética da convivência humana*. A arte maior está em construir sociedades igualitárias, nas quais seja possível orquestrar em relativa igualdade as diferenças irreduzíveis. De um lado, não é viável tratar de modo igual a gente muito desigual – aprofundaria ainda mais as desigualdades. De outro, é direito comum ser tratado de modo igual, porque, a par das diferenças, existe o patamar da igualdade comum (p. 22-3, grifo meu).

---

<sup>78</sup> Heidegger no capítulo 1 e Souza neste capítulo – sem com isso sugerir nenhuma semelhança entre os autores – e a minha experiência cotidiana e concreta no esforço de cuidar de pessoas que sofrem psicologicamente de uma forma muito intensa me ajudam a não ter uma posição ingênuo-otimista: acredito que é preciso esforço e atenção crítica constantes para construir a possibilidade de uma convivência igualitária e fraterna no campo da saúde mental e na sociedade.

## **CAPÍTULO 4 – A CONVIVÊNCIA COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO: A DIMENSÃO CLÍNICA**

No presente trabalho, para refletir sobre a dimensão clínica da convivência na atenção psicossocial, serão utilizados diferentes autores, que trabalham em diferentes modelos de atenção à saúde mental. Saúde Mental é campo de saber e de práticas que exige um diálogo estreito com vários saberes e disciplinas, a desconstrução das instituições totais e heranças da psiquiatria clássica, “bem como a proposição de outro lugar social para a manifestação da loucura e para o cuidado oferecido pelos serviços de saúde e pela sociedade frente ao sofrimento psíquico” (SCARCELLI, 2011, p. 19). A opção neste trabalho foi deixar-me ser interpelada por discussões e esforços clínicos de diferentes experiências no campo da saúde mental para poder pensar como ajudar o CAPS a alcançar seus objetivos. Por exemplo, como funcionar como *La Borde* que, em sua forma de cuidado, respeita e ressignifica o sofrimento, abrindo espaços de produção de si, de ser, de existência sem exigências de adaptação e normalização, e, ao mesmo tempo, faz um esforço para teorizar de forma consistente e cuidadosa a clínica. Mas como fazer isto sem manter a lógica da exclusão? O objetivo é o de dialogar com diferentes autores e experiências e, daí, tentar uma primeira caracterização da convivência como um dispositivo ético-político-clínico de cuidado.

Neste sentido, terei o cuidado de, paulatinamente, marcar a diferença dos modelos de atenção, sem me furtar, no entanto, a problematizar, a partir de referenciais distintos ao modelo da desinstitucionalização (e dos quais guardamos algumas críticas), o alcance clínico de experiências diferentes do modelo brasileiro em construção. Fundamentalmente, buscarei identificar elementos clínicos para pensar a convivência através das experiências francesa, italiana e brasileira; e uma experiência específica norte-americana. Ao apresentar as contribuições de cada autor/experiência serei fiel a sua terminologia (por exemplo: pacientes, psicóticos, esquizofrênicos), ao mesmo tempo que, ao longo do texto, me posicionarei a partir da noção de sofrimento psíquico grave (COSTA, 2010). Independente do termo utilizado, no entanto, aqui assumo que toda e qualquer forma de subjetivação é legítima e deve ser acolhida no seio da comunidade.

A primeira tarefa é refletir sobre os dispositivos clínicos. Roussillon (2010) tenta estabelecer uma teoria geral dos dispositivos clínicos, em uma perspectiva psicanalítica, que pode ser útil para o esforço de tentar caracterizar a dimensão clínica

da convivência como um dispositivo de cuidado no campo da saúde mental. Para o autor, o que permitiria adjetivar de clínico um dispositivo é a escuta que o define.

Este autor parte do dispositivo de cuidado melhor conhecido pela psicanálise, isto é, o do consultório, para tentar<sup>79</sup> extrair um certo número de conceitos e de eixos de trabalho e examinar como eles se aplicam em outros dispositivos de cuidado, a partir do momento em que são utilizados em uma orientação clínica.

Os dispositivos clínicos – psicanalíticos – instalam de uma maneira ou de outra a regra da associação livre. Estas podem assumir formas diferentes: fragmentos de palavras, de comportamentos, de desenhos, de jogos... O dispositivo tenta organizar a neurose de transferência de modo que ela seja ou se torne analisável. A transferência não é exclusividade dos dispositivos psicanalíticos, está presente na relação que os pacientes estabelecem com seu entorno: família, igreja, escola, etc., e claro todos os dispositivos de cuidado. As modalidades de transferência dependem dos mecanismos de defesa prevalentes, mas o princípio de base é o mesmo: algo é negativado de um lado e faz retorno de outro, desloca-se para um outro objeto que não o primeiro; este retorno que organiza a transferência (ROUSSILLON, 2010).

Para o autor, justamente, “a questão de todos os dispositivos de cuidado, seja com crianças autistas, com pacientes psicóticos adultos, criminosos ou delinquentes, com adolescentes, os idosos, os moribundos... é determinar como tornar interpretável, analisável, simbolizável, o que faz retorno” (tradução livre, p. 176). O autor argumenta, no entanto, que o termo interpretação ou mesmo análise não é suficiente, pois supõe apenas um trabalho de decomposição. Ora, um trabalho de recomposição, de recombinação também é necessário, mas muitas pessoas têm justamente dificuldade neste aspecto. Para além disso, os trabalhos de Freud escritos a partir de 1923, chamam a atenção, especificamente, para pacientes que “decompõem sem recompor”. Roussillon (2010) escolhe falar em simbolização, entendendo-a como um processo que compreende a separação e a reunião: consiste em reunir de outro modo o que foi separado.

Roussillon (2010) faz referência à linguagem dos dispositivos. Cada dispositivo é portador de mensagens: é preciso fazer “falar” os dispositivos, tentar compreender e formular o que o dispositivo diz a este sujeito singular. O dispositivo fala aos pacientes, os pacientes fazem falar os dispositivos e nós também fazemos

---

<sup>79</sup> Não para propor um estudo sobre o dispositivo clássico, tarefa que assumi parcialmente em minha dissertação de mestrado sobre a perlaboração, mas para compreender os dispositivos.

falar o dispositivo. A proposta do autor é a seguinte: *o que a regra dita em palavras, o dispositivo dita em coisas, diz em ato*. A regra fundamental anuncia: diga tudo o que lhe vem à cabeça e assim você fará um trabalho de simbolização com a ajuda da linguagem. O dispositivo diz que, se você quer simbolizar, você deve se curvar ao conjunto de atos, de coisas que o dispositivo disponibiliza. O dispositivo contém em sua organização mensagens que falam da teoria de simbolização que está implícita ao dispositivo. Por exemplo, o dispositivo da cura típica em psicanálise diz algo como: se você quer simbolizar, você deve suspender a motricidade e o olhar para o exterior. Mas o fato é que as pessoas não simbolizam da mesma maneira: certos pacientes não podem suspender sua motricidade, deixar sua percepção e não é pertinente convidá-los a se deitar no divã. Ninguém convidaria um bebê a associar livremente e se deitar no divã! (ROUSSILLON, 2010).

O que diz o dispositivo da convivência? Estejamos juntos, façamos coisas juntos: passear, cantar, jogar, pesquisar, comer, cozinhar, conversar... Mas não apenas para passar o tempo. Para construir? Ligações entre as pessoas, os lugares, os fazeres... Ligações que sirvam de ancoragem, momentâneas, porém também ao mesmo tempo contínuas, para a deriva psicótica (TENÓRIO, 2001)? Está presente uma dimensão do encontro, da intensidade, do momento, mas também da continuidade na oferta dos cuidados. Que simbolização a convivência permite? Se considerar a discussão realizada no segundo capítulo, uma primeira aproximação seria pensar que a convivência permite a simbolização do que é essencialmente humano, pois o ser humano só se constitui no cuidado.

Para Roussillon (2010), um certo número de fracassos dos dispositivos de cuidado provém da inadequação dos mesmos em relação às problemáticas dos pacientes.<sup>80</sup> O dispositivo de cuidado deve ser pensado, entendido, analisado em função do que é necessário para sustentar o trabalho de simbolização, como acompanhar cada etapa do processo de simbolização e o que, no dispositivo, sustenta cada uma das etapas desse processo (ROUSSILLON, 2010).

Para construir um enquadre “sob medida” para um sujeito, o autor sugere que consideremos o que é necessário para o sujeito fazer seu trabalho de apropriação e de simbolização da experiência vivida. Uma primeira necessidade é ter disponível um outro para simbolizar o que o sujeito viveu, através da escuta, de sua função de

---

<sup>80</sup> Me parece não haver dúvida da presença no campo da saúde mental de uma histórica ineficácia de dispositivos supostamente terapêuticos, conforme discutido no capítulo 1.

espelho e de um compartilhar dos afetos. A discussão do autor assemelha-se à segunda modalidade de presença, a intersubjetividade interpessoal, proposta por Figueiredo (2007) e discutida no capítulo 2, segundo a qual o cuidador se apresenta na medida da necessidade do outro.

Roussillon (2010) afirma que na construção de um dispositivo de cuidado, como não é possível determinar de antemão tudo o que o paciente vai precisar no processo, apenas podemos pressentir: é necessário poder efetuar ajustes ao longo do trabalho. O enquadre não deve ser um fetiche; deve encarnar as necessidades do eu de um paciente. O autor não acredita em todas as variações do enquadre, mas sim no ajuste do enquadre em função de um princípio fundador: se o enquadre simboliza a simbolização, ele deve assim funcionar para aquele sujeito. É a simbolização em função das capacidades e particularidades daquele sujeito singular (ROUSSILLON, 2010). O esforço na pesquisa foi justamente de constituir a convivência como dispositivo sob medida, isto é, sensível às necessidades e particularidades dos sujeitos implicados. “Cada dispositivo – correlacionado a algum suporte espaço-temporal – opera como um objeto transformacional, um ambiente capaz de produzir transformações na experiência do *self* dos sujeitos que nele habitam aos lhes oferecer formas especializadas de cuidados” (FIGUEIREDO, 2011, p. 12).

Do ponto de vista de Roussillon (2010), todos os dispositivos analisantes/analisáveis são derivados de dispositivos artísticos ou artesanais, pois estes são dispositivos “simbolizantes”, produzem representação e simbolização. O autor exemplifica que em hospitais psiquiátricos em Lyon, alguns anos atrás, psicólogos conduziam grupos de pintura e escrita, que não funcionavam muito bem. Experimentaram então organizar os grupos com artistas e estes passaram a funcionar um pouco melhor. Por fim, formaram-se duplas (um artista e um psicólogo). Por exemplo, em um grupo de teatro, o ator ajuda com o trabalho de encenar e o profissional psi está junto para efetuar um trabalho que não consiste em analisar o que é produzido, mas em analisar o que falta a produzir, o que falta ao trabalho de jogar/encenar. Esta nova perspectiva é congruente, coerente com o dispositivo. Não estou ocupada aqui com uma busca pela composição “ideal” da equipe. A presença de profissionais que não são da área de saúde podem oxigenar o campo da saúde mental justamente por não terem a visão contaminada por teorias psicopatológicas que reduzem o sujeito a uma doença, transtorno, déficit, limitação de suas capacidades e potencialidades. Neste sentido, eles potencialmente trazem um olhar

não patologizante. Por outro lado, não ocupados com as necessidades específicas de cada um, não percebemos certas nuances na forma de existir e sofrer que exigem de nossa parte maior acolhimento e esforço de reconhecimento das legítimas diferenças - como *Dá para fazer* nos mostra.

Vale o mesmo para os profissionais de saúde: se utilizado de forma crítica e sensível ao político, ao social e à intersubjetividade presentes na construção do sofrimento, os profissionais de saúde têm um potencial de acolhimento e acompanhamento ímpar. Por outro lado, como discutido no capítulo 3, reconhecemos o quanto somos autoritários (em nossa formação e atuação) e o quanto ainda que verdadeiramente ocupados com o cuidado e o “melhor” para o outro impedimos o desenvolvimento e a autonomia daqueles que acompanhamos. Neste sentido, não há composição ideal: com técnicos psi, sem técnicos psi, combinados... Como Bohm (2005) sugere, talvez fosse mais interessante promover um encontro de pessoas com um ideal compartilhado e dispostas a compartilhar e rever seus pressupostos

A tarefa é precisamente pensar o que seria congruente com o dispositivo da convivência, entendida como um dispositivo sob medida no contexto da atenção psicossocial, ao tentar entendê-la como dispositivo clínico: uma das tarefas da pesquisa de doutoramento.

#### **4.1 A experiência francesa: a vida é feita de detalhes**

Oury (1989), situado na proposta francesa de Psicoterapia Institucional, pode ajudar a caracterizar a dimensão clínica da convivência, através de suas formulações sobre a criação e o sofrimento psíquico intenso. O autor descreve a esquizofrenia como um processo, como algo que “chega” à existência de um sujeito. Algo novo, uma ruptura (retomando outro termo jasperiano), uma bifurcação da existência. Oury retoma a ideia de Tosquelles da crise como catástrofe existencial<sup>81</sup>, vivida como um fim de mundo. Pode ser vivida como um desabamento súbito ou ao contrário como algo progressivo. Tal catástrofe seria seguida por um tempo de “reconstrução da personalidade”, como depois do dilúvio. Esta reconstrução pode tomar uma forma delirante, uma forma de restrição do mundo, mudança total nas crenças com utilização de toda a cultura adquirida (mitologia, Bíblia, mundo técnico...). Depois da

---

<sup>81</sup> Com Costa (2013), entendo a crise em sua complexidade não apenas de risco, mas também de oportunidade. Apenas me permito aqui, ao tomar como **foco momentâneo** a dimensão do risco, pensar que dimensões clínicas do cuidado a experiência francesa pode me apontar para a reflexão sobre a convivência.

catástrofe, buscam-se os materiais para reconstruir. “É nesta perspectiva que tudo o que chamamos de “criações” ao nível da psicopatologia, tendo ou não valor “estético”, tomam lugar e podem nos servir a ver de forma mais precisa do que se trata nesta reconstrução” (OURY, 1989, p. 50, tradução livre). Talvez seja precisamente um dos objetivos da convivência constituir-se como uma *espécie de enquadre constante para esta (re)construção*. Como se trata de uma reconstrução após uma “catástrofe existencial”, o enquadre é justamente a existência<sup>82</sup>.

Oury (1989) considera que ainda que Freud tenha vislumbrado estas questões – por exemplo, o entendimento do delírio como cura, em uma espécie de não delimitação entre si e o mundo, de modo que salvar o mundo é uma forma mais ou menos metafórica de salvar a si mesmo – esta reconstrução não pode ser suficientemente entendida apenas através de dimensões psicanalíticas<sup>83</sup>. Por isto, Oury retoma discussões artísticas e estéticas. O autor denomina ética esta posição de não considerar apenas o negativo na experiência esquizofrênica, não pensá-lo como um “sub-homem”: existe um sujeito a ser respeitado, destacando os elementos positivos nesta catástrofe existencial.

Para entrar neste mundo particular que se cria após a “catástrofe existencial” é preciso, parece-me, conviver. Não é falar sobre, pensar, racionalizar, mas sentir (dimensão páthica) e participar. Este lugar é do páthico, onde surgem as sensações mais basais que estão na base de tudo o que é vivo na existência (OURY, 1989; MARTINS, 2003). Oury (1989), refletindo sobre o trabalho clínico, especifica que para acolher alguém é preciso colocar-se na mesma paisagem: “não é mais o visível, mas o sentir. Participamos” (p. 58). Convivendo, podemos estar na mesma “paisagem”; ao participar criamos espaço/condição para acolher a criação própria de si de cada sujeito. Esta posição de estar na mesma paisagem, o participar, o fazer junto (características/possibilidades da convivência no campo da atenção psicossocial) talvez facilite esse movimento. Adverte ainda que não se trata

---

<sup>82</sup> Está aí situada uma das principais críticas à Psicoterapia Institucional: ao não abrir mão de um dispositivo hospitalar forja uma existência. Esta existência nos parece forjada, pois é institucional, diferente do objetivo do campo da atenção psicossocial brasileira que, inspirado na proposta de desinstitucionalização italiana, enseja criar espaços de vida no tecido social, ainda que tenha encontrado dificuldades para concretizar este objetivo. Meu desejo é pensar/construir formas de enfrentar estas dificuldades.

<sup>83</sup> Apesar da Psicoterapia Institucional se apoiar em uma teorização psicanalítica para compreender o sujeito e os sistemas de segregação, fica aqui evidente o esforço do autor – um dos principais expoentes da Psicoterapia Institucional – para tentar compreender o sofrimento psíquico considerando outras dimensões da existência.

simplesmente de ser gentil. “(...) ser gentil é a pior das coisas. Ser gentil é permanecer do outro lado da barreira” (p. 99). É preciso ir até lá, naquele momento, fazer parte da “paisagem”...

Para o autor, a criação pode ter uma função de suplência: quando um rim falha o outro assume a função, ele passa a funcionar de forma mais intensa do que anteriormente. Encontramos, com frequência, entre os artistas, como em certos psicóticos, uma necessidade imperiosa de criação, diz o autor. A diferença, demarca Oury (1989), é que quando algo é criado, uma obra, no campo da psicose, é mais do que uma necessidade. A criação é, ao mesmo tempo, autocriação. Esta, mesmo que resulte em algo precário, pode durar um certo tempo, e produzir um certo equilíbrio.

Algumas consequências destas ideias para o trabalho clínico que Oury (1989) deriva:

- a) um esquizofrênico, com dificuldade na “fábrica do dizer”, pode fazer, com a massa de modelar, por exemplo, um substituto: não dele mesmo (no sentido projetivo), mas do que está em questão em si mesmo na relação com o outro;
- b) algo da ordem da reconstrução, de uma possibilidade de acesso, um gradiente de abertura é possível;
- c) “... Tricotar pode ser muito importante! Pode restabelecer um certo nível de tecelagem/confecção da existência” (p. 100, tradução livre);
- d) resta um certo “comércio”, levando em conta a alteridade; um “comércio” afetivo que pode criar sentido sem passar pela linguagem constituída;
- e) devemos pathicamente estar lá para buscar quem está em sofrimento, em estado de espera absoluta, não ser intoxicado pelo discurso atual/dominante, estar lá em posição para acolher algo, mesmo que frequentemente desconhecido;

Oury (1989) assim sugere que, quando há destruição da linguagem na esquizofrenia, podemos ter, por outro lado, uma tentativa de construção do mundo com um certo equilíbrio, através do delírio, por exemplo, mas também através da criação de obras, pinturas, esculturas, escritas, etc. Para o autor, a criação modifica algo da ordem do real, há algo de absolutamente novo que aparece: um acréscimo de ser. Se a “fábrica do dizer” - que exatamente dá as condições para que haja linguagem - foi bombardeada, é necessário tirar o máximo proveito dos elementos que subexistem. No lugar do dizível, é preciso achar outras formas para o homem em sofrimento se exprimir.

Não se trata de demandar artificialmente ao sujeito que pinte, esculpe, etc, mas fazer tudo para que haja eventualmente a possibilidade. “... Poder nos ocupar das pessoas, sem constranger, sem as atormentar. É algo muito difícil de fazer, mesmo com as melhores intenções” (OURY, 1989, p. 149). Eis um desafio na convivência: encontrar este equilíbrio, particular e heterogêneo, a ser criado com cada um e com cada dispositivo, entre estar ocupado com o outro, mas sem imposição. Como Lobosque (2003), ao se referir à experiência nos CERSAMs, os CAPS mineiros; “trata-se justamente de fazer com o tempo não se confunda com um vazio sem fim a ser preenchido, devolvendo-lhe ritmo e corpo” (p. 27).

Delion (1984) conta a história de setorização de uma instituição psiquiátrica francesa do tipo asilar. Em um primeiro tempo, apesar de inaugurar uma prática voltada para o exterior, os esforços principais estavam na transformação do serviço intra-hospitalar. O segundo período é voltado para o diálogo com a cidade. Nessa concepção, o hospital ainda é entendido como indispensável, apenas não o meio central, o que difere novamente dos princípios que orientam o campo da atenção psicossocial no Brasil. Mas neste esforço de articulação entre o hospital e recursos extrahospitalares em direção à cidade, o autor tece algumas considerações clínicas que podem ser úteis para pensar a convivência, especialmente *a necessidade de estabelecer outras formas de comunicação*. No relato do autor, é interessante notar que a setorização caminhou na direção de serviços comunitários e menos medicalizados, em um movimento em direção à cidade e seus aparatos e dispositivos. Através da setorialidade e de um trabalho de diálogo na cidade para tentar resolver problemas concretos da cidade (não apenas estritamente de saúde mental, mas sobre os idosos, mulheres, crianças, problemas relacionados à sexualidade, a contracepção, etc.), foi sendo construída, na ótica do autor, a possibilidade de uma prática menos alienante. O interesse de outros setores da comunidade em discutir temas de saúde mental leva a desconstruir a ideia de que uma afecção psíquica é “transmissível” e que, ao contrário, está articulada com as condições de vida.

A questão que se colocava então era a transformação do espaço fechado e atemporal do asilo para o espaço-tempo de mudanças abertas em direção aos outros, para o autor, de passar do asilo para a psiquiatria de setor. Esta transformação implica no reconhecimento de que as relações intersubjetivas são o instrumento de trabalho: para cuidar de um psicótico é preciso falar com ele. “Mas falar-com é uma modalidade de estar/ser que é a mais complexa (...) é o desenvolvimento

intersubjetivo entre a linguagem do dito e do não dito que vai constituir o encontro” (DELION, 1984, p. 47, tradução livre).

Mesmo que se admita que a palavra pode surgir em qualquer parte, para ser ouvida é preciso que se engaje na interlocução. O autor descreve alguns elementos necessários para favorecer o surgimento da interlocução entre os cuidadores e os pacientes: perceber como estão transferencialmente vinculados aos pacientes, o uso de mediadores (objetos/atividades: o objeto para funcionar como mediador não é um mero acaso, está articulado com a história de um sujeito) e as reuniões de equipe. Esta é uma dimensão que me parece importante no esforço em transformar a convivência em um dispositivo com potencialidade clínica, que as atividades e objetos estejam articuladas com a história de vida de cada um, de modo a permitir processos de subjetivação e de interlocução.

Nesse *fazer junto* as atividades de lazer enriquecem o conjunto de circunstâncias propícias para o tratamento. Em um caso clínico, o autor mostra a conjunção entre espaço, tempo e relação na possibilidade de construir algo diferente da cronicidade, esta mesma entendida como uma soma entre os mecanismos de defesa psicóticos e os mecanismos de defesa do manicômio (DELION, 1984). Através de uma viagem com os cuidadores, a alternância de lugares introduziu uma ruptura na cronicidade, a isso se soma uma dimensão temporal (há uma frequência nesses passeios e uma constância dos cuidadores). Um espaço que faz sentido, que foge da repetição e se liga à dimensão do tempo (continuidade) e uma relação específica com o cuidador (presença).

Delion (1984) afirma que *uma certa desordem* é necessária para instaurar o cuidado. Oury (1995, p. 58), por sua vez, afirma que “para estar “com” um outro, este outro deve justamente ser diferente de si mesmo”. Neste sentido, “é preciso levar em consideração o espaço, o tempo, o trajeto que se passa nos sete dias da semana menos a meia hora da sessão de psicoterapia, (...) de onde a importância do que podemos chamar, prudentemente, ‘a vida cotidiana’ ” (OURY, 1995, p. 64).

Lecarpentier (1989), ao apresentar a clínica de *La Borde*, destaca algumas características do trabalho que impactam a compreensão sobre a convivência. Para o autor, a convivência no Clube Terapêutico (discutido, no capítulo 1, a partir do filme *La moindre des choses*) surge como uma necessidade para o sem-lugar da psicose, dada a sua dificuldade de habitar um lugar, de estabelecer contato com o outro, de articular os gestos mais simples da vida cotidiana, de lhe dar um sentido. Para o autor,

no mundo psicótico, em um instante, pode surgir um sinal ameaçante que pode inaugurar uma catástrofe existencial. A existência de um clube estruturado em uma trama de ambientes diferentes pode oferecer um ponto de apoio, podendo acolher o acaso, o insólito (LECARPENTIER, 1989). Por mais que me incomode esta posição fatalista sobre a psicose, é preciso reconhecer que, em alguns momentos – e não como uma condição estruturante fechada, inevitável e irreversível – no cotidiano dos serviços convivemos com pessoas cujo sofrimento, naquele momento, as impede de realizar sozinhas as mais simples tarefas do dia a dia.

A ideia da convivência é *fazer junto* para agenciar novas possibilidades de ser e estar no mundo. A questão que persiste, no entanto, é como manter o heterogêneo estando no grupo? Lecarpentier (1989) destaca a importância de que cada membro da equipe possa investir de forma diferente, à sua maneira, em seu estilo. O autor trabalha com a ideia de “constelação” que constitui o ambiente pessoal, lugares, pessoas, objetos, animais, que através de uma transferência multi-referencial, constituem o mundo de apoio do sujeito. “Quando um doente vai mal, frequentemente é suficiente que se reúna, para conversar, as pessoas de sua constelação e a sintomatologia se modifica, melhorando às vezes de forma espetacular e rápida” (p. 5, tradução livre). Segundo o autor, não apenas a contratransferência (nesta transferência multi-referencial), mas também os elementos “infra-conscientes”, atitude, modificação de um sorriso, de um aperto de mão, a entonação da voz, são importantes.

Le Club (1998), ao discutir o papel da escrita e do clube em *La Borde*, defende que o perigo permanente de uma instituição é de se congelar: na inércia da prática as trocas perdem seu valor fundamental, o conflito. A prática-inércia é demagógica e infantilizante, conforme foi discutido no capítulo anterior. O que Basaglia já nos ensinou e constatamos no cotidiano dos serviços: a instituição tende à institucionalização. O trabalho do Clube é justamente atender à necessidade de um trabalho cotidiano onde possa haver o conflito, condição de preservação das trocas. “Garantir a organização o seu direito à desorganização” (p. 2), preservando o aleatório para que o encontro seja possível (OURY, 1995). “O clube se confunde com a finalidade da clínica: tornar o convívio naquele espaço um meio terapêutico e socializante para todos, independentemente de serem ou não pacientes” (PASSOS, 2009, p. 198). A partir de sua experiência como estagiária em *La Borde*, em seu trabalho de doutoramento, Passos (2009) descreve a vida comunitária dentro da clínica como sendo compreendida, em primeiro lugar, como a forma de tratamento do

sofrimento psíquico: “o tratamento é resultado da *convivência* cotidiana na busca coletiva, grupal, ou de alguma forma sempre compartilhada, de superação das dificuldades psíquicas e práticas” (p. 201, grifo meu).

A ideia é que as atividades permitam as pessoas se encontrar, ter acesso a diversos espaços, facilitando a livre circulação. Exatamente o limite de uma instituição fechada: um avanço que internamente ela seja “aberta”, mas nosso desafio é construir efetivamente espaços de circulação na pólis...

Este tipo de proteção institucionalizada seria aceitável se não gerasse uma condição de dependência tão grande, se não produzisse uma alienação das famílias e da sociedade em relação ao problema e, finalmente, se não criasse, no mesmo gesto, uma inferiorização social quase automática das pessoas dela dependentes (PASSOS, 2009, p. 209).

Segundo a autora, um outro limite da experiência francesa estaria ligado a uma posição por demais profissionalista e institucionalizada, em uma supervalorização da dimensão clínica associada a uma subestimação da dimensão política, no que diz respeito ao poder subjacente à prática médica/clínica. Esta posição teve por consequência uma subestimação da necessária crítica às práticas psiquiátricas e psicológicas: “para Castel, reformar hospitais e fazer psiquiatria comunitária são propostas que concorrem entre si” (PASSOS, 2009, p. 113). Por outro lado, a definição da política francesa de saúde mental acabou por estar organizada por

interesses econômicos e políticos mais poderosos, ou, para contrapor nos mesmos termos, uma outra lógica mais poderosa – a lógica de mercado. Essa lógica tem empurrado a clínica para fora do público, que passa a ser dominado por uma nova lógica burocrático-administrativa (PASSOS, 2009, p. 118).

Ainda é possível um trabalho terapêutico nestas circunstâncias? Diatkine; Quartier-Frings; Andreoli (1993) problematizam que a dificuldade na prática psiquiátrica não é estabilizar sintomas, mas não deixar que esta estabilização bloqueie a vida e seus processos de mudanças. A convivência, para se tornar terapêutica, deve engendrar um trabalho de temporalização, de história-ação. “Se a história de um sujeito se desinveste, ele não é mais ninguém” (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993, p. 29).

O que aqui surge é a possibilidade alienante do encontro e o cuidado com a crise, que, na maior parte das vezes, tem como consequência fazer desaparecer a possibilidade de convivência, provocando isolamento e ruptura.

O encontro com a loucura representa uma das experiências mais complexas e desconcertantes que se possa vivenciar em psiquiatria. Ela evoca emoções desagradáveis, põe-nos em confronto com situações insuportáveis, pode nos tornar incapazes de pensar e de perceber. Todos os processos que nos levam a reconhecer o outro como uma pessoa humana e a nos reconhecer nele como pessoa humana por meio de movimentos de identificação, entre outros, são totalmente perturbados. (...) Esse fenômeno estabelece um dinamismo que é ainda mais alienante na medida em que uma equipe, quando é traumatizada pela loucura do paciente, reduz progressivamente o apoio psíquico que deveria oferecer (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993, p. 38).

Ocupados com uma psiquiatria sem hospício, os desafios do convívio e da efetiva construção de vida se impõem àqueles que sofrem e àqueles que cuidam, de modo que, para os autores, é fundamental constatar que o sujeito, mesmo que com sintomas “estabilizados”, está aquém de uma vida: “que ele more na cidade, com a família ou sozinho, ou que ele resida num albergue, os tempos mortos espontâneos o invadem, quer sejam a marca de um vazio psíquico que traduz e reforça o desabamento depressivo ou da produção delirante” (p. 53).

Assim sendo, se os planos terapêuticos e institucionais não estão adaptados aos detalhes da vida cotidiana do sujeito temos, nos dizem os autores, um abismo entre as intenções e o que realmente se faz. As intervenções com incidências concretas na vida cotidiana do sujeito precisam estar, em alguma medida, vinculadas à escuta clínica, senão correm o risco frequente de se tornarem fracassos (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993). Este é um aspecto primordial: não é apenas nos ocuparmos com a vida cotidiana (Sergio que se mata após uma desilusão amorosa em *Dá para fazer*, pois os cuidadores não estavam atentos ao impacto emocional desta desilusão em Sergio), tampouco um olhar terapêutico desvinculado da vida concreta.

O esforço cotidiano que fazemos é tentar dar conta deste hiato entre a verbalização do desejo do sujeito de fazer algo e a possibilidade concreta de realização, frente aos limites da realidade e aos limites do sujeito em sustentar o seu desejo. Um exemplo: para uma pessoa publicar um livro com suas poesias foi desejo concretizado que se converte ainda em reconhecimento social. Para outro – a despeito da qualidade extraordinária de seus escritos – publicar significava encarcerar seus pensamentos, como se fosse, em suas palavras, um retorno à internação e ao enclausuramento, pois as palavras estariam aprisionadas. Assim, publicar um livro não é em si mesmo um ato com potencial terapêutico, mesmo se for considerada a

dimensão de reconhecimento social implicada; só faz sentido articulado com a história e as significações dos sujeitos que podem ser muito diferentes do que é socialmente compartilhado.

Neste abismo entre as intenções e as ações, continuam Diatkine; Quartier-Frings; Andreoli (1993), surge a rotina e o desinteresse progressivo por parte da equipe, se (re)inscreve a solidão e as projeções do sujeito. “... é a capacidade de sonhar e pensar dos terapeutas que desaparece” (p. 55). Diríamos que o insuportável da convivência produz efeitos antiterapêuticos e institucionalizantes, verdadeiras barreiras defensivas. Como tornar suportável? Como refletir e produzir a partir do insuportável? O que produzir de novidade e interesse para que o insuportável se transforme em convivência? Por exemplo: o tédio, a repetição, a rotina, a estranheza de ser incluído no delírio, nosso mal-estar para responder perguntas deprimidas e ansiosas... Os autores trabalham com a ideia de que se deve trabalhar as situações vividas por cada um, delimitando suas consequências, através da reflexão e diálogo constantes da equipe, com o objetivo de sustentar o interesse por aquilo que pensa e por aquilo que o paciente representa.

O movimento que vai do reconhecimento, da irritação, do desânimo ou do interesse estéril que o paciente provoca a uma transformação em uma intervenção útil, não se faz ao sabor de todas as reuniões, nem para todos ao mesmo tempo. Trata-se de um processo que cada um realiza mais ou menos lentamente, com maior ou menor êxito. A permanência da reflexão comum é necessária para permanecer protagonistas específicos, capazes de se interessar pelo paciente pelo tempo que for necessário, com suas dificuldades e suas potencialidades, sem encerrá-lo numa rede fechada de julgamentos definitivos (p. 63).

Acredito que uma das características que potencialmente fazem da convivência um dispositivo clínico é, de fato, *a posteriori*: sua potencialidade ganharia concretude no trabalho posterior de refletir sobre o que estamos fazendo e as consequências disto para o sujeito, de modo que seja possível refletir sobre a novidade que pode, a cada vez, surgir do trabalho cotidiano e repetitivo com o sujeito.

Diatkine; Quartier-Frings; Andreoli (1993) defendem a importância do que se passa nos encontros aleatórios, que não encontram lugar nas consultas e atividades programadas, por exemplo, em uma consulta com o médico, o sujeito diz não ter nada a dizer, e, em seguida, consegue falar intensamente de um problema que lhe interessa com um outro membro da equipe que ele encontra em outra condição que não a de uma consulta programada. “Nem sempre é fácil levar em consideração esses

pequenos fatos cotidianos por causa da falta de tempo, e também por causa da sua aparente banalidade” (p. 69). Penso fazer parte da caracterização da convivência como um dispositivo a explicitação de como fazer ouvir, concretamente, isto é, de modo a ter consequência para o sujeito e para a equipe, o que surge no cotidiano aparentemente banal.

Creio que um dos desafios da convivência é, notadamente, enfrentar as rupturas de comunicação, privilegiando o grupo, a história e a continuidade. “Se não temos condições de compartilhar o que acontece cotidianamente com o paciente, discutindo abertamente, temos tendência a afundar na problemática deste. O diálogo pode ser desinvestido tanto por nós quanto pelo paciente” (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993, p. 106).

Uma outra forma de comunicar, e isto para muitas questões importantes, apresenta-se no cotidiano de nosso trabalho com o sofrimento psíquico grave (COSTA, 2010) e isso precisa ser considerado na convivência. “O paciente procura continuamente e por todos os meios verificar a fiabilidade do seu interlocutor: ele continua existindo para ele? Essa questão não é colocada pelo paciente, ela é vivenciada, expressa na ação, repetida por ele” (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993, p. 119). A comunicação pode acontecer de outra forma que não através da palavra (OURY, 1989; DELION, 1984). Como o dispositivo da convivência acolhe outras formas de comunicação e como faz “ouvir” o que se comunica? Como este dispositivo permite simbolizar? Algo que não é exatamente enunciado, mas que comparece no cotidiano em diversas formas de enunciação?

#### **4.2 A experiência italiana: *Dá para fazer***

“Temer o louco serve apenas para justificar a violência que se emprega contra ele e para validar os anteparos profissionais que nos separam irremediavelmente, como pessoas, da pessoa do louco. *Com medo, troca-se muito pouco, toca-se pouco, conhece-se pouco*” (DELGADO, 1991, p.9).

“Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação” (BASAGLIA, 1979, p. 29).  
“Quero viver essa contradição porque a minha liberdade só se faz aceitando a constatação do doente” (BASAGLIA, 1979, p. 95).

Basaglia e Gallio (1991), ao compararem a experiência francesa e italiana, consideram que, a despeito da defasagem histórica de quase 20 anos da reforma

italiana, ambas têm em comum a indignação que no território francês surgiu no pós-guerra: “pelo atraso e pelas diferenças com que se manifesta, pelos problemas sociais com os quais se depara, fora do manicômio, na sociedade civil e pelas contradições que suscita, a indignação italiana é uma indignação destinada a durar” (p. 31). Consideram que a reforma italiana foi influenciada tanto pela experiência das comunidades terapêuticas inglesas, como pela psiquiatria de setor francesa. A influência inglesa produziu uma importante prática que permitiu compreender criticamente o hospital psiquiátrico como instituição total que precisa ser contínua e dialeticamente negada (BASAGLIA, 1985; BASAGLIA; GALLIO, 1991). “Por outro lado, a palavra de ordem do setor não apenas não abre espiráculos de qualidade na organização manicomial, como também dá muito peso à sua valorização como instituição boa e necessária e, portanto, à sua reciclagem e modernização” (BASAGLIA; GALLIO, 1991, p. 34).

Em Trieste, se vive, cotidianamente, sem hospitais psiquiátricos. É com esta afirmação que Delgado (1991) descreve sua aventura como voluntário, por dois anos, em Trieste.

A nossa civilização foi muito competente na feitura de indivíduos desviantes, de marginais, de loucos; foi também absolutamente incompetente para discutir as razões deste fenômeno. A progressiva abertura do manicômio de Trieste, ao buscar entre outras coisas restituir ao “louco” a sua condição de cidadão – desmascarou estruturas hipócritas que legitimavam a sanidade “dos de fora” em troca da “loucura dos de dentro” e praticamente forçou um posicionamento de cada cidadão a respeito do tema. A loucura escapava dos pavilhões enormes de San Giovanni, dos gabinetes dos doutores psiquiatras, dos livros grossos e empoeirados, para entrar nos ônibus, nos bares, no comércio... A loucura abriu portas, pulou os muros do hospital para, sem pedir licença, sentar confortavelmente na nossa sala de jantar! Não espanta a dificuldade que este movimento despertou (DELGADO, 1991, p. 13).

Na experiência italiana é a convivência mesmo o mote de todo o processo de mudança, que se inicia e se sustenta nas novas relações, no território, que são estabelecidas com o sujeito em sofrimento. “(...) a formação se dá principalmente através da inserção dos novos operadores e voluntários no trabalho cotidiano” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 45-6). Neste movimento, desvela-se como o conviver, especialmente ao abrir mão do poder técnico, é conflituoso e angustiante. “A relação autoritária médico/paciente – viciada desde a sua base, mediada por normas que servem somente à finalidade de impedir a existência de

trocas autênticas – é problematizada no cotidiano” (DELGADO, 1991, p. 15). Para o autor, a rigidez dos papéis profissionais sofrem profundas alterações nos embates diários, nas festas, reuniões, assembleias... De toda forma, para que estas experiências tenham efeito é necessário conter a impaciência<sup>84</sup> e respeitar o tempo de cada sujeito. Delgado (1991) chama a atenção para o fato de que, em Trieste, o médico que clínica é também o que organiza a festa, pinta, dança; o paciente, que antes era mero expectador, agora opina, organiza, reivindica, diverge, dança...

Comenta haver uma série de mitos sobre a experiência em Trieste. Conta que um amigo perguntou se havia em Trieste “cinema para louco”, “clube para louco”!

Fico aqui especulando que, de tanto cindir a nossa própria existência, nossa própria loucura, temos uma barreira quase insuperável para conviver com o outro, diferente, louco; só admito a sua existência fora dos manicômios se ele estiver em espaços segregados, controlados por rótulos (p. 16).

O que a desinstitucionalização busca, propriamente, é o oposto da compartimentalização, ou seja, a multiplicação das trocas sociais. Como afirmam Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), ao multiplicar as relações são produzidos conflitos, comunicação e solidariedade, proporcionando mudanças nos sujeitos e estruturas, afinal, estas só se produzem conjuntamente.

O que se destaca na experiência de desinstitucionalização é a necessidade de ser criativo para construir propostas concretas no território (DELGADO, 1991; ROTELLI, 2004; LOBOSQUE, 1997, 2003). Rotelli (2004), ao falar da experiência na Itália, após a aprovação da lei 180, que extinguiu os manicômios na Itália, salienta a importância de que as ações no território tenham valor: que o trabalho produzido nas oficinas tenha valor, que a experiência artística tenha valor. A inserção no território que se deseja não é feita por pena ou caridade, mas como reconhecimento do valor e da presença de cada sujeito.

Isto significa por exemplo que não se dá um trabalho a um paciente psiquiátrico como um resultado e um reconhecimento de que ele esteja melhor (um prêmio), nem como terapia, mas como uma condição preliminar para que possa estar melhor (um direito); e o ajudamos também a fazer e a viver o trabalho (...) Parece paradoxal mas não é: o “trabalho” é “terapêutico” se é o reconhecimento de um direito, não o é se é “técnica de tratamento”; no primeiro caso é o sujeito que realiza uma possibilidade

---

<sup>84</sup> Faz-me lembrar uma estagiária que precisava contar até 60, 100, 200, para esperar a resposta de um moço que, sem saber como pedir ajuda, se apresenta no CAPS para conversar. Sua paciência valeu a pena.

sua, no segundo é a instituição que “o decide” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 33-4).

Para tanto, certamente se faz necessário desconstruir o “manicômio mental” (PELBART, 2009). “Urge incendiar o manicômio que existe em cada operador [profissional de saúde mental], a lógica de exclusão que a prática pode perpetuar sem perceber (...) onde cada operador pode funcionar como um cadeado, como uma camisa-de-força, como um poderoso psicofármaco” (DELGADO, 1991, p. 17). Para o autor, a convivência entre os usuários, estes e os profissionais e a própria comunidade nos apartamentos de grupo e nas cooperativas estimula os movimentos de organização – interna e externa – dos usuários e permite, como discutido acima no filme *Dá para fazer*, o estabelecimento de uma relação menos alienada com o trabalho, permitindo o reconhecimento do justo valor da própria produção (DELGADO, 1991).

Vimos que a partir do momento em que dávamos uma resposta a um pobre internado, ele mudava completamente sua posição. Tornava-se não mais um louco, mas um homem com quem podíamos nos relacionar. Havíamos já entendido que a pessoa doente (...) necessitava ter um relacionamento humano com quem a tratava. Precisava ter respostas reais para seu ser. Precisava de dinheiro, de uma família e de tudo aquilo de que nós como médicos que os tratamos também precisamos. *Essa foi a nossa invenção. O doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades* (BASAGLIA, 1979, p. 17, grifo meu).

Talvez o que a experiência italiana mais tenha a nos ensinar é que, para romper com a inércia, com a hierarquização das relações, com os processos de objetivação que levam à exclusão, é preciso uma transformação das relações entre as pessoas e as instituições (BASAGLIA, 1985; NICÁCIO; AMARANTE; BARROS, 2005). Basaglia não propõe um novo modelo a ser reproduzido, mas uma postura crítica e uma disponibilidade afetiva para transformar as relações que estabelecemos com aqueles que sofrem psicicamente de uma forma intensa. A experiência italiana incluiu o saber médico-psicológico como parte das questões sociais, de modo que não se trata apenas de uma mudança no “local” da intervenção, mas sobretudo do confronto de saberes, relações de poder e modos de interação. Os itinerários de Franco Basaglia convidam sobretudo a “aprender a aprender”, negando as diversificadas formas de objetivação do homem, recusando a exclusão como resposta imutável e natural (NICÁCIO; AMARANTE; BARROS, 2005).

A ação terapêutica constrói-se, portanto, a partir de tensões e contradições, modificando o modo de trabalhar e de nos relacionarmos, por isso o serviço não pode

fixar-se “em um modelo estável, mas permanece dinâmico e em transformação. (...) o serviço territorial se configura como ator de mudança social, como propulsor de transformações concretas em nível local de mudança social nas instituições e na comunidade” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 50).

Para Colapietro (2014), os pilares do modelo basagliano são o trabalho, a casa e as relações. A relação terapêutica passa a ocupar-se de tudo o que faz parte da vida – questões econômicas, afetivas, jurídicas, relacionais, família, trabalho, vizinhança:

Se se trata de pensar que “a liberdade é terapêutica”, cada ato em liberdade pode ser terapêutico. Se se trata de desinstituir a doença como experiência que não é separável da existência, trata-se de valorizar, mais que o sintoma (sobre o qual se constrói a instituição), o conjunto de recursos positivos do serviço e da demanda (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 46).

Nos Centros de Saúde Mental, abertos 24 horas por dia, como não existe lista de espera ou agenda, as pessoas têm acesso quando quiserem e, por isso, as pessoas usam o centro também como espaço de encontro e vida cotidiana, não apenas serviço de saúde. Como as portas estão abertas, a interação e a convivência se fazem imediata e continuamente, em uma passagem da hospitalização para a hospitalidade (MEZINA, 2014). Neste sentido, boa parte do trabalho dos profissionais é desenvolvido no território, ajudando-os a viver com as pessoas na cidade (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Ao esforço cotidiano de abrir mão da função de controle social e tutela, não se trata em absoluto de renunciar a cuidar (LOBOSQUE, 2003; TENÓRIO, 2001; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

O problema não é a cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. E por isso a festa, a comunidade difusa, a reconversão contínua dos recursos institucionais, e por isso *solidariedade e afetividade se tornarão momentos e objetivos centrais na economia terapêutica (que é economia política)* que está inevitavelmente na articulação entre materialidade do espaço institucional e potencialidade dos recursos subjetivos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30, grifo meu).

O desafio, diz Basaglia (1979), é encontrar uma solução de vida para a pessoa, pois esta entrou em um manicômio porque foi rejeitada pela sociedade,

ao receber alta encontrará uma sociedade que não está absolutamente mudada. Então, essa sociedade mandará essa pessoa de volta para o manicômio. A pergunta final

levantava o seguinte problema: se a sociedade tivesse realmente mudado, se mudasse a lógica inerente a essa sociedade, o problema da doença mental, mudaria ou não? (BASAGLIA, 1979, p. 30).

O movimento italiano de desmantelamento do hospital psiquiátrico visava desmedicalizar o problema da loucura e, para isto, neste processo, mobilizou diretamente vários atores sociais, os pacientes, as famílias, a comunidade, a opinião pública (PASSOS, 2009).

Como afirma Venturini (2014), no paradigma italiano da desinstitucionalização, o caminho da emancipação não é uma trajetória reta, mas curva, marcada por surpresa, pelo inesperado, pela simplicidade e complexidade: para se opor à unicidade da lógica manicomial e do diagnóstico, é preciso recorrer à multiplicidade. A história no lugar do diagnóstico, pois este não coincide com a pessoa.

Estou de acordo que um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas uma coisa é importante: ele é um homem e tem necessidade de afeto, de dinheiro e de trabalho; é um homem total e nós devemos responder não à sua esquizofrenia mas ao seu ser social e político (BASAGLIA, 1979, p. 89).

Neste sentido, as pessoas com sofrimento psíquico não devem ser consertadas (MARIN, 2014), mas apoiadas no esforço para estabelecer novos propósitos e significações para a própria vida. Não se trata de recuperar um estado anterior, nem tampouco aceitar passivamente o “transtorno”. Neste sentido, *recovery* e *empowerment* estão interligados, em duas dimensões implicadas: uma social (o papel de todos e cada um de nós) e a dimensão subjetiva (o esforço do sujeito para se sentir melhor) (MARIN, 2014). Para tanto, é necessário não impor uma forma de tratamento, mas, acima de tudo, escutar e buscar compreender a pessoa. Ao estabelecer uma nova e diferente relação de poder, o objetivo é possibilitar que a pessoa possa exprimir-se subjetivamente. “Quando o velho, o jovem, a mulher, o negro, o doente têm a palavra, a relação muda, e quem possui o poder ou quem possui o papel do poder deve levar em conta a voz do outro” (BASAGLIA, 1979, p. 95). A experiência italiana busca transformar as relações entre os indivíduos, com base em práticas concretas no movimento de transformar as instituições (KINOSHITA, 2014b).

Para Marin (2014), no processo de *recovery*, trata-se de um amadurecimento gradual, de fragilidade para o reconhecimento de si como parte de uma comunidade e

o desenvolvimento da habilidade de ajudar outras pessoas. Destarte, o suporte entre pares faz parte integrante dos serviços italianos.

Descobriu-se que no interior das instituições, em especial das instituições psiquiátricas, um internado poderia ser terapeuta de outro internado, mais ainda que o médico. Então, a direção da organização passa do grupo dirigente à comunidade como um todo, isto é, todos participam da gestão da instituição. Surge assim, com a abertura do manicômio inglês, o primeiro conceito de comunidade terapêutica. Uma comunidade torna-se terapêutica porque tem em si princípios que levam a uma atividade comum, não se limitando somente ao chefe da instituição: o grupo cura-se a si próprio (BASAGLIA, 1979, p. 84).

Apesar de partir da experiência da comunidade terapêutica, Basaglia (1979, 1985, 1991, 2005) aponta os limites do modelo inglês e francês, que não colocaram de fato em questão o papel de controle do manicômio, pois, para o autor, o significado da psiquiatria não está no problema da cura do doente, mas no controle social do doente. Neste sentido, na proposta italiana, o trabalho deve se estender não apenas às pessoas em sofrimento psíquico intenso, mas a toda a população: “colocar a assistência psiquiátrica em conjunto com as organizações políticas que desejam a emancipação do povo” (BASAGLIA, 1979, p. 88). A novidade italiana, segundo Basaglia, é que é uma experiência proposta por técnicos, mas “tomada depois pelas forças políticas, que viram nessa proposta um conteúdo novo nas lutas pela emancipação do povo” (p. 92).

Tal proposta não pretende dar respostas planejadas (PASSOS, 2009), mas expor as contradições existentes na realidade (BASAGLIA, 1985, 2005), de modo que seja possível, como diz Scarcelli (2011), produzir uma mobilização criativa que faz circular as representações e propicia a simbolização, o que permite aberturas na instituição que se quer negar. O dilema que se impõe, já antecipado por Basaglia em uma das suas últimas reflexões públicas (PASSOS, 2009), é a importância de se construir um certo consenso em torno das mudanças conquistadas e a exigência de continuar se opondo ao poder constituído (idem), inclusive aquele criado pela própria experiência de desinstitucionalizar.

### **4.3 A experiência norte-americana de Soteria<sup>85</sup>**

Mosher e Hendrix (2004) contam a história do projeto Soteria, desenvolvido na Califórnia, entre 1971-83, criado para jovens recentemente diagnosticados como “esquizofrênicos” como uma alternativa para a internação em hospitais psiquiátricos,

---

<sup>85</sup> Agradeço a Roberto Tykanori a sugestão para conhecer esta experiência.

em uma orientação fenomenológica e interpessoal. Trata-se de um serviço residencial que ofereceu refúgio para estes jovens em um modelo cujo foco era o suporte ambiental e não um tratamento centrado no uso de psicotrópicos. Ao longo deste projeto, “a equipe aprendeu novos modos de se relacionar com as pessoas e desenvolveu a habilidade para se sintonizar com estados alterados de consciência, para compartilhar ao invés de reprimir estes estados” (MOSHER; HENDRIX, 2004, p. xviii, tradução livre).

Este modelo, baseado no potencial de transformação do sofrimento através de relacionamentos humanos, foi idealizado por Loren Mosher que dirigia o Centro de Esquizofrenia no National Institute of Mental Health<sup>86</sup>, principal instituição norte-americana para o financiamento de pesquisas no campo da saúde mental. Mosher afirma ter sido inspirado por psicanalistas pioneiros (Fromm-Reichmann, Sullivan), terapeutas que descreviam o crescimento através da psicose (Menninger, Perry), um grupo de “psiquiatras hereges” (Laing, Szasz), os autores da tese de que o desenvolvimento de um transtorno psiquiátrico é uma resposta a uma crise existencial [*life crisis*] (Brown, Birley); em uma tentativa de desenvolver um modelo alternativo de cuidado que visou testar a validade das críticas dos “antipsiquiatras” Laing, Cooper e Basaglia (MOSHER; HENDRIX, 2004). Diferente de outros serviços residenciais, o projeto Soteria oferecia não um espaço pós-hospitalização, mas uma alternativa mesmo à hospitalização, tendo duas principais características como diferenciais: a) não uso (ou o menor possível, mas preferencialmente nenhum uso) de neurolépticos; e b) uma equipe de não-profissionais de saúde responsável pelo tratamento primário, embora os administradores e pesquisadores tivessem formação no campo da saúde mental (MOSHER; HENDRIX, 2004).

O projeto Soteria se posicionava contra a visão dominante da loucura como doença que necessita de cura em um hospital psiquiátrico com drogas prescritas por médicos e, apesar de ter sido encerrado em 1983 por falta de financiamento<sup>87</sup>, tem inspirado vários projetos na Europa, em especial, Suíça, Alemanha, Noruega, Dinamarca e Suécia. Os autores consideram que as dificuldades de financiamento,

---

<sup>86</sup> Em seu site oficial, o NIMH apresenta-se como o maior financiador do mundo em pesquisas no campo da saúde mental (<http://www.nimh.nih.gov>).

<sup>87</sup> Voyce reflete sobre seu esforço para que estudos sobre terapias psicossociais fossem financiados: “entre os anos 1968 e 1975, durante uma era de importantes orçamentos para pesquisa, o apoio do National Institute of Mental Health para estudos biológicos da “esquizofrenia” aumentou cerca de 300 por cento. Minha tentativa para diminuir este tipo de estudo falhou miseravelmente” (MOSHER & HENDRIX, 2004, p. 304, tradução livre).

presentes ao longo de todo o projeto, se devem, sobretudo, à resistência às premissas do modelo proposto: desmedicalizar a loucura, desinstitucionalizar e “desprofissionalizar”, em uma forma de cuidar, a partir das relações interpessoais, ao invés de utilizar neurolépticos, posto que “reduzir sintomas de comportamentos perturbados e perturbadores não produz reintegração. Simplesmente silencia o incômodo” (MOSHER; HENDRIX, 2004, p. 277, tradução livre).

A premissa deste trabalho é que a experiência psicótica, frequentemente vista como irracional, se tratada de um modo aberto e não preconceituoso, pode ser compreensível e válida; e a experiência de desintegração psicótica é vista como potencialidade para a reintegração, para o crescimento pessoal. A experiência psicótica – seja na forma de irracionalidade, terror, experiências místicas, alucinatórias e/ou delirantes – não é vista como inválida, não-humana ou, sintomas de uma doença. O mito da “doença mental” (SZASZ, 1977) é rejeitado, de modo que a resposta da equipe a esta experiência é estar com, tolerando, interagindo e mesmo apreciando-a (MOSHER; HENDRIX, 2004).

O objetivo do projeto foi pesquisar se este modo de cuidar seria tão ou mais eficaz do que as internações baseadas no uso de neurolépticos, sem os efeitos colaterais, inclusive a longo prazo, dos medicamentos (MOSHER; HENDRIX, 2004). Na casa, havia até 06 residentes por vez, cerca de 125 ao longo de sua existência, permanecendo por cerca de três a seis meses, com uma equipe de sete membros, um diretor, um psiquiatra e voluntários, incluindo ex-residentes.

A equipe não-profissional tinha por objetivo prover um ambiente social simples, familiar, seguro, terno, de apoio, tolerante e não intrusivo (...) A equipe de Soteria acreditava que envolvimento humano sincero e compreensão eram atitudes críticas para interações curativas (MOSHER; HENDRIX, 2004, p. 7, tradução livre).

A utilização de pessoas sem uma formação profissional no campo da saúde mental para lidar com pessoas com diagnóstico de “esquizofrenia”, afirmam os autores, não era exatamente uma novidade. Duas principais razões levaram a esta escolha: por não terem teorias preconcebidas, as pessoas estavam mais livres para seguir respostas mais espontâneas em sua relação com sujeitos tidos como psicóticos; e profissionais de saúde usam com frequência seu conhecimento teórico de forma defensiva quando confrontados, em um *setting* não-estruturado, com comportamentos que provocam ansiedade. Esta equipe conseguia se relacionar com a insanidade, que

para eles era compreensível e raramente ameaçadora. Apesar de receber treinamento e supervisão, a equipe era responsável por importantes e rápidas decisões e este processo de empoderamento funcionava para a equipe e para os residentes. Em seu treinamento e na sua atuação, a equipe foi aprendendo a importância de reconhecer os próprios limites e não se exigir mais do que o suportável, afinal cada pessoa tem um nível de tolerância para lidar com determinada situação ou residente.

Os autores afirmam que, em Soteria, uma sessão terapêutica pode durar entre 10 minutos a 3 semanas, “já que, em nossa experiência, a psicose não se encaixa bem em sessões de 50 minutos” (MOSHER; HENDRIX, 2004, p. 47, tradução livre). Se este limite não é respeitado, o nível de tensão cresce e inicia-se um processo de disputas e desentendimentos entre a equipe e esta e os residentes. Segundo os autores, a ausência de um modelo teórico e procedimentos (protocolos, manuais ou hierarquia) a serem seguidos, se, por um lado, aumenta potencialmente o estresse, a insegurança e conflito; por outro, permite a criação de estratégias variadas e únicas para os residentes e desenvolvidas diferentemente por cada membro da equipe. Há um incentivo para que cada membro da equipe seja reconhecido por seus talentos e habilidades próprias e não se espera que uma pessoa possa dar conta de tudo, desenvolvendo relações solidárias e de apoio entre as pessoas da equipe (MOSHER; HENDRIX, 2004). Além dos voluntários, que permitiam que a equipe tivesse algum tempo para relaxar, a ajuda entre os residentes também era uma fonte de cuidado, permitindo a construção de relações recíprocas de apoio.

As responsabilidades para o cuidado e a manutenção da casa eram divididas com a equipe e os residentes, embora não se esperasse que pessoas que não estavam bem pudessem cumprir com suas tarefas. Havia pouquíssimas prescrições/proibições (drogas ilegais, violência, visitas de pessoas estranhas sem o acordo anterior dos residentes e sexo entre residentes e equipe, de modo a “alcançar o máximo de proximidade interpessoal sem intimidade inapropriada”, p. 227) e a equipe era selecionada, treinada e incentivada a fazer atividades cotidianas com os residentes (arte, música, massagem, passeios, etc), enfatizando a tolerância, a igualdade, o respeito, a individualidade, sem grandes exigências de conformidade: “um aspecto crucial desta atitude é a posição de que a equipe não está *certa*, que eles não tem *a resposta*” (MOSHER; HENDRIX, 2004, p. 13, tradução livre).

Os residentes eram estimulados a participar das atividades, mas nunca forçados: seu desejo de participar e seu medo de fazê-lo eram respeitados. A equipe

era treinada para *estar com* no sentido de tentar colocar a si mesmos na situação da pessoa em crise, no lugar de tentar interromper ou suprimir sua experiência.

Se você tratar as pessoas com dignidade e respeito e desejar entender o que está acontecendo, desejar estar na pele do outro, você pode fazê-lo. E isto não requer um treinamento muito especial para desenvolver esta habilidade. O que é preciso é atitude, interesse, intensidade e boa vontade para suspender sua própria realidade e não se preocupar com isso (MOSHER & HENDRIX, 2004, p. 33, tradução livre).

Segundo os autores, nos hospitais, as técnicas, regras e procedimentos atrapalham ou mesmo impedem as interações da equipe com os pacientes. Nos centros de reabilitação, após internação, as interações da equipe com os pacientes são marcadamente temporárias e tutoriais/pedagógicas. Diferentemente, em Soteria, as relações são equitativas e potencialmente permanentes, sendo um de seus principais objetivos ajudar as pessoas a estabelecer relacionamentos estáveis e duradouros. Havia uma atmosfera não-técnica e não-médica na casa. Uma diferença que facilita o estabelecimento de relações mais horizontalizadas em Soteria é que as tarefas entre os residentes e a equipe são pouco delimitadas. Com frequência, os residentes que se “formaram” (não utilizam o termo receber alta) se mudam para a mesma vizinhança e mantêm um contato próximo com a comunidade que os ajudou em Soteria. Além disso, vários ex-residentes se tornaram voluntários ou foram contratados como parte da equipe (MOSHER; HENDRIX, 2004).

Para os autores, a rede social ideal para os ex-residentes combina familiares, amigos de Soteria e outros contatos na comunidade e, neste sentido, por um lado, inicialmente os relacionamentos em Soteria são estimulados, enquanto estratégia fundamental para permitir que a experiência de crise se transforme em crescimento e fortalecimento pessoal, e, posteriormente, é incentivada e apoiada a construção de relações fora da casa<sup>88</sup>. “Sem envolvimento interpessoal, resta à pessoa apenas material intrapessoal como guia para a mudança” (MOSHER; HENDRIX, 2004, p. 72, tradução livre), o que destaca o valor da convivência enquanto forma de cuidado que se desenvolve, fundamentalmente, através da interpessoalidade. Os autores exemplificam narrando o percurso de Howard que chega em Soteria, encaminhado por um hospital, por estar barulhento e fora de controle, apesar de medicado:

---

<sup>88</sup> A equipe também fazia um importante esforço para manter boas relações com a vizinhança. Em um exemplo, os autores contam que uma garçonete, de um restaurante nas redondezas, ligou para Soteria e pediu ajuda, pois um dos residentes estava confuso e gritando e ela não gostaria de ligar para a polícia.

Em três dias, Howard estava sem qualquer medicação. As três semanas seguintes foram difíceis durante o dia, mas enquanto ele dormia pesadamente à noite, a comunidade tinha a chance de se recuperar. Este padrão durou por aproximadamente três semanas antes de começar a diminuir para o que ele descreveu como “meu normal hiperativo self”. Howard gradualmente reconstituiu a si mesmo. Depois de seis semanas em Soteria, ele encontrou um emprego (...) e se mudou para uma casa três quadras distante. Depois de viver em Soteria por três meses, ele retornou como um voluntário regular, uma posição que manteve até a casa fechar. Através da influência de Howard, seu empregador contratou muitos residentes de Soteria (MOSHER; HENDRIX, 2004, p. 90, tradução livre).

Alguns rituais foram construídos: festas para aqueles que estavam indo embora; a comunidade (inclusive ex-residentes) ajudavam a pessoa a encontrar um lugar para ficar, lidar com as questões práticas (aluguel, documentos, mobília); com frequência, residentes se mudavam com outros residentes ou ex-residentes; às vezes, era necessário ajuda na transição e um membro da comunidade de Soteria morava temporariamente com o residente que acabou de sair; o contato – telefônico e visitas – entre equipe e ex-residentes era mantido (MOSHER; HENDRIX, 2004). Para os autores, esta rede social, acessível e tolerante, foi responsável, em larga medida, pelos melhores resultados, dois anos depois, das pessoas que saíram de Soteria em comparação com aquelas que saíram de internações psiquiátricas: conseguiam emprego, iam para escola, faziam e mantinham amizades, enfim, estavam melhor integrados ao espaço social.

Para Mosher e Hendrix (2004), as qualidades que fizeram o ambiente em Soteria um poderoso espaço terapêutico foram: o não interesse por procedimentos formais; a visão compartilhada de que a psicose pode ser uma experiência positiva de aprendizagem e, portanto, a experiência psicótica era aceita como um estado diferenciado do ser que pode ser entendido e seus sentidos compartilhados através da convivência, do *estar com*; por consequência, o comportamento “louco” era aceito e não controlado (com exceção de situações de risco); a equipe não tinha diferentes tarefas a cumprir, sua função primordial era *estar com* os residentes em seus momentos de desorganização; e a evitação de um jargão técnico por parte da equipe e dos residentes.

A equipe não estava lá para tratar ou curar, mas para *estar com*, de forma o mais normal possível dadas as circunstâncias, sem julgar, classificar ou invalidar a experiência, em uma abordagem fenomenológica interpessoal. Durante as primeiras seis semanas, os residentes não tomavam neurolépticos e, após esse período, o

progresso de cada residente era avaliado. Caso não houvesse ocorrido melhoras e se o residente, a equipe e o psiquiatra supervisor concordassem, era feita uma tentativa de tratamento com medicamentos, pelo menor tempo possível e a menor dose possível. O foco estava na qualidade dos relacionamentos e não em intervenções terapêuticas ou aprendizagem de habilidades da vida diária (MOSHER; HENDRIX, 2004). Ao narrar o caso de Deirdre, os autores afirmam que “doze semanas de medicação em uma internação psiquiátrica não ajudou Deirdre de forma alguma; depois de um tempo semelhante em Soteria, com apoio de sua família, ela emergiu saudável e capaz de viver, de forma efetiva e responsável, por si mesma” (MOSHER; HENDRIX, 2004, p. 44, tradução livre).

*Estar com* implicava em aceitar e tolerar estados alterados de consciência e de comportamentos estranhos, inclusive, permitindo a expressão da agressividade no limite do possível, em um esforço para sintonizar-se com a experiência da pessoa, ao invés de apenas reprimi-la. Por conhecer as pessoas, através da convivência na casa, a agressividade é mais facilmente compreendida e articulada com a história e necessidades do residente e, em diversas circunstâncias, é possível antevê-la e previni-la (MOSHER; HENDRIX, 2004). Para os autores, a pouca frequência de comportamento agressivo em Soteria - comparada com a experiência dos mesmos em internações psiquiátricas – deve-se, primordialmente, a três fatores: as pessoas em Soteria não eram obrigadas a fazer o que não queriam; elas não eram obrigadas a tomar medicação nem eram contidas; e o fato de que irromper em violência física traria impacto nas importantes relações interpessoais estabelecidas na casa.

Uma outra estratégia utilizada, agora com pessoas de comportamento retraído e com dificuldade de expressar-se através de palavras, era propor atividades em que a pessoa não seria obrigada a falar: passear, ver um filme, fazer algo juntos... Especialmente com pessoas em momentos regredidos, o contato físico revelava-se particularmente importante: o toque funcionava como uma forma de comunicação. No entanto, estas estratégias não eram procedimentos protocolares, outrossim, um esforço de encontrar formas de *estar com* que combinassem genuíno interesse pela pessoa e uma postura responsável em relação à casa como um todo (MOSHER; HENDRIX, 2004).

O *estar com* é entendido como o modo básico do processo em Soteria. Por considerar que o processo de recuperação implica em um alternância entre períodos de quase sanidade e intensos momentos psicóticos, *estar com*, no sentido de não

apenas estar no mesmo espaço, mas compartilhar afetivamente a experiência, era o modo de cuidar em Soteria (MOSHER; HENDRIX, 2004). Como em algumas circunstâncias *estar com* significa ficar por várias horas com uma pessoa profundamente desorganizada, era importante que a equipe pudesse expressar e compartilhar entre si seus sentimentos, inquietações e incômodos, pois o cansaço leva a uma menor tolerância. No *estar com*, mais do que julgar ou interpretar, estava presente o esforço para acompanhar o processo de cada pessoa, fazendo, às vezes coisas bizarras juntos, não questionando suas fantasias e delírios – “eu não disse sim eu sou ou não eu não sou. Neste momento eu estava principalmente ouvindo. Ele não estava perguntando se eu era seu pai, ele estava dizendo que eu era” (p. 176), buscando entender as necessidades da pessoa em crise, através de uma fenomenologia interpessoal (MOSHER; HENDRIX, 2004).

Os autores entendem o processo de *estar com* em três estágios, que não são completamente separados, nem sempre acontecem ou podem se manifestar em diferentes sequências: a) durante a crise, vincular para oferecer o cuidado básico, oferecendo aceitação e suporte; b) ajudar a pessoa em seu processo de reconstituição de si, através da oferta de diferentes possibilidades de atividades em relações simétricas; c) ajudá-lo a expandir suas fronteiras relacionais, inclusive fora de Soteria.

Os principais resultados desta experiência mostram: a) a eficácia de um modelo não médico para o cuidado de pessoas experienciando sintomas conhecidos como psicóticos; b) este modelo é sustentado por um ambiente de apoio, envolvimento, espontaneidade, tolerância, legitimação da experiência psicótica dos residentes e baixos níveis de controle por parte da equipe, sem a necessidade de contenções físicas ou químicas; c) este modelo, a partir de uma orientação fenomenológica interpessoal, faz um esforço para não teorizar ou interpretar, de modo que as intervenções são construídas a partir das interações contínuas entre os residentes e a equipe; d) a eficácia deste projeto baseado em processos psicossociais em seis semanas (resultados comparáveis com a internação psiquiátrica, mas sem o prejuízo da utilização dos neurolépticos) e após dois anos (melhores resultados, se comparados com o grupo controle da internação psiquiátrica, tanto em relação à necessidade de rehospitalização como na vida independente, trabalho e funcionamento social).

Mosher e Hendrix (2004) defendem que o principal fator de sucesso na experiência de Soteria é a qualidade dos relacionamentos estabelecidos: uma atitude

empática e tolerante associada a expectativas positivas, no sentido de que, a partir da produção de sentidos para a experiência psicótica, é possível uma recuperação e crescimento pessoal.

Em Soteria, as pessoas consideradas “esquizofrênicas” eram valorizadas, legitimadas, assistidas e empoderadas. Elas se engajavam em relacionamentos reais com pessoas cuidadosas em um subsistema social recíproco e sem julgamento através da orientação de uma rede social estendida e baseada em pares (MOSHER; HENDRIX, 2004, p. 279, tradução livre).

#### **4.4 A experiência brasileira**

Um passeio na cidade, sem sentir-se encurralado por ela, criando a cidade que, no entanto, já existe. Não é esta a aposta que está colocada para todo aquele que não quer apenas sobreviver, mas viver com sentido e intensidade?”  
(CROMBERG, 1997, p. 166).

Neste tópico, o objetivo é continuar na busca pela caracterização da convivência enquanto dispositivo de cuidado, em sua dimensão clínica, agora aprendendo com algumas experiências brasileiras em diferentes dispositivos e serviços de saúde mental: acompanhamento terapêutico (AT), Centros de Convivência, programas de moradia, atenção básica, projetos de extensão universitária... O acompanhamento terapêutico e os Centros de Convivência são os dispositivos que mais claramente utilizam a convivência como estratégia demarcadamente clínica, no primeiro caso, e pronunciadamente política, no segundo. O acompanhamento terapêutico, por fazer do cotidiano matéria do trabalho clínico e por um tipo de relação especial que se estabelece entre o acompanhante e o acompanhado, parece-me ser o dispositivo que melhor desvela, na atualidade, o potencial clínico da convivência no campo da saúde mental. No entanto, a convivência, tal como está sendo caracterizada, diferencia-se do AT, por exemplo, por sua dimensão não apenas dual, mas coletiva.

Já em relação aos Centros de Convivência, como levar a lógica de funcionamento dos Centros de Convivência para o CAPS para ajudar a combater a institucionalização e burocratização?

##### **4.4.1 Centro de Convivência: também um espaço de cuidado e acolhimento à crise?**

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), o

Centro de Convivência é uma unidade pública, articulada às redes de atenção à saúde, particularmente à rede de atenção psicossocial (RAPS), que objetiva oferecer à população espaços de troca social e de intervenção e produção na cidade e na cultura. Por visar a construção de espaços de convivência que sustentem e acolham as diferenças na comunidade são considerados estratégicos<sup>89</sup> para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2011b).

Marazina (1997), frente à necessidade de espaços que articulem o terapêutico com o cotidiano e a vida social dos usuários, afirma que dois dispositivos, em especial, chamam sua atenção: o espaço de convivência que faz parte do cotidiano do NAPS e os centros de convivência. Em sua experiência, a autora foi percebendo que

as equipes que trabalham nesses estabelecimentos se angustiam muitíssimo diante da possibilidade de conviver com os pacientes. Isso pode parecer meio absurdo, afinal como pode ser? Passamos o dia inteiro na instituição com os pacientes, fazendo coisas com eles e *nos desorganizamos diante da convivência*? No entanto, é claro que esse espaço gera muitas resistências. Para os profissionais, quando se trata de medicar, interpretar, fazer entrevistas, oficinas, etc., está perfeito; agora, quando não há essa referência mais codificada (que pode ser um setting dado desde fora ou desde dentro) e quando não se fornece um modo de ser, um continente dentro de um vínculo codificado, o jogo vincular com o paciente torna-se ameaçador (p. 167, grifo meu).

De minha parte, concordando sem sombra de dúvida com a autora a respeito das resistências que a convivência, por não ser codificada, produz nos profissionais, penso que justamente porque não está codificado é que potencialmente fica facilitado – se vencidas nossas resistências e temores – a criação de um espaço para o outro em mim na convivência.

Marazina (1997) reflete sobre dois diferentes espaços que têm a convivência como base. O espaço de convivência do NAPS<sup>90</sup> e os Centros de Convivência. O espaço de convivência é um lugar onde nenhum procedimento terapêutico específico tem lugar, “em instituições como os Naps, durante uma boa parte do tempo os pacientes não estão sendo objetos de algum processo. A meu ver, isto coloca uma situação “do fora” dentro da instituição” (p. 170). Mas a equipe se angustia: como

---

<sup>89</sup> Apesar de considerado dispositivo estratégico, não há muito apoio e incentivo – apenas pontuais - do Ministério da Saúde para a construção dos Centros de Convivência. A portaria 396 de 07 de julho de 2005 que tratava sobre os centros e sua implementação foi revogada.

<sup>90</sup> O relato da autora está vinculado à experiência santista, nossa primeira experiência de desinstitucionalização no Brasil.

organizar, o que fazer, os pacientes não estão vindo, o que respondo se perguntam sobre minha vida...

A autora faz uma análise muito interessante dos impasses na convivência que surgem com a equipe. Considera que entre os auxiliares e os usuários há uma convivência mais íntima, pois o universo cultural é mais próximo: “eles são como o vizinho, o amigo, o parente; dessa forma, conseguem ter uma percepção do paciente que está muito mais perto da sua própria representação” (p. 171). Por outro lado, questões defensivas surgem de um estilo autoritário bastante próprio da formação dos profissionais de saúde, o que comparece através, por exemplo, da infantilização dos pacientes, “perdendo de vista o seu estatuto de adulto e, sobretudo, de adulto sexualizado” (p. 171)<sup>91</sup>. Já entre os técnicos, a autora sinaliza que a aproximação para a convivência é mais difícil, pois “os técnicos normalmente não se aproximariam desses pacientes como pessoas se não fosse pelo trabalho” (p. 171).

Em relação aos Centros de Convivência, Marazina (1997) os toma como o “dispositivo mais criativo que o projeto de Saúde Mental instituiu” (p. 172). A ideia era construir um espaço no qual pessoas com variados tipos de diferença pudessem transitar. De novo, em suas supervisões, surge a angústia de ocupar o tempo – agora com oficinas diversas – de modo que, apesar de haver possibilidades de encontro, “existia um grande controle sobre a possibilidade de trânsitos mais espontâneos” (p. 172). Os técnicos se queixavam da dependência dos usuários, mas “eles próprios organizavam o espaço de maneira que não houvesse tempo livre; o trânsito das pessoas ficava praticamente obturado nesses lugares, exatamente onde poderiam conviver sem fazer algo de muito especial” (p. 173). A autora compara com uma dona de casa que não desfruta a festa – e incomoda seus convidados – por estar tão ocupada e preocupada que tudo saia bem.

O esforço com esta equipe, a partir da supervisão da autora, foi no sentido de criar condições para que as pessoas pudessem se encontrar – fazendo do Centro, de fato, um espaço de convivência – e que a equipe pudesse ser uma facilitadora desses encontros.

---

<sup>91</sup> Uma das profissionais em um dos CAPS indignam meus alunos que se surpreendem com seus julgamentos morais (“temos que despachá-la do meu grupo, pois ela manipula”, “esse é o grupo dos retardados” e assim por diante...). Sem em nada concordar com seus julgamentos que apenas atestam o déficit de nossa formação, convido meus alunos a perceberem que, apesar das nefastas consequências para a convivência desta postura, esta pessoa é referência para vários usuários que se sentem mais à vontade para conversar e desabafar e a escolhem entre todos os outros profissionais.

Nesta mesma direção, Galletti (2013) discute a experiência da política de inclusão social através dos Centros de Convivência e Cooperativa – Ceccos da cidade de São Paulo. A experiência coletiva e compartilhada se concretiza a partir de novas formas de trabalho coletivo e de vida em comum.

O cidadão moderno é um ser isolado na cidade, na rua, em casa, e se protege com uma carapaça de indiferença como estratégia de sobrevivência para suportar o esgotamento provocado pelo individualismo exacerbado. Fenômenos tais como a globalização, o consumo desenfreado e principalmente a velocidade da informação são marcas definidoras da cultura contemporânea. O avanço da informatização nos últimos anos e o surgimento da internet obrigam-nos a repensar a noção de encontro e os desdobramentos subjetivos provocados por essa experimentação virtual que faz da própria tecnologia o meio ambiente, esfumando a noção de lugar, de corpo e mesmo de encontro. Nesse sentido, as chamadas políticas de inclusão/integração orientadas para a diminuição das desigualdades sociais devem estar atentas a esses novos modos de subjetivação do contemporâneo (GALLETTI, 2013, p. 160).

O autor aponta o desafio de criar novas estruturas sociais que sejam capazes de comportar, ao mesmo tempo, a complexidade contemporânea e a situação de exclusão social vivenciada no campo da saúde mental. Neste sentido, o Centro de Convivência tem como finalidade potencializar o objetivo de desterritorialização, pois seu caráter é intersetorial: “insere a cultura na saúde, a saúde nas áreas verdes, a ecologia nos esportes, num projeto transversal de inclusão, de convivência e de criação” (GALLETTI, 2013, p. 161).

A ideia, desde o início, foi conectar pessoas - e não patologias – através do lazer, trabalho, esporte e arte. Diferente de outros serviços de saúde que ainda estruturam – de forma mais ou menos deliberada – suas ações em torno do modelo biomédico de patologia (GOULART, 2013), a criação dos Ceccos representou um projeto de produção de saúde no encontro com a cultura, atuando, de fato, no território (GALLETTI, 2013). Cada projeto no Cecco é um articulador de criação e ação, de modo que as oficinas – “nossa tecnologia de convívio social” (p. 163) – funcionam através de um permanente e idiossincrático diálogo com o fora da instituição, que visa conectar o serviço com o território. Neste sentido, o Cecco não ocupa uma posição de centro, mas, ao contrário, transita por diversos territórios – a rua, a arte, a cidade. Este projeto tem como principais articuladores a convivência e o trabalho afetivo na constituição de redes:

Mas aqui eu também quero colocar um operador de prudência quando falamos em constituição de redes: nestes tempos de globalização, de alto nível de informatização, cuja rede hegemônica é a do capital, geradora de desvinculação social, a rede que temos afirmado no Cecco é outra, é uma *rede de resistência e criação*, aquela na qual as experiências sociais podem se multiplicar, por onde crescem os saberes espontâneos, rede de produção de novas associações e sociabilidade, de comunidade, de solidariedade, de afirmação diferencial, uma rede de resistência às formas de homogeneização do *socius*, a qual procura criar aberturas para processos heterogênicos que afirmem novos modos de convívio (GALLETTI, 2013, p. 163, grifo meu).

Para o autor, o Centro de Convivência é caracterizado como um dispositivo político da atenção à saúde mental, pois é um campo de encontro com a alteridade, onde se pode experimentar a distância que nos diferencia, sem colidir: “podemos encontrar polidez, delicadeza, gentileza, suavidade, ao mesmo tempo que separação, vai e vem, sobrevoo, contaminação, envelopamento, ressonâncias entre alteridades, qualidades que sabemos caras para o trabalho nos Ceccos” (GALLETTI, 2013, p. 164). O autor ainda salienta que esta nova forma de fazer clínica que não se separa do social, afeta também os profissionais que são convocados a ocupar outros modos de subjetivação na clínica e assumirem diferentes papéis.

Lobosque (2001) chama a atenção para os estigmas que a psicopatologia atribui aos psicóticos, como a inércia, limitações, empobrecimento psíquico. Estes traços, continua Lobosque (2001), ora criados ora intensificados pela cronificação institucional, dizem respeito também ao sujeito. Neste sentido, o tratamento pós-crise “não pode consistir simplesmente em manter um alívio sintomatológico aos usuários: deve oferecer-lhes chances de reconstruir suas vidas e seus lugares na cidade” (p. 27). Os Centros de Convivência surgem como dispositivo indispensável na busca deste objetivo:

Aos pacientes que não mais se encontram em crise intensa, pode-se pois oferecer a opção do Centro de Convivência – não para “ficar lá” na falta de outro lugar, mas para dirigir-se a esta ou aquela atividade de sua escolha; não porque “estão sem fazer nada”, mas porque sustentam o desejo e encontram-se uns com os outros, e com outras pessoas: vão ao cinema ou participam de uma reunião; deparam-se com algumas oportunidades, e criam outras tantas – sem qualquer necessidade de uma “babá psi” para guiar-lhes os passos ou ensinar-lhes a vida (LOBOSQUE, 2001, p. 28).

Desta feita, está presente uma dimensão que é singular: é preciso, com cada um, descobrir possibilidades de sentido, onde se vive. A noção básica é a de que a convivência é um dispositivo que facilita/propicia/permite no estar com resgatar esta dimensão, estar mais atento a ela. A questão primordial deste trabalho é como

introduzir esta lógica no interior do CAPS e transformá-la em dispositivo político-ético-clínico de cuidado. Não para sermos “babá psi”, mas para exercer a “função bá” do cuidado<sup>92</sup> (Lancetti, 2008) e também acolhermos a crise.

Ribeiro e Campos (2001), ao apresentar a criação de um Centro de Convivência no processo de desinstitucionalização em Campinas, afirmam que esta experiência tem permitido resgatar a crença na convivência solidária entre os homens: “um corpo estável, de usuários-trabalhadores, sustenta a ideia e o sonho de agenciar a convivência tão escondida, perdida ou até esquecida em nossa sociedade atual” (p. 157). As autoras descrevem várias atividades (artes plásticas, artes cênicas, o Clube dos Saberes, a biblioteca, a agência de turismo, o jornal Candura...) e seus efeitos na transformação na vida cotidiana das pessoas que frequentam o Centro. Foi feita uma aposta no lazer como processo de reabilitação psicossocial, a partir da experiência de organizar e realizar viagens, em parceria com o Centro de Saúde e, portanto, construindo a oportunidade de convivência com outras pessoas da comunidade:

vários tabus foram derrubados nesses encontros – moradores da comunidade indo ao Cândido, para organizarem, junto com os pacientes, a viagem; descobrir reações semelhantes entre os moradores da comunidade de Sousas [Centro de Saúde] e do Cândido, diante de uma obra de arte em visita à Pinacoteca do Estado, motivando uma conversa sobre sua vida na infância; a solidariedade e o respeito presentes e não apenas o olhar de compaixão ou medo e, enfim, que lazer é um direito e pode ser viabilizado (p.165).

Radicchi (2009), ao narrar a experiência do único Centro de Convivência em saúde mental no DF, destaca justamente como, através da convivência e da produção coletiva em oficinas abertas, resultados clínicos insuspeitados são alcançados. A autora descreve os efeitos terapêuticos da convivência como possibilidades de encontros e de estar no mundo: a cooperação e a solidariedade transformando a Inverso em uma “oficina de relações sociais, trazendo o sujeito para o convívio social, lhe oferecendo a oportunidade de exercício das trocas comuns do dia-a-dia” (p. 190). Além da criação de um espaço de pertencimento e a ampliação do território existencial e social do sujeito, através da convivência também tem sido possível evitar e manejar crises.

Para a autora, é precisamente no contato direto e cotidiano com as pessoas que as interações têm sido evitadas e as crises acolhidas, pois os vínculos são construídos

---

<sup>92</sup> Lancetti (2008) chama função-bá a disposição para cuidar, sustentando, sem desistir, um tratamento mesmo sabendo que uma nova recaída ou um novo abandono podem acontecer.

de forma intensa e legítima e se tornam referência para o sujeito. “Buscamos na convivência, na legitimidade da fala e ações do sujeito e no trabalho em grupo uma forma de acolher o sujeito e fugir da reprodução do modelo asilar” (p. 195). O objetivo não é ser um espaço para acolhimento das crises, as pessoas não são “encaminhadas” em crise, mas pelo simples-complexo fato de que convivemos as crises são acompanhadas.

Em larga medida, a participação dos meus alunos e meu envolvimento com este Centro de Convivência no Distrito Federal, através do PRISME, deu origem ao tema desta pesquisa. Pudemos (os alunos e eu) participar de uma experiência de convivência que produziu (e produz) resultados terapêuticos inesperados. Por estar convivendo, vivenciamos as mais diversas situações de intenso sofrimento. Acolhemos dores, vozes, angústia e sofrimento com a disposição afetiva de *estar com*. “Assim, estar com o outro consiste em intervenção clínica em si (...) permitindo novos posicionamentos existenciais” (BRAGA; COSTA, 2013, p. 7). Em supervisão, criamos uma nova oficina, pensando em um único participante que estava em profundo sofrimento. Esta oficina, pensada e concretizada ‘sob medida’, ajudou Hugo<sup>93</sup> a enfrentar sua crise existencial sem precisar se internar. Na convivência, construímos com Sandra, que inicialmente era reconhecida por seus familiares e pares como alguém incapaz para qualquer atividade da vida cotidiana, possibilidades de vida: fazer sua própria comida e surpreender a família com uma sobremesa que ninguém a julgava capaz de fazer, produzir e vender seu artesanato, vender produtos de revista, ser capaz de dizer não, se tornar monitora de uma oficina...

Faz parte do desafio acolher e vivenciar também as dificuldades, brigas e impasses da convivência :

tanto os momentos de harmonia, alegria e conforto, quanto os momentos de intrigas e conflitos constituem a convivência. Tentar negar e apaziguar tais conflitos em busca de um conforto situacional pode significar uma regressão ao modelo repressivo e excludente dos manicômios, cuja ação é voltada para se atingir a adaptação passiva do sujeito às normas institucionais e da ordem social (NISHIKAWA, 2012, p. 43).

Em um espaço de convivência igualitária, os conflitos podem encontrar um lugar de expressão e a possibilidade de produção de sentido. Limites e regras fazem parte da convivência, em qualquer dimensão do espaço social (profissional, familiar,

---

<sup>93</sup> Nomes fictícios.

vizinhança...), mas na dinâmica de funcionamento da Inverso estas regras são produzidas a partir do movimento do grupo de participantes (NISHIKAWA, 2012).

A partir de minhas vivências como graduando<sup>94</sup> em psicologia naquele espaço, confesso que em vários momentos, chegava a ser difícil manter-se em tal posição. Hoje sinto que no momento da convivência, me desprendo deste papel, e coloco-me à disposição como pessoa também. Lembro-me de algumas ocasiões em que alguns visitantes custavam a descobrir que eu era aluno de psicologia, confundiam-me com um frequentador. O que não deixa de ser verdade, pois todos (usuários, alunos, profissionais) somos frequentadores da Inverso. E nas experiências passadas neste centro, vejo o quanto esta tomada de posição, na medida em que tornam as relações mais horizontais, potencializa a convivência. Então ali, a convivência não se dá entre doenças, diagnósticos, técnicos e técnicas; mas, sobretudo, entre pessoas (NISHIKAWA, 2012, p. 65).

Pensar a convivência como dispositivo desinstitucionalizante de cuidado nos surgiu de forma, ao mesmo tempo, recíproca e particular: para este trabalho, o tema da convivência surge, especialmente, a partir do confronto entre a experiência em diferentes espaços e os diferentes papéis que assumo no campo da saúde mental, conforme problematizado na introdução, e para Nishikawa, em sua monografia de conclusão de curso, a partir da sua inserção na oficina de mosaico na Inverso.

Através de sua experiência como aluno extensionista, Nishikawa (2012) vivenciou a potencialidade desinstitucionalizante da convivência. A partir disso, foi produzida uma monografia de conclusão de curso em Psicologia em que, para enriquecer a produção de conhecimento sobre o fenômeno da convivência, foi delineada uma pesquisa-ação qualitativa. Nesse delineamento, o pesquisador engajou-se ativamente na realidade social da oficina de mosaico oferecida pela Inverso, onde participou diretamente do processo de construção diária da convivência<sup>95</sup>. O objetivo principal dessa pesquisa foi o de articular o fenômeno da convivência em saúde mental ao dispositivo de desinstitucionalização.

A convivência se configura como um movimento dialético na relação com o outro; uma relação recíproca. Por vezes, somente o estar junto com ou fazer algo juntos, com ou sem uma proposta terapêutica formalizada, revela um importante potencial no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico (NISHIKAWA, 2012, p. 44).

---

<sup>94</sup> Nishikawa foi aluno extensionista do PRISME neste Centro de Convivência por dois anos e este trabalho aqui citado é sua monografia de conclusão do curso de Psicologia, que está sendo transformado em capítulo de um livro que narra a experiência da Inverso.

<sup>95</sup> Partimos do princípio de que a melhor forma de estudar a convivência é convivendo.

Em seu relato, o autor sente que a experiência mesma de conviver faz emergir a necessidade de transformar as relações, tornando-as mais dinâmicas e horizontalizadas. “Fazendo uma analogia à inversão proposta por Basaglia em “colocar a doença entre parênteses” (...) é possível dizer que, no momento da convivência, o próprio profissional coloca seu saber especializado “entre parênteses” (NISHIKAWA, 2012, p. 66).

Ao longo destes anos, meus alunos e eu compartilhamos, muitas vezes com surpresa, experiências onde a biografia dos sujeitos emergiu de forma espontânea na convivência. Contrastando com experiências em dispositivos clínicos tradicionais nos CAPS - como psicoterapias individuais e em grupo, onde, por vezes, os participantes afirmavam metodicamente que “tudo estava bem”, “nada mudou”, “não tenho nenhuma novidade” – ao estar junto, no dia a dia, na Inverso – e também na TV Sã – sonhos, medos, desejos, histórias, conflitos eram compartilhados.

Com a análise da convivência que ocorre no centro, conclui-se que o mesmo produz práticas inovadoras, que promovem o “inverso” da assistência tutelar dos hospitais psiquiátricos; o “inverso” destas formas de cuidado que se manifestam sob a lógica da violência. E ainda promove um modelo “inverso” à lógica do manicômio como “lugar zero da troca” (Rotelli, 1981) (...) nesta lógica, o inverso proposto pela convivência se dá de modo a multiplicar/potencializar as trocas sociais (NISHIKAWA, 2012, p. 87).

O desafio é encontrar formas para introduzir a lógica da convivência no cotidiano do CAPS.

#### **4.4.2 Acompanhamento terapêutico: a convivência como estratégia clínica**

Inspirando-se em Foucault, Palombini (2006) define o acompanhamento terapêutico (AT), no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, como um dispositivo clínico-político. Um dispositivo, pois o AT se configuraria como a rede que articula um conjunto heterogêneo composto pelos seguintes elementos: a reforma psiquiátrica; a construção de um espaço de continência e pertencimento dos acompanhantes terapêuticos, “que seja externo ao serviço onde realizam seu trabalho, preservando essa dimensão do fora que o caracteriza” (p. 120); a utilização de uma teoria clínica<sup>96</sup>;

---

<sup>96</sup> “Uma teoria da clínica pautada necessariamente pelos seguintes princípios norteadores de uma concepção de subjetividade: primeiro, a ideia de que a subjetividade constitui-se na relação a uma alteridade; segundo, a ideia de que se trata de uma subjetividade não transparente a si mesma, que não se deixa apreender integralmente por um saber; uma subjetividade que guarda uma dimensão de

e uma disponibilidade para o encontro com o outro. Penso que o acompanhamento terapêutico e a convivência são diferentes possibilidades de dispositivos dentro de outro dispositivo central na reforma psiquiátrica brasileira: o CAPS. São dispositivos que não se circunscrevem ao CAPS, mas que, se associados ao CAPS, teriam função importante no alcance dos objetivos da política nacional de saúde mental.

Berger (1997) descreve o acompanhamento terapêutico como uma clínica que “acontece fora dos equipamentos tradicionais de tratamento, que se dá na interface do acompanhante, do acompanhado e da cidade, clínica na cidade” (p. 7). O AT é entendido como um dispositivo, inquieto e polifônico, de abertura para outros modos de viver, uma clínica que se faz nos pequenos detalhes, usando “a errância pela cidade e os projetos que podem surgir daí, como instrumentos para a criação de narrativas pessoais” (BERGER, 1997, p. 9).

Carrozzo (1997) adjetiva a clínica do AT de implicada: “uma abordagem clínica em Saúde Mental que não coloca a loucura geograficamente em nenhum lugar específico, mas sim em todos os lugares” (p. 11). Caracteriza-se justamente por ser um dispositivo no âmbito da coletividade, para possibilitar conexões com a cidade. Rolnik (1997) descreve que no processo implicado no AT entram em jogo vários ambientes que não costumavam integrar o território clínico, levando a formação de uma série de novas relações.

Para Pitiá (2005), o AT permite um movimento que visa desinstalar o sujeito de sua situação de dificuldade para poder criar algo novo em sua condição existencial. É uma prática que intervém no cotidiano, “visando a possibilitar a simbolização de uma questão existencial e/ou o desenvolvimento de alguma função psíquica (p. 74).

Berger (2001) faz interessantes colocações em seu artigo sobre a formação do AT e a simbolização que estaria em jogo neste dispositivo, que teria como objetivo restabelecer pontes com o mundo, em que uma boa proposta de atividade tem valor de interpretação. O acompanhar para o AT, em uma comparação, seria o analisar para o psicanalista. Qual seria o correlato na convivência? Buscar o que faz sentido para cada um através do *fazer junto e estar com*.

Pitiá (2005), como fruto de sua tese de doutorado, destaca no acompanhamento terapêutico a dimensão corporal:

---

resistência, inconsciente, que não se deixa capturar pelo poder de Estado, os poderes da ciência, das tecnologias de saúde” (PALOMBINI, 2004, p. 20).

é uma prática que em si já se constitui investida no corpo do sujeito, portanto corporal, impressa na marca dos movimentos do corpo já no próprio ato de acompanhar. Acompanhar o corpo do sujeito com dificuldades inscritas e repercutidas no social, e que possa estar interferindo na sua relação com outras pessoas, porquanto esteja comprometida sua regulação individual (p. 56).

A importância da relação afetiva interpessoal no AT é destacada por diversos autores (PITIÁ, 2005; PALOMBINI, 2004; A CASA; 1991 e 1997). Está em jogo um exercício de não-neutralidade, exigindo um mergulhar na experiência, entregar-se e expor-se (PITIÁ, 2005). Carozzo (1997) salienta que os ats precisam usar sua ‘pessoalidade’, isto é, sua subjetividade em suas dimensões e competências sociais, teóricas e emocionais:

Trabalho feito com terapeutas “especialistas” sem dúvida – mas não com as “especialidades” que assolam os serviços de saúde. Trabalha-se com terapeutas “especialistas em personalidade”. Não especialistas em determinados sintomas ou síndromes, mas especialistas em poder estar pessoalmente nas relações – estabelecer transferências e suportar essas transferências, estando sempre referenciados a um grupo – equipe e instituição – e implicados nessa rede relacional (p. 15).

Neto (1997) sugere que é preciso algo da ordem da paixão para ajudar o acompanhante a sustentar uma proximidade com os pacientes que permita permanecer e acompanhar tempo, ritmos e sentidos que às vezes surgem desconexos. Barreto (1997) concebe o acompanhamento terapêutico como um procedimento clínico que busca potencializar a dimensão simbólica do cotidiano de um sujeito, de modo a auxiliar na recuperação ou criação de objetos e ações que o ajudem a se constituir e a se inscrever simbolicamente na realidade compartilhada. Para o autor, promover um processo de simbolização das vivências se coloca para o par acompanhante-acompanhado, ainda que esta não se dê necessariamente pela palavra e

passa a ser uma entre outras vias potencialmente simbólicas, como o gesto, a dança, a música, a pintura, etc. É nessa área que a concepção de transicionalidade vem relativizar a hegemonia da palavra (dimensão representacional) e resgatar o potencial simbolizador de outros aspectos da experiência humana (p. 263).

Novamente, o que se destaca é a potencialidade transformadora do cotidiano: duas pessoas se encontram para realizar uma série de questões práticas e, ao mesmo tempo, psíquicas, exigindo um trabalho de simbolização (BARRETO, 1997). Por meio da relação e do testemunho do dia-a-dia do paciente, busca-se criar

possibilidades para que ele possa desfrutar de si e da vida de maneira criativa (BARRETO, 1997). Para isso, é relevante que o at desenvolva a capacidade de conter o sofrimento psíquico em si e poder devolvê-lo com uma certa elaboração que o torne um pouco mais suportável (PITIÁ, 2005).

Esta ideia de uma espécie de “empréstimo” do psiquismo também aparece em Cromberg (1997):

O A.T. pode abrir portas muito fechadas ou fechá-las quando estão muito abertas, com a condição de que espaço externo e interno estejam numa relação de mútua expressão. Isso só é possível se ele se empresta (seu espaço psíquico e corporal) para ser usado pelo paciente e se este, ao usá-lo, possa aprender a usar-se (p. 166).

Este “empréstimo” suscita a função do cuidado na modalidade *intersubjetividade transubjetiva* que corresponde à modalidade de sustentar e conter (FIGUEIREDO, 2011). A presença implicada do outro é fundamental tanto para a experiência de continuidade do ser quanto para a transformação, trata-se de conter e sustentar, integrar e dar continuidade. De ajudar a “sonhar” das maneiras mais diversas, restaurando a capacidade de sonhar, tal como Winnicott (1975) a entende em sua potencialidade de conter e transformar nossas angústias e afetos através da arte, do brincar, dos grupos, e das instituições.

Segundo Cromberg (1997), quem vive e acompanha o sofrimento psicótico sabe que as interpretações não são necessárias:

(...) o que o assim chamado psicótico pede é uma cumplicidade total com a verdade incômoda que traz de que os limites entre o dentro e o fora, entre o si e o outro, são tênues, são árduas construções ao longo da existência (também nos assim chamados não psicóticos), construções que, por mais estáveis que sejam, não estão isentas de se desfazerem em qualquer um, ao sabor das mais variáveis circunstâncias (p. 157).

Através de vários exemplos, Chauchick (2001) chama a atenção para formas de intervenção que se sustentam no cotidiano e na ação, de modo que um gesto simples no AT pode ter a força de uma microrrevolução. Assim, para a autora, nesses momentos, continuar conversando é dispensável para não corrermos o risco de reproduzir uma fala estéril, uma mesmice verbal (CHAUCHICK, 2001).

Chnaiderman (2004) afirma que no AT está implicada a construção de um convívio entre formas distintas de estar no mundo, exigindo do at a habilidade de suportar o imprevisível, de inventar a partir do inusitado. Esta disposição para lidar

com o inusitado é algo que creio ser fundamental para caracterizar o que seria necessário para a construção de uma convivência igualitária. Um esforço de não reduzir tudo ao mesmo, de não criar rotinas em excesso e institucionalizar, uma disposição para se surpreender e encontrar a diferença no outro.

Palombini (2004) situa o AT no espaço intermediário entre a instituição e o seu acesso à cidade. Esta é a tarefa/função mesma do CAPS, embora pareça que justamente aí alguns serviços não estejam conseguindo atingir sua missão. Sem dúvida, o AT é um dispositivo privilegiado que pode nos ensinar como transpor esta lógica para ajudar o CAPS a realizar **coletivamente** esta tarefa. Como instalar através da convivência um espaço intermediário – entre a instituição e a rua -, ajudando o CAPS a cumprir seu papel e se abrir para a rua?

Em relação à temporalidade, Palombini (2004) recupera a contribuição clínica da experiência francesa que acima discuti. Tomados pelas urgências do cotidiano, nos falta paciência para deixar o tempo jorrar e, assim, criar condições para que algo possa surgir, dar o tempo necessário para que se possa decidir e fazer algo. “O trabalho em saúde mental deveria cuidar de preservar essa temporalidade diferenciada, de forma que a lentidão não precisasse transformar-se em impotência e que os gestos, os movimentos não ganhassem sentido apenas pelo seu desfecho” (PALOMBINI, 2004, p. 39). Parece-me que aqui surge novamente a função de reserva do cuidado (FIGUEIREDO, 2007, 2011).

Na convivência dar tempo ao tempo... No relato de vários autores, a dificuldade com o tempo implicado na convivência e a diferença de tempos entre o par acompanhante-acompanhado aparece problematizada: acompanhar em um ritmo descompassado (PALOMBINI, 2004), abrir mão dos lemes do próprio tempo (BENEVIDES, 2004), o tempo que faz difícil a convivência, pois as dimensões temporais do acompanhante e do acompanhado são diferentes (MACHADO, 2004).

Conclui Palombini (2004) que está em jogo no AT uma intervenção no ambiente e cotidiano que leva a modificações no tempo e no espaço que podem produzir efeitos no campo subjetivo.

O encontro com essa outra espécie de ordem espaço-temporal – múltipla, heterogênea, caótica -, o seu acolhimento, implica o abandono de referências identitárias próprias e a abertura ao estranho que a psicose suscita, em uma experiência pela qual não passam imunes os sujeitos nela implicados (PALOMBINI, 2004, p. 72).

Com frequência, nas narrativas dos *ats*, surge a vivência de um descompasso no tempo e, por consequência, a necessidade de tornar fluida a própria organização temporal para poder acompanhar temporalidades diversas – frenesi, lentificação... (PALOMBINI, 2004). Para a autora, isto lança o at no campo da experiência não-representacional, sensível, no encontro pático e estético dos corpos, situado fora do registro da palavra, fazendo do AT uma clínica em ato, onde corpo, gestos e atitudes estão implicados.

Além do espaço e tempo, uma outra característica distingue o AT: o uso de mediadores. Por exemplo, Palombini (2004) chama atenção para o fato de que, em todos os casos de AT narrados no livro, havia uma forma particular de relação com um objeto (rádio, violão, televisão, revistas) que funcionava como uma ligação a uma outra ordem discursiva e, ao mesmo tempo, em que remetiam a uma relação com o mundo exterior.

O mediador não é apenas algo entre nós e eles, mas uma outra ordem discursiva que faz conexão com o exterior. Conforme a autora, as possibilidades do trabalho terapêutico residem na capacidade de não transformar o cotidiano em algo banal e repetitivo, mas, ao contrário, sustentar a possibilidade de criação e significações na cultura.

Abrir-se para o novo, seguir fluxos alheios, deixar-se afetar, desinvestir o narcisismo, suportar a ignorância para não precipitar um saber que aliena, são vivências que se impõem ao acompanhante no encontro cotidiano com seu acompanhado. Na medida em que essas vivências encontram expressão no espaço de supervisão, sustentando-se desde a continência grupal e intensiva e a amarra teórica que esse espaço possibilita, elas transformam-se em experiência clínica fundante (PALOMBINI, 2004, p. 81).

Pelbart (2001) afirma que o acompanhamento terapêutico surge como um dispositivo flexível de “escuta-ação”, que propõe um projeto de produção de autonomia a ser construído com os acompanhados. “A cada passo uma experiência de dor põe em xeque o sentido trivial da existência, bem como sua lógica habitual, mas ao mesmo tempo pode transmutar-se numa experiência vital, conjunta, por vezes comunitária” (p. 22).

Chauchick (2001) discute os impasses, contradições e desafios nesse processo de autonomização: construir uma convivência que escape ao modelo paternalista e institucional e se sustente a partir dos desejos e necessidades dos moradores só é possível a partir do estabelecimento de um tipo de relação com os moradores, segunda

a qual as regras são flexíveis e construídas conjuntamente. Chauchick (2001) diferencia presença centralizadora – situação em que o acompanhante ocupa lugar central e alienante – de presença-referência, por implicar uma gestão conjunta, na qual o AT auxilia o morador a criar formas de existência as mais autônomas possíveis.

Entre as demandas que surgem dos moradores está a solidão. “E quem não a enfrentou em algum momento da existência? Que dirá a solidão aliada a um sofrimento limítrofe de pessoas que passaram por crises excessivas, internações e segregações associadas à doença mental” (CHAUCHICK, 2001, p. 66). Barembliitt (1997) reflete sobre o efeito da escassez da amistosidade para compreender o sofrimento humano. É uma indicação importante, pois, de alguma forma, encaro a convivência como antídoto para o sofrimento intenso e a solidão, conforme discutido no capítulo anterior. A ideia não é apenas realizar uma tarefa rotineira, mas permitir que uma problemática cotidiana instigue uma mudança, provocando movimentos no estado inercial que instaurem processos de autonomia (CHAUCHICK, 2001).

#### **4.4.3 Experiências outras em saúde mental**

Neste tópico, apresento outras experiências diversas em saúde mental em nosso país que auxiliem na discussão sobre a dimensão clínica da convivência. Em seu livro, Scarcelli (2011) narra duas experiências pioneiras, desenvolvidas no municípios de Campinas e Ribeirão Preto, de criação de condições de saída dos hospitais psiquiátricos das pessoas que nele residiam. Em uma dessas experiências, o primeiro passo, ainda na década de 1980, para começar a desativar os grandes pavilhões, foi a criação de um Núcleo de Convivência.

Com o objetivo de dar atenção mais individualizada aos pacientes do pátio, buscando desenvolver atividades básicas de cuidado pessoal (...) e estimular a convivência grupal (alguns internos nem sabiam seus nomes), (...) passou a ser utilizado um local que recebia um pequeno grupo do conjunto de 100 pessoas que frequentavam o pátio durante o período da manhã, já que nesse espaço isso se tornava inviável (p. 109).

A constituição do Núcleo de Convivência foi o primeiro passo – de um longo percurso – para a instalação da Vila Terapêutica dentro do complexo hospitalar para finalmente habitar moradias na cidade. *Já chama a atenção que o primeiro movimento para desinstitucionalizar foi conviver.* De forma semelhante, Valentini (2001), ao relatar a experiência de desinstitucionalização do sanatório Dr. Cândido

Ferreira, em Campinas, destaca que para combater a “miséria relacional” típica dos hospícios, um dos primeiros enfrentamentos foi criar possibilidades de convivência entre os homens e as mulheres: “a simples ideia de experimentar proporcionar convivência diária entre homens e mulheres provocou um enorme solavanco na viagem transformação” (p. 19). *O processo se inicia com a convivência e visa em sua constituição a convivência*, agora que os pacientes moram em casas na comunidade: “O Cândido oferece à comunidade soluções para problemas detectados no contexto e que propiciam aos pacientes e à comunidade oportunidades de convivência” (p. 22).

Scarcelli (2011) aponta que, ao longo do trabalho, foi desenvolvido um programa que possibilitasse a saída definitiva do espaço hospitalar. O estreitamento dos laços de *convivência* entre a equipe e os moradores dos novos espaços, através da divisão das tarefas para a manutenção da casa, foi passo fundamental. A autora relata que a percepção da equipe é de que o desejo e o esforço para mudança se expressaram por muito tempo apenas como pertencente à equipe, sendo o ponto de virada para os moradores, quando a partir de 1996, surgiu a possibilidade de receber o benefício da Lei Orgânica de Assistência Social. Scarcelli (2011) afirma que, para os moradores do hospício, o projeto começou a fazer sentido quando o dinheiro surgiu como uma possibilidade de vir a ser adquirido. Mas esta “virada” não se fez, por assim dizer, apenas com a inclusão – de todo, fundamental, é claro – do aspecto econômico. É a equipe também que modifica sua ação, ainda marcadamente assistencial: ao invés de apenas tirar os pacientes do pátio para realizar atividades diversas, ocupar-se com a busca de recursos que resgatem a condição de cidadão dos moradores como, por exemplo, retirar a documentação, o que remete ao que foi discutido no capítulo 3.

A partir da ideia fundamental e definidora dos rumos do Projeto – “quem traça os objetivos do processo” é o próprio paciente -, equipe e moradores do hospital construíram um percurso que vai do hospício à cidade. No entanto, ao seguir essa pista, os profissionais não deixaram de considerar que, apesar da inovação, muitos traços da cultura manicomial, principalmente os comportamentos cronificados, se mantiveram em vários momentos desse processo (SCARCELLI, 2011, p. 114).

Com o benefício e a mudança na equipe, os objetivos dos moradores passaram a se constituir como desejos e necessidade da vida cotidiana: transar, casar, trabalhar, ter a carteira assinada, tomar remédio sozinho - necessidades que a equipe jamais havia pensado.

Os laços se estreitam e começa a ser construída a ideia de que o funcionário é referência do morador e não da aposentadoria. Esta mudança tem impacto no trabalho e na relação com a equipe e no “papel” de cada profissional:

o mesmo auxiliar que vem do hospital geral, a experiência dele, o instrumento de trabalho são coisas objetivas, dei dez banhos de leito. Chega aqui é a relação. Então teve auxiliar que pirou. (...) o psicólogo com formação de consultório, de atender, ele vai ter de olhar morador cortar a unha, ou cortar unha para ele. Se precisar orientar para o banho, ele vai (SCARCELLI, 2011, p. 116).

Segundo a autora, fica claro que a passagem do hospício para a cidade requer, necessariamente, uma transformação dos profissionais para não reeditar, mesmo sem dar-se conta, intervenções fundamentadas na higiene mental. Ao perguntar até que ponto os profissionais podem ser o elo nessa transição e, por outro lado, até que ponto não se repete o caráter de vigilância e controle em uma prática assistencial de saúde, Scarcelli (2011) me faz pensar que cuidar sem tutelar, para não desassistir, é um horizonte desejável. A autora relata como o processo de passagem do hospício para a cidade é repleto de dificuldades e sofrimento, sendo mobilizado na maior parte das vezes por um plano de vida a ser alcançado. A tarefa dos profissionais é, de certa forma, acompanhar este percurso marcado sim por sofrimento e ambivalência. Acredito ser o processo mesmo de acompanhar convivendo que permite um cuidado não tutelado, desde que a convivência seja balizada pela reflexão e supervisão.

A ambiguidade da passagem do hospital para a cidade atinge não apenas os moradores, mas também os trabalhadores (SCARCELLI, 2011). Ocupados com o peso da responsabilidade, os profissionais se questionam como será possível a sobrevivência dos moradores sem a tutela característica da relação em um manicômio. A pergunta sobre quando “cortar” o vínculo desvela a ambiguidade deste momento de passagem. Ao falar sobre o percurso de Ernesto, morando na COHAB, a autora traz reflexões que novamente deixam clara a necessária articulação clínica e política:

os problemas com os quais se deparou são típicos do segmento populacional que reside nos conjuntos habitacionais populares, afastados do centro, sem infraestrutura e com pouco investimento do Estado. As questões que surgem, nesse novo contexto, para os ex-moradores do Hospital Paraíso vão se afastando cada vez mais daquelas relativas ao hospício e se aproximando dos problemas enfrentados num outro tipo de segregação relacionado à pobreza, que é próprio da sociedade capitalista (SCARCELLI, 2011, p. 135).

Almeida (2000), ao relatar o processo de desinstitucionalização de um abrigo para crianças e adolescentes na área de saúde mental, toca nesta mesma questão, destacando que o grande diferencial do Programa de Reabilitação em Comunidade é que o trabalho é descentralizado, acontecendo nas próprias comunidades de modo que o “cotidiano é aprendido através dos conhecimentos da realidade local, dos valores, da cultura, das necessidades e do enfrentamento às questões sociais que se dão no dia a dia da população usuária” (p. 51), em uma abordagem que se contrapõe à construção de ambientes institucionalizados ou “especiais” (ALMEIDA; DELGADO, 2000). Na desconstrução desta instituição – no caso o Centro Educacional Prof. Deolindo Couto -, a convivência teve fundamental papel: “tivemos a oportunidade de conviver, juntos com os usuários, em diversos tipos de institucionalização: no manicômio (...), numa fase intermediária de benfeitorias dentro do Centro Educacional e, por último, numa moradia assistida” (ALMEIDA, 2000, p. 104).

Ao problematizar o encontro do ex-morador do hospital com o morador da cidade, Scarcelli (2011) pergunta pelos desafios e trânsitos possíveis. Questão esta que coloca novamente a convivência – aqui abordada no espaço social, como deve ser – em primeiro plano. Scarcelli (2011) fala de “estratégias de evitação” desenvolvidas pelos técnicos, pelas instituições e pela sociedade em relação aos “anormais” que é absolutamente fundamental para pensar a convivência: como desconstruir estas estratégias de evitação que estão presentes também no CAPS? “Estamos falando de passagens: das políticas que devem ultrapassar o homogeneização e a burocracia; dos técnicos e de sua necessidade de romper com a vocação terapêutica; do novo morador da cidade e ressignificação do lugar que ocupa no mundo” (SCARCELLI, 2011, p. 181).

Isto demanda problematizar a clínica. Lancetti (2008) adjetiva de peripatéticas uma série de experiências clínicas que são realizadas em movimento, fora do espaço tradicional do consultório. Afirma que estas estratégias são “destinadas a pessoas que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais – toxicômanos, violentos, esquizofrênicos, jovens sobretudo –, quando dispositivos psiquiátricos, pedagógicos, psicológicos ou psicanalíticos não funcionam” (p. 19). Entre essas experiências, destaca o acompanhamento terapêutico, a desconstrução manicomial em Santos, a clínica das equipes volantes de saúde mental associadas às equipes de saúde da família, sessões de análise que acontecem andando... Uma clínica que visa desburocratizar as relações, movimentá-las ao nos movimentar no território em uma

clínica sob medida, ou como prefere o autor, artesanal. Ao refletir sobre sua participação na importante experiência de desinstitucionalização santista, afirma que a desconstrução do manicômio gerou uma anti-clínica: ao invés de debruçar-se sobre o paciente, “pôr as pessoas de pé.(...) Clinicávamos para pôr de pé os cidadãos psiquiatrizados e para promover uma intensa interação com a cidade” (p. 22). O autor, ao discutir a potencialidade terapêutica dos agentes comunitários de saúde, destaca as *relações afetivas que são produzidas na convivência*, por esses profissionais que são peça preciosa para “fazer funcionar esta máquina de produzir saúde e saúde mental”, justamente porque paradoxalmente são ao mesmo tempo “membros da comunidade e integrantes da organização sanitária” (p. 93).

Em Brasília, desde 2001, sob a coordenação de Costa (2013), o GIPSI (Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses) tem, a partir de uma ética do cuidado, acolhido pessoas com primeiras crises do tipo psicótico: “um tipo de atenção urgente à pessoa em crise do que simplesmente ao atendimento de uma urgência psiquiátrica” (COSTA, 2013, p. 48). Em um grupo que articula cuidado e pesquisa, vê-se construir, através da convivência, um modo de entender a crise “como potencialidade e localizá-la no contexto da pessoa que a traz, para que possamos, a partir disto, conhecer contextos e condições de sua emergência” (p. 49).

Afirmo que é um cuidado à crise que se faz pela convivência, pois o princípio orientador é o acolhimento (e não a contenção de qualquer espécie), que se estrutura a partir da disponibilidade dos profissionais para escutar o sujeito em crise e estabelecer com ele um vínculo.

Precisamos acolher a crise, escutar que crise é essa (crise psíquica, emocional, relacional, crise do sujeito em sua condição existencial dada), ‘escutar este sujeito e seus contextos’, entendendo a crise como sendo a forma que ela (ele) tem de se manifestar, de colocar no sintoma o ‘sofrimento todo que carrega’. Assim é preciso, se não imperioso, fazer ‘uma escuta diferenciada e acolher como a crise se manifesta’, antes de buscar calá-la com medicação, disciplinas ou procedimentos preconceituosos e preestabelecidos pela práxis e racionalidade limitada reinante (COSTA, 2013, p. 50).

Destaco, no contexto do Distrito Federal, o trabalho de Pacheco (2005, 2001), Braga (2012) e Mota (2013), que utilizando respectivamente práticas sociais, a cultura popular e o teatro como formas de simbolização em uma prática que se sustenta em uma convivência sensível ao modo peculiar de estruturação de cada sujeito em seu

espaço sócio-cultural, tem construído estratégias contra a institucionalização e contra a permanência do manicômio - inclusive o manicômio mental - em um CAPS.

#### **4.5 O dispositivo convivência no contexto do CAPS: uma primeira aproximação**

O processo de desinstitucionalização, enquanto inspiração para a reorganização dos serviços de saúde mental, exigiu e exige a necessidade de uma nova concepção de clínica, de modo que esta aparece com frequência com um adjetivo: clínica antimanicomial (LOBOSQUE, 1997, 2001, 2003), clínica ampliada (BEZERRA, 2001), clínica peripatética (LANCETTI, 2008), clínica psicossocial (TENÓRIO, 2001; PACHECO, 2011). O adjetivo funciona, suponho, como uma espécie de “lembrete histórico” da função normalizadora e adaptacionista da clínica (SÁ; PEREIRA, 2006) que evitamos reproduzir.

Clínica refere-se, em sua origem, ao olhar para cada sujeito. No entanto, historicamente, este olhar visava o diagnóstico em um processo de objetualização do “doente” e, ao mesmo tempo, de demarcação de poder por parte dos profissionais. A clínica em sua origem é diferente das teorias; refere-se a um certo olhar do médico sobre quem está se consultando para ver algo - o diagnóstico - e daí tomar providências para que a doença “vá embora”. A clínica na psiquiatria nasce com duas características: o olhar do médico e a particularidade de cada sujeito.

É o Olhar (mesmo que outras dimensões perceptivas sejam utilizadas) que parece constituir a metáfora obsedante dessa prática e que deixa transparecer a relação que a estrutura, pois aplicar ao outro o modo de observação que habitualmente reservamos às coisas, aos objetos do real, não deixa de suscitar alguns problemas. Aliás, foram esses problemas que, no espaço de meio século, tornaram a clínica suspeita, provavelmente com justa razão, de participar da alienação justamente daqueles cujos distúrbios ela pretendia descrever exaustivamente, analisar objetivamente e classificar racionalmente (BERCHERIE, 1980, p. 21).

Após as denúncias de Foucault, Szasz e Basaglia, esta clínica precisa romper com a tradição diagnóstica. Como a clínica pode escapar de sua origem disciplinar, ortopédica e adaptacionista?

Se na sociedade disciplinar (...) o exercício do poder se fazia sobre corpos individualizados submetidos a moldagens ortopédicas ou corretivas, contemporaneamente as relações de poder incidem sobre o próprio processo da vida. O biopoder se caracteriza por uma nova aposta das políticas e das estratégias econômicas na vida e, sobretudo, no viver (PASSOS; BENEVIDES, 2001, p. 93).

Para os autores, se o poder faz da vida o objeto de seu exercício, a clínica deve ser pensada como biopolítica na forma de uma resistência ao assujeitamento. Para Miranda e Onocko Campos (2012), nesta perspectiva, o trabalho clínico envolve um rompimento “ético e epistemológico com concepções de sujeito e de psicopatologia, próprias do século XIX” (p. 520) e também, e ao mesmo tempo, um rompimento com concepções, emergentes no século XX, que focam o tratamento apenas na remissão/redução dos sintomas em um processo de medicalização do sofrimento que *desconsidera* as estratégias próprias dos sujeitos para lidar com esta experiência.

Libertamo-nos quando colocamos em questão a naturalidade ahistórica de categorias com as quais nos identificamos, indagando a história que subjaz a estas categorias, isto é, indagando seu processo de constituição. A liberdade, portanto, se alcança por um exercício crítico ou, como entendemos por um exercício clínico, desviando-nos da natureza humana que acreditamos nos definir (PASSOS; BENEVIDES, 2001, p. 99).

Passos e Benevides (2006) entendem a clínica como uma experiência com os afetos, sendo seu trabalho acompanhar os movimentos afetivos da existência, de modo a registrar “menos os estados do que os fluxos, menos as formas do que as forças, menos as propriedades de si do que os devires para fora de si” (p. 100). Para os autores, a clínica é uma experiência de desvio<sup>97</sup>, como busca constante por novos territórios existenciais,

sempre em construção, especialmente por sua dimensão política e por sua força de intervenção sobre a realidade, procedendo a formas de atualização de si e do mundo. Essa clínica que, de forma irreversível, se atualiza na reforma psiquiátrica destoa da órbita dos modelos rígidos característicos da tradicional prática psiquiátrica que se instaurou, ao longo dos anos, no manicômio. Numa operação histórica, podemos visibilizar quanto a política, a cidade, as instituições asilares, as famílias nela se encontram: a clínica amplia seu endereço, desloca seu limite, e é no fora que a clínica se torna possível (AVILA; FONSECA, 2007, p. 114).

Mas permanece nesta dimensão clínica o esforço para acompanhar a particularidade de cada sujeito, “já que toda subjetividade é, simultaneamente, tipicamente individual (irrepetível) e comum (recorrente)” (DEMO, 2003, p. 4). Passos e Benevides (2006) radicalizam a ideia freudiana da experiência subjetiva

---

<sup>97</sup> “Clínica enquanto experiência de desvio, do *clinamen* que faz bifurcar um percurso de vida na criação de novos territórios existenciais. O sentido da clínica, para nós, não se reduz a esse movimento do inclinar-se sobre o leito do doente, como se poderia supor a partir do sentido etimológico da palavra derivada do grego *klinikos* (“que concerne ao leito”, “leito, repouso”; de *klino* “inclinar, dobrar”). Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio (*clinamen*), na acepção que dá a essa palavra a filosofia atomista de Epicuro” (PASSOS; BENEVIDES, 2001, p. 90).

enquanto descentralizada, concebendo-a como experiência coletiva, fora dos limites do indivíduo: “subjetividade não é um ente ou um estado, mas um processo de produção ou um conjunto de condições a partir das quais efeitos existenciais são produzidos. Neste sentido, a subjetividade se faz coletiva, já que circunstanciada sempre por muitos vetores” (p. 107).

Portanto, é uma clínica, tal como sustento neste trabalho, que, ao invés de olhar, *faz junto, está com e deixa ser*. Precisamente porque o processo de desinstitucionalização é sem fim – está presente uma tendência à institucionalização sempre e a cada vez que criamos um novo serviço, uma nova atividade, uma nova oficina, um novo dispositivo – neste trabalho *entendo a clínica a partir de uma lógica de complementariedade*<sup>98</sup> *com as dimensões ética e política (discutidas nos capítulos anteriores) para manter viva a potencialidade terapêutica do cotidiano*. Nesta perspectiva, a dimensão clínica não tem potencial/efeito terapêutico em si, mas apenas se suplementada por uma disponibilidade ética (eis-me aqui para deixar ser) e política (papel desinstitucionalizador para combater a desigualdade e a injustiça).

Neste sentido, são as dimensões ética e política que abrem a possibilidade da clínica não se institucionalizar de forma disciplinar ou assistencialista. Pois no outro vértice da questão clínica o temor que surge, especialmente entre os profissionais<sup>99</sup> (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010, 2012), é que ao negar a clínica estejamos presos a uma recaída em práticas assistencialistas e tutelares que negligenciam o percurso subjetivo de cada pessoa: “como modular esse acompanhamento de forma a propiciar condições de tratamento, e não apenas de provimento de necessidades” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 523).

Na tentativa de evitar estes dois extremos, a clínica disciplinadora e a clínica assistencialista, ambas em última instância tutelares, apresento abaixo uma proposta de compreensão da dimensão clínica que, enquanto suplemento das dimensões política e ética, deixa-se afetar por diferentes experiências no campo da saúde mental tal como discutido e apresentado ao longo deste capítulo.

---

<sup>98</sup> Minha opção neste trabalho é pensar a dimensão clínica a partir da lógica de complementariedade (DERRIDA, 1967/1999) com as dimensões política e ética, acolhendo os adjetivos de autores e atores da reforma psiquiátrica brasileira que tanto admiro.

<sup>99</sup> As autoras descrevem instigante questão a partir de sua pesquisa sobre o trabalho das equipes de referência no contexto dos CAPS, onde profissionais e usuários “localizam a clínica em lugares distintos: enquanto estes sentem-se cuidados quando recebem ajuda para a mediação da vida cotidiana, aqueles questionam-se acerca de tais práticas, entendendo que elas requerem um “contorno” clínico, e incomodam-se com a possibilidade de que se transformem em assistencialismo” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010, p. 1159).

A função do CAPS, enquanto clínica em movimento, é atuar no espaço intermediário entre a instituição e o acesso à cidade, embora pareça que justamente aí alguns serviços não estejam conseguindo atingir sua missão. Neste sentido, sem dúvida, o acompanhamento terapêutico é um dispositivo privilegiado que pode nos ensinar como transpor esta lógica para ajudar o CAPS a realizar **coletivamente** esta tarefa.

Ao constatarmos que é no cotidiano que se produzem os estranhamentos, onde os acordos e os contratos existem e funcionam (MERHY, 2004), o esforço agora é, após ser afetada pelas mais diversas experiências em saúde mental, tentar uma primeira caracterização da convivência como um dispositivo de cuidado, em sua dimensão clínica, necessariamente articulada com as dimensões política e ética.

Neste trabalho, a convivência, ao estar situada no campo da atenção psicossocial, vinculada à política nacional de desinstitucionalização em saúde mental, alia-se a um campo de força (FOUCAULT, 2008) em que os dispositivos estão a serviço da construção de uma outra resposta social ao sofrimento psíquico grave (COSTA, 2010). A convivência encontra sua especificidade estratégica neste esforço, em suas inseparáveis e suplementares dimensões ética, política e clínica, em buscar formas de inclusão social, pois conhecemos várias formas de *estar com* que são alienantes. Deste modo, a convivência pode ser entendida como uma reação ao dispositivo de dominação-controle da loucura descrito por Foucault (2008). É um dispositivo polifônico e inquieto que se abre a diversificados modos de viver. Um dispositivo que intervém no cotidiano e que pode levar a modificações no tempo e espaço para produzir efeitos no campo subjetivo. Capaz de contruir ligações entre pessoas, lugares e fazeres e por isso produtor de subjetividade em um campo necessariamente interpessoal. Um dispositivo **sob medida**, pois, ao mesmo tempo que coletivo, deve ser sensível às necessidades e particularidades respeitando a dimensão idiossincrática do sofrimento e na **justa medida**, encontrando seu lugar, conforme discutido no capítulo 3, especificamente, e também neste capítulo, entre cuidar sem tutelar e sem desassistir. Para que um dispositivo tão ambicioso seja eficaz há que estar presente uma dimensão reflexiva e a posteriori: uma equipe ocupada em pensar sobre o que está fazendo.

Parafraseando Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), não se trata de pensar a convivência como um prêmio, mas como um direito: a convivência tem potencial terapêutico se é o reconhecimento de um direito e não o é se for uma técnica de

tratamento. A diferença: a possibilidade de produção de subjetividade, a partir de uma escolha; ou ser submetido a mais uma “técnica” da instituição. É a “anti-clínica” diz Lancetti (2008), ao invés de debruçar-se sobre o sujeito, convidar a pôr as pessoas de pé.

O que aponta os desafios da convivência ou seus potenciais efeitos anti-terapêuticos e institucionalizantes que devemos estar atentos:

somos levados a agir no social, e com ele. A começar pela família: a mútua intolerância que encontramos entre paciente e parentela não exige tantas vezes nossa intervenção? Mas não só aí: trata-se de todo um investimento para agenciar a presença do psicótico nos lugares que lhe são fechados por certas formas de organização da sociedade: a família e o trabalho, o lazer e a arte, a responsabilidade e a lei. É preciso promover no social uma certa elasticidade, um suporte flexível para algo insuportável, de um lado como de outro; trata-se, enfim, de mediar a reconstrução de um convívio, aliás incompatível com a rigidez, o autoritarismo, o apego ao poder, a razão que não muda de lado. Enfim: quando nos propomos a tratar de psicóticos, nós necessariamente nos lançamos, por um passe de lógica, numa micropolítica; num trabalho – ainda que localizado, ambicioso – de transformação social (LOBOSQUE, 2001, p. 97).

A convivência é, em alguma medida, o objetivo mesmo das ações no campo da saúde mental, sob a ótica da desinstitucionalização. Ora, como alcançá-lo, sem ao menos conviver no contexto dos serviços? Não é fácil conviver: é preciso evitar o congelamento em uma prática inérgica, demagógica e infantilizante. Desenvolvemos no cotidiano dos serviços – e também nas diversas esferas da vida social - formas para evitar a convivência em uma sociedade alérgica à diferença (SEN, 2011). Para fazer esta passagem de uma política que rompa com a homogeneização e a burocracia e de uma prática que rompa com a vocação terapêutica da tutela (SCARCELLI, 2011; SOUZA, 2009), é fundamental prescindir da pressuposição de que nosso saber sustenta uma resposta para os problemas existenciais de outrem, em uma postura que vai além da negociação e alcança o diálogo (BOHM, 2005) e a interlocução (LOBOSQUE, 2001).

Abrir mão do poder técnico é tarefa que torna o conviver – antes silencioso e silenciado – conflituoso e angustiante. Conviver - por mais absurdo que pareça, pois a princípio estamos juntos com as pessoas no conjunto das atividades cotidianas nas instituições – despidos de nossas tarefas (medicar, fazer oficinas, entrevistas, clinicar...), em uma atuação não codificada (MARAZINA, 1997), pode ser muito desorganizador. Para lidar com a desorganização e a angústia tendemos, a institucionalizar: organizamos o espaço e o tempo, de sorte que não haja tempo livre

ou apropriação criativa do espaço para que o jogo vincular não se torne ameaçador (MARAZINA, 1997). O antídoto para romper com a rotina e o desinteresse progressivo, elementos da face alienante do encontro, é conviver de modo a preservar a possibilidade do conflito (BASAGLIA, 1985, 2005), des-burocratizando as relações (LANCETTI, 2008). A condição para a preservação das trocas, rompendo com o abismo entre as intenções e o que realmente se faz (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993), é manter presente a capacidade de pensar e sonhar dos cuidadores (WINNICOTTI, 1975) e das pessoas que acompanhamos.

Penso que exatamente porque a convivência desafia e incomoda, pois nada está codificado, se conseguirmos vencer nossas resistências e temores, reside aí justamente sua potencialidade: se não está, de antemão, codificado como me relacionar, fica facilitada, desde que eu me disponha a isso, a criação em mim de um espaço para o outro, tanto na proposição de “eis me aqui” desnudo, quanto de me deixar ser afetado pelo outro em sua radical alteridade (LÉVINAS, 1986a/2010).

Para enfrentar os desafios institucionalizantes da convivência, parece ser necessário resgatar os processos de subjetivação a partir da ideia de um enquadre sob medida. Se a convivência não deve estar codificada, não deve ser um fetiche (ROUSSILLON, 2010), de maneira que, se não é possível saber de antemão o que cada pessoa vai precisar ao longo do processo de cuidado, é preciso, reconhecendo as necessidades de cada um, ajustar o enquadre que deve representar a simbolização em função das capacidades e particularidades de cada sujeito singular. A solidariedade e a afetividade se tornam objetivos centrais na economia terapêutica (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001), pois está em jogo respeitar os modos próprios de subjetivação e de cultura. A ideia do sob medida, da clínica artesanal (LANCETTI, 2008) dá a dimensão de que não é só fazer qualquer coisa ou sentar ao lado, está implicada uma disponibilidade e um esforço, em uma justa medida, de ir ao encontro do outro, buscá-lo lá (geográfica e psiquicamente) onde ele está e convidá-lo a sustentar um percurso juntos. Uma disponibilidade afetiva para transformar as relações, conectar pessoas – e não patologias – através de tudo o que faz parte da vida: questões econômicas, afetivas, relacionais, jurídicas, trabalho, família, lazer, arte, vizinhança...

Nesta justa medida, os profissionais deixam de ocupar a posição de centro e são convocados a ocupar outros papéis em um confronto de saberes e mudança nas relações de poder. Uma combinação entre conhecimento e pessoalidade (sensibilidade

ao outro) para o desenvolvimento de uma disposição de se colocar na mesma paisagem (OURY, 1989), sentir e participar, criar espaço e condição para acolher a criação própria de si de cada sujeito. Não é ser gentil (OURY, 1989), este permanece do outro lado; não é a “solidariedade de primeiras damas” (DEMO, 2002), que em nada altera estruturalmente. Trata-se de buscar uma convivência igualitária (DEMO, 2005), em uma disposição para lidar com o inusitado, não reduzir tudo ao mesmo, não institucionalizar, para se surpreender e encontrar a diferença no outro. O desafio é construir uma convivência não paternalista e institucional que se sustente a partir dos desejos e necessidades e de um tipo de relação que permita construir propostas concretas no território e criar narrativas pessoais (VASCONCELOS, 2005). Furtado e Onocko (2005, citado por JESUS, 2013, p. 106) afirmam que a clínica diz que

existe um sujeito no indivíduo que está no mundo. A saúde mental vem nos lembrar das determinações sociais, políticas e ideológicas que o envolvem nesse mesmo mundo. Ambas devem ser consideradas no âmbito do tratamento de nossos usuários, sem antagonismos nem sobreposições.

Trata-se de pensar a convivência como um espaço de produção de subjetividade através de processos intersubjetivos. As relações intersubjetivas são o instrumento de trabalho, por isso, a necessidade mencionada de mudança no papel dos profissionais. Uma convivência, acompanhada de supervisão e de reflexão pessoal e da equipe, que mergulhe no território existencial pode funcionar como um antídoto “ao corporativismo e à estreiteza dos profissionais” (LANCETTI, 2008, p. 52), de modo a produzir um cuidar sem tutelar para não desassistir (LOBOSQUE, 2001, 2003; TENÓRIO, 2001).

Antídoto também para a solidão. No cenário da expansão do individualismo e as formas de sofrimento psíquico que o acompanham (PLASTINO, 2009), sendo a solidão e a falta de sentido da vida demandas reiteradas (SCARCELLI, 2011; PLASTINO, 2009; BIRMAN, 2000), “os sentimentos de desamparo e vulnerabilidade tornam-se dominantes, exprimindo as consequências da hegemonia de formas de organização das relações sociais alicerçadas em uma concepção individualista na qual o “outro” é considerado (...) rival ou um inimigo” (PLASTINO, 2009, p. 54). Nessa perspectiva, o cuidar se apresenta como técnica (PLASTINO, 2009) e se destaca o efeito da falta da amistosidade na construção do sofrimento humano (BAREMBLITT, 1997). Associa-se à solidão a prática de exclusão discutida no capítulo 3 e a

convivência surge como um possível antídoto, como uma forma de cuidar que se sustenta em uma dimensão ética que se contrapõe à vida econômica, social e política contemporânea (PLASTINO, 2009; SCARCELLI, 2011; SOUZA, 2009). Neste sentido, a convivência é sempre uma prática sustentada em um movimento de tensão: se não acolher os confrontos e as ambiguidades que se produzem em todo e qualquer encontro humano facilmente se torna opressão e dominação, seja de forma brutal e explícita, seja na forma da piedade ou do controle disfarçado de “ajuda bem intencionada”.

A partir das três modalidades de presença implicada e figuras da alteridade correspondentes (FIGUEIREDO, 2007, 2011), apresentadas no capítulo 2, vou tentar caracterizar a convivência em suas possíveis funções de cuidado. Na *intersubjetividade transubjetiva*, a convivência se transforma em cuidado ao oferecer uma presença acolhedora e atenta: “a presença implicada do outro transubjetivo (...) é, portanto, indispensável, segurando, hospedando, agasalhando, alimentando e ‘sonhando’ das maneiras mais diversas, desde as mais concretas até as mais sutis e espirituais” (2011, p. 18). Trata-se de conter e sustentar, integrar e dar continuidade, transformar como funções implicadas do outro transubjetivo em sua identidade.

A segunda modalidade da presença implicada, que comparece na forma da *intersubjetividade interpessoal*, tem por objetivo *reconhecer*. Interpessoal, pois aqui temos dois sujeitos - embora de uma forma assimétrica, se considerarmos a responsabilidade implicada no papel do cuidar – exercendo a função de testemunhar e refletir/espelhar o outro. Está em jogo a capacidade de prestar atenção e reconhecer o sujeito no que ele tem de singular e próprio, em uma forma de testemunho que devolve ao sujeito parte de sua própria imagem (FIGUEIREDO, 2007). Discreta e silenciosa muitas vezes, esta modalidade implica em prestar atenção ao outro, na medida: quando for pertinente (FIGUEIREDO, 2007). Na tarefa de reconhecer estão implicadas as funções do outro da interpessoalidade em sua semelhança, sendo que esta pode ser “admitida como possível mesmo que antecipada, pois ao tratar o bebê [por exemplo] como “semelhante” o adulto antecipa este reconhecimento como forma de instituir aquilo mesmo que está apenas em potência, ainda vindo a ser” (FIGUEIREDO, 2011, p. 14). Trata-se de uma semelhança que antecipa-se ao próprio objeto a ser reconhecido. Na convivência, além de sonhar junto com o sujeito, apostamos na sua potencialidade, no seu porvir.

Na última modalidade de presença implicada no cuidado, o cuidador é fonte de questões e enigmas: trata-se de uma função de *interpelar* que conclama o sujeito à vida. “(...) as funções – chamar à vida, chamar às falas e chamar à ordem – são tão necessárias aos processos de constituição psíquica e narcísica quanto às funções do acolhimento e do reconhecimento” (FIGUEIREDO, 2007, p. 19). Na convivência, isto se refere a convidar as pessoas a sustentarem sua diferença e seus projetos, em uma dimensão social, ajudando a constituírem e manterem sua história e identidade; e em uma dimensão subjetiva, isto é, no esforço próprio do sujeito para sentir-se melhor.

Associadas a estas três funções do cuidado, três disponibilidades caracterizam a convivência como dispositivo de cuidado em saúde mental, tal como estou construindo neste trabalho: *estar com*, *fazer junto*<sup>100</sup> e *deixar ser*. Cuidado aqui concebido como integrado à saúde, como capacidade de incrementar as sensações de vida, ampliando as capacidades vitais, psíquicas e somáticas (FIGUEIREDO, 2011). A partir destas três disponibilidades será caracterizada a convivência enquanto o enquadre sob medida que reconhece, sustenta e interpela o modo próprio de simbolização de cada sujeito.

#### **4.5.1 *Estar com***

*Estar com*, pathicamente estar lá para quem está em sofrimento (OURY, 1989), em estado de espera para acolher o que vem do outro e destoa do discurso dominante. Suportar uma certa desordem, algo de aleatório, dores, vozes, angústia e sofrimento para acolher o outro no cuidado: “para estar com um outro, este outro deve justamente ser diferente de si mesmo” (OURY, 1995, p. 65). A demanda ética levinasiana frente ao Rosto, à radical alteridade que guarda sempre uma dimensão de mistério: *eis-me aqui...* Implica também acolher as dificuldades, brigas, conflitos e impasses do convívio. Os conflitos podem assim encontrar um lugar de expressão, recuperando o poder de contratualidade nas relações (BASAGLIA, 1985).

Neste *estar com*, destaca-se a relação afetiva que permite mergulhar na experiência existencial, que usa sua “pessoalidade”, que estabelece e suporta transferências. Tal como visto na experiência clínica do acompanhamento terapêutico, penso estar presente a função de “empréstimo” do psiquismo (CROMBERG, 1997), a

---

<sup>100</sup> Cromberg (1997) equivale o acompanhar para o acompanhante ao analisar para o analista. Penso que o *fazer junto* e o *estar com* seriam o equivalente no conviver, de modo que a convivência possa se configurar como um dispositivo de cuidado, sob medida e na justa medida, que busca o que faz sentido para cada um no coletivo.

habilidade do cuidador de conter o sofrimento psíquico em si. No cuidado ofertado via convivência, a função de cuidado na modalidade intersubjetiva transubjetiva (FIGUEIREDO, 2011) pode fazer-se presente, através de uma presença implicada de nossa parte que permita a experiência de continuidade e transformação do ser (FIGUEIREDO, 2011; WINNICOTT, 1975). No *estar com*, mais do que julgar ou interpretar, está presente o esforço para acompanhar o processo de cada pessoa, fazendo, às vezes coisas bizarras juntos, não questionando suas fantasias e delírios (MOSHER; HENDRIX, 2004).

Falar com é uma modalidade complexa do *estar com* que exige uma dialética entre repetição e novidade. É preciso encontrar forma de falar com cada um, fazendo de cada encontro uma possibilidade de novidade. Mesmo quando se encontra de forma repetitiva é preciso resguardar a possibilidade de um encontro inteiramente novo (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993). Lecarpentier (1989) nomeia a importância dos elementos infra-conscientes: a entonação de voz, uma atitude, um sorriso, um aperto de mão... Em uma experiência muito próxima com a convivência que se desenvolve na Inverso, o autor menciona que muitas vezes é suficiente, quando uma pessoa não vai bem, que se reúnam as pessoas de sua constelação e o sofrimento e a sintomatologia se modificam.

O desafio no *estar com* é fazer-ouvir, no sentido de ter consequências, a potencialidade terapêutica do cotidiano, não nos encapsulando em sua aparente banalidade. Ao intervir no cotidiano, amplia-se a possibilidade de simbolização de questões existenciais, a possibilidade de criar algo novo em sua condição existencial, questões práticas e psíquicas se encontram e dialogam na convivência. A ideia de transicionalidade (WINNICOTT, 1975) vem relativizar a hegemonia da palavra e resgatar o potencial simbolizador de outros aspectos da experiência humana (FIGUEIREDO, 2011; BARRETO, 1997), o gesto, a música, o lazer, a dança, a pintura, o trabalho, a pesquisa...

Por vezes alguém começa a pensar diferente ou esquisito – e não me refiro só a pensar sobre coisas esquisitas, mas também a uma esquisitice no próprio modo do pensamento: um sumiço repentino, um aceleração extraordinário, alguma coisa que se impõe, uma evidência estranha que surge, uma interpretação que não se entende. Certamente, este alguém não terá saída se ficar perdido ou largado assim. Mas tampouco terá saída se lhe derem os remédios, mesmo certos, ou se o mandarem para oficinas, mesmo bem cuidadas, ou se o internarem no mais moderno dos hospitais; este alguém não terá saída *se não puder produzir coisa alguma a partir disso, se não puder fazer desta matéria a sua construção*. Falar a partir disso, por exemplo – o que não significa ficar falando sozinho, nem obrigar os outros a ouvir;

*aliás falar a partir disso não é nem mesmo necessariamente falar sobre isso. Falar a partir disso é procurar sair desta coisa em estado bruto que transtorna ou esmaga, tentando inscrevê-la nas leis da linguagem – mesmo sabendo que esta coisa, justamente, desafia tais leis. Produzir a partir disso não obriga sequer a uma passagem pela palavra, mas deve implicar num endereçamento e conduzir a uma montagem, convidar a uma solução* (LOBOSQUE, 2001, p. 24, grifo meu).

É o desafio de acolher na convivência outras formas de comunicação que, no cotidiano, aparecem em diversas formas de enunciação, inclusive não apenas através da palavra, o que nos leva à próxima disponibilidade o *fazer junto*.

#### **4.5.2 Fazer junto**

*Fazer junto* surge como uma possibilidade de interlocução na convivência, ao invés das posturas históricas, no campo da saúde mental, de *fazer sem*, *fazer no lugar de* ou *fazer pelo* sujeito (DELION, 1984). A convivência implica em um cuidado que se faz também e, primordialmente, em ato: corpo, gestos e atitudes estão relacionados em uma abertura para o novo, desinvestindo-se o narcisismo e deixando-se afetar (PALOMBINI, 2004); uma experiência sensível (BRAGA; COSTA, 2013); um encontro estético de corpos (OURY, 1989). É participar, estar na mesma paisagem e re-tecer o mundo, confeccionando a existência, resgatando um comércio afetivo (OURY, 1989).

Diferentes atividades criam oportunidades para que as pessoas e os cuidadores possam exprimir-se em uma relação que enseje a des-hierarquização (LANCETTI, 2008), a possibilidade de exercer uma função segundo sua própria história. As atividades permitem que as pessoas se encontrem, circulem, tenham acesso. Uma clínica que se faz nos pequenos detalhes e que usa o cotidiano em favor da emancipação das pessoas. A proposição de uma atividade tem valor de interpretação (BERGER, 2001), no que ajuda a restabelecer pontes com o mundo. Tem algo que não comparece nas consultas programadas que surge no *fazer junto* na convivência, através da disponibilidade do *estar com* acima caracterizado, desvelando a potencialidade terapêutica do cotidiano e da solidariedade.

Destaco ainda o papel dos mediadores simbólicos, na função de transicionalidade acima mencionada, que se ligam a uma outra forma discursiva e, ao mesmo tempo, indicam uma relação com o mundo exterior (PALOMBINI, 2004). O mediador não é apenas entre nós e eles, mas uma conexão com outra ordem discursiva e com o externo. Não é um mero acaso, um objeto ou atividades quaisquer, o mediador precisa articular-se com a história do sujeito, permitindo processos de

subjetivação e interlocução. Um simples gesto pode ter a força de uma microrrevolução (CHAUCHICK, 2001). Em *Dá para fazer*, temos um exemplo de uma intervenção que se faz no ato e não exatamente, ou não apenas, pela fala. Quando Luca se enerva, pois não consegue responder às perguntas acerca da sua impossibilidade de sair da cama e voltar para o trabalho, Nelo se disponibiliza para *estar com e fazer junto*: “tudo bem, eu também quero dormir”. Se deita ao lado de Luca, o acolhe e agora Luca, após ser acolhido pelo ato, pode falar: “o remédio não me deixa levantar da cama. Tenho vergonha. Um especialista [no trabalho] não pode ficar dormindo”.

Por meio da relação (*estar com*) e do testemunho do dia-a-dia (*fazer junto*), criam-se possibilidades para que as pessoas possam desfrutar da vida e de si mesmo de forma criativa (BARRETO, 1997). Na convivência, ligações momentâneas, mas com uma dimensão de continuidade, constroem-se de forma concreta - uma equipe que se dispõe a cuidar, com paciência, pelo tempo que for necessário, das pessoas em sofrimento - e de forma psíquica - apostando na possibilidade de novas elaborações psíquicas (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993) e no sujeito que está por vir (FIGUEIREDO, 2011). Acolher e reconhecer o tempo de cada um (ora frenético, ora de uma lentidão intimidante), torna-se mais importante do que criar uma estrutura institucional específica: não se trata de institucionalizar a convivência! É preciso reconhecer que, às vezes, por um lado, a impaciência da equipe não consegue respeitar o tempo das pessoas. Por outro, é preciso cuidar para que a rotina não leve a equipe a se desinteressar pelo sujeito e desinvestir no diálogo, mantendo a possibilidade da convivência engendrar um processo de história-ação (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993), de temporalização, de investimento na história do sujeito. Goulart (2013) afirma que, justamente a partir do favorecimento de espaços de convivência entre as pessoas que frequentam o CAPS, é possível a emergência de iniciativas próprias e novas possibilidades.

Lembram-se que ele nos revelou que quando começou o tratamento no CERSAM buscava o serviço dirigido por sua “intuição”, e não por regras externas a ele, traçadas pela instituição? Ele nos informou que ia até lá quando aquilo que chamou de “intuição” lhe indicava que era hora de ir. Como garantir que os serviços sejam permeáveis aos modos e formas do sujeito lidar com o mundo, garantindo que num determinado tempo da sua história ele possa acessá-la a partir do que experiência e não exclusivamente a partir das regras gerais que regem a instituição? (LEAL, 2007, p. 86).

Para tanto, o serviço pode ser organizado de modo a fazer caber uma certa desordem, como acima mencionei, e criar condições para que cada membro da equipe possa desenvolver estilo próprio (LECARPENTIER, 1989), investindo e produzindo de forma diferente. Quanto mais próximos, mais potencialmente defensivos, o que leva à necessidade de cuidar dos profissionais para que seja possível estar próximo, na convivência, sem nos defendermos.

#### 4.5.3 *Deixar ser*

As três modalidades de presença implicada – acolher, reconhecer e interpelar – necessitam agir em equilíbrio para que os cuidados possam efetivamente produzir sentido para o sujeito. Este equilíbrio implica na coexistência desta pluralidade de funções, sem nenhum tipo de precedência temporal ou prioridade lógica entre elas (FIGUEIREDO, 2011). Na busca deste equilíbrio, torna-se fundamental que a implicação encontre-se mediada pela *reserva*. “Para o ser humano, é necessária a possibilidade de comunicar-se com o Outro, mas é também fundamental ter a oportunidade de *não-comunicação*. É importante, para o homem ter visibilidade no mundo, mas é também preciso se ocultar dele” (SAFRA, 2004, p. 139).

Na reserva está em jogo *deixar ser*; o cuidador abre mão de suas fantasias de onipotência, aceita sua própria dependência e entende que para cuidar do outro, é necessário cuidar de si e se deixar ser cuidado, desvelando a inevitável mutualidade nos cuidados como um fundamento ético. “Sem prejuízo do que sabe e pode, e sem renegar o que sabe e pode, o agente de cuidados nem sabe tudo nem tudo pode” (p. 21) e, assim sendo, deixa-se interpelar e cuidar por outros, por terceiros, compartilhando suas ações e decisões com outros cuidadores. Trata-se de uma função primordial, que penso estar intimamente relacionada ao cuidado que se opera na convivência, que envolve “(...) apenas deixar-ser e deixar-acontecer” (p. 22), o que se configura como uma ação negativa: não impedir que algo aconteça e seja, abrir espaço e dar tempo (FIGUEIREDO, 2007). Há aqui uma moderação nos afazeres: “nesta condição, ele “deixa ser” seu “objeto” e o não-cuidar converte-se em uma maneira muito sutil e eficaz de cuidado” (FIGUEIREDO, 2007, p. 21). Estar em reserva para deixar ser não é descuido: exige esforço e implicação – ainda que na forma de silenciamento narcísico – do cuidador.

Se toda ação de cuidado está inscrita em uma economia da violência - por mais “bem intencionada” nossa ação, ela está sustentada em uma relação de poder- ,

isto exige um esforço para uma economia e silenciamento de ser para encontrar o outro em sua irreduzível alteridade. Silencio-me, coloco-me em reserva, para abrir tempo e espaço para que o outro possa emergir em sua especificidade e potencialidade.

O desafio do presente trabalho é, a partir da experiência de convivência, caracterizar como estas funções do cuidado podem ser estabelecidas no espaço do CAPS e como evitar os riscos e violências sempre potencialmente implicados no *estar com* que caracteriza a convivência. Neste sentido, entendo que a sensibilidade clínica desenvolve-se como a habilidade de reconhecer a cada vez qual é o momento para acolher, momento para reconhecer e o momento de interpelar, em uma posição de reserva ética que deixe espaço – e tempo – para que o outro seja. Com cada sujeito, no espaço grupal, identificar o que ele necessita. No paradigma hospitalocêntrico e sintomatológico não se acolhe nem se reconhece: interpela-se no lugar de saber, afirmando-se que o sujeito em sofrimento não é um ser humano viável. O anseio da desinstitucionalização é encontrar o equilíbrio entre acolher, reconhecer e interpelar, visando o empoderamento e a possibilidade de cada um sustentar uma vida possível, entendendo a convivência não apenas em sua dimensão emancipadora, mas também nas contradições inevitáveis e no controle mútuo que surgem a partir do conviver.

## **CAPÍTULO 5 - ORIGEM, HORIZONTE E BASTIDORES DA PESQUISA: PERCURSOS METODOLÓGICOS**

Neste capítulo, apresento as escolhas metodológicas: o desenho metodológico da pesquisa, a construção das informações qualitativas, bem como a proposta de análise das mesmas. Além disso, contextualizo os bastidores da pesquisa com o objetivo de torná-la o mais pública possível e aberta à discussão (DEMO, 2004; 2006b; COSTA; PENSO; ALMEIDA, 2006).

### **5.1 Os impasses do início: um luto necessário**

Oficialmente o projeto de doutorado estava aprovado: 30/01/2012. Havia convidado três alunas para participar da pesquisa. Aquelas cuja tentativa de experimentar a gestão autônoma da medicação (RRASMQ, 2003), um projeto inspirado em uma experiência canadense (iniciamos este projeto em três instituições diferentes) me pareceu mais promissor pela presença de qualidades e características dessas alunas que combinavam uma postura acolhedora e uma preocupação com uma atuação política, formando um grupo heterogêneo e não necessariamente harmônico, mas com uma diversidade inspiradora. Dianne, a que encarnava a função do cuidado, a aluna um pouco mais velha que acolhia seus colegas, que lidou sozinha – literalmente, não havia nenhum outro funcionário na instituição no momento - com uma crise no CAPS (o que levou a uma importante discussão sobre o estágio e a função das estagiárias no serviço), cuidadosa também comigo, “meu braço direito”, falece repentina e tragicamente em um acidente em dezembro de 2012. Profundamente tocada e chocada, me foi impossível começar o projeto de pesquisa no início do ano. Converso com a gerente do CAPS, mostro o cronograma inicial e compartilho minha dificuldade. Sou acolhida, cuidada, e ela permite que adiemos a pesquisa. Esta experiência foi transformadora em mim. Primeiro, me surpreendeu a intensidade de meu carinho por minha aluna (já a imaginava como gerente de um novo CAPS e preceptora de meus novos alunos; o que não foi a primeira vez que aconteceu, afinal tive e tenho ex-alunos que são preceptores dos meus novos alunos; só que desta vez a interrupção revelou meus anseios e expectativas) e, portanto, a intensidade da minha dor com sua morte. Segundo, e talvez a parte mais dura deste luto, me fez ver que ela provavelmente não sabia o quanto ela era importante... Como ela saberia, se nem mesmo eu o havia admitido? Desde então, sou mais aberta e

franca com meus alunos – em especial meus estagiários e extensionistas: deixo-os saber como gosto de trabalhar com eles, como sou grata por realizar projetos que apenas se concretizam porque eles sonham comigo que é possível. Uma nova dimensão de cuidado se abre em mim a partir desta experiência e que permitiu que eu me tornasse mais disponível para a experiência de conviver.

Ao longo do processo de luto, fui me abrindo ainda mais para a diversidade. Decidi não substituir Dianne e, sim, convidar novas pessoas que de alguma forma estavam vinculadas a mim e a ela. Convidei quatro novas pessoas e formamos um grupo com 06 alunos de pesquisa<sup>101</sup>. Foram escolhidos com muito cuidado: se é para mergulhar na aventura de conviver que seja com pessoas especiais e com quem, por diferentes razões, me sinta ligada/identificada. Todos tinham experiência em saúde mental através do PRISME. Iniciamos em julho. Conversamos algumas vezes sobre a ausência de Dianne, sobre nosso processo de luto. O primeiro dia, quando fui apresentar para a equipe do CAPS o projeto, oficialmente iniciando a pesquisa, ainda foi ambivalente: excitada por começar, mas, ao mesmo tempo, triste com sua ausência e sem vontade de ir.

O primeiro dia no grupo da convivência – que foi acolhedor como Dianne – foi libertador. Na volta, sozinha em meu carro, conversei com ela – como Girlene (a gerente do CAPS) havia me sugerido antes – e me desculpei por ter ficado com raiva por ela não estar aqui todos esses meses, de sentir que ela aprovaria o que estávamos fazendo, que ela aprovaria a equipe e enfim me senti pela primeira vez, em meses, feliz com um projeto que acredito. Sem culpa, afinal, agora era possível começar... Sua ida prematura me modificou internamente e me deixou – isto está claro para mim agora – mais disponível emocionalmente para conviver com meus alunos e com os usuários. Esta modificação dolorosa e algo assustadora, finalmente foi acolhida por mim. A pesquisa se beneficiou do fato de que eu estava mais livre para expressar meu afeto. No capítulo 3, apresentei uma reflexão sobre a importância da dimensão afetiva em uma formação profissional que seja compatível com a construção de uma convivência igualitária e fraterna nos serviços de saúde mental. Esta dimensão também estará presente na análise das informações qualitativas produzidas por esta pesquisa.

---

<sup>101</sup> Esta foi a composição no início da implementação da pesquisa. Novos alunos-pesquisadores foram inseridos, com diferentes funções, ao longo do projeto, conforme será explicitado adiante.

## 5.2 Um grupo heterogêneo e repleto de cuidado

Esta pesquisa também foi beneficiada pelas trocas e discussões com um pequeno grupo<sup>102</sup> de mestrandos, doutorandos e profissionais no campo da saúde mental. Nos reunimos, de forma periódica, para discutir nossos trabalhos, na dimensão teórica, prática e ética e as inevitáveis dores que acompanham estes processos.

Poderia dizer, junto com Creswel (2010) e Bauer e Gaskell (2004), que este grupo teve a função metodológica de confronto e validação com pares. É verdade; mas este grupo foi e é muito mais do que isso. Aqui, a convivência com os pares teve também um outro lugar: compartilhar angústias, dividir dores e indignações na tarefa de fazer saúde mental no Distrito Federal. No início deste trabalho, foram descritas algumas das dificuldades que enfrentamos na capital para conseguir implementar a política nacional de saúde mental. Este grupo se constituiu para mim como o espaço de cuidado necessário para que eu pudesse suportar e sustentar a convivência em um serviço de saúde mental na realidade do DF.

De toda forma, faço questão de reconhecer que este grupo me acompanhou por todo o processo do doutorado, me incentivando, provocando e interpelando - rara qualidade que só se encontra em espaços de cuidado (FIGUEIREDO, 2007) - em suas várias dimensões: metodológica, teórica, prática e emocional.

## 5.3. Como estudar a convivência? Convivendo...

“Devemos usar a moeda vigente no país que exploramos”  
(FREUD, 1911, p. 87).

Começo o doutorado com uma hipótese que surge de minha experiência prática e concreta ao longo de dez anos. Esta surge quase como uma imposição, uma consequência inevitável e concreta de uma experiência.

Mas era necessário construir um procedimento metodológico que captasse, da melhor forma possível, a experiência e que tivesse a potencialidade para efetivamente afetar os serviços de saúde mental. Eis que faço um desenho metodológico para melhor compreender algo que experimento. Surge uma novidade. Oriunda do risco mesmo de engessar a convivência em processos metodológicos ou administrativos:

---

<sup>102</sup> Meus agradecimentos ao Grupo *Croissant Mental*: Juliana Pacheco, Amanda de Oliveira, Filipe Walladino Braga, Daniel Magalhães Goulart, Thiago Petra e Henrique Fernandes.

transpor do lugar privilegiado da academia (mesmo que na forma de extensão e estágio) para a realidade concreta dos serviços. A vantagem: ao ser acolhida – quase – como profissional da instituição e estar submetida às regras/limites/rotinas, a tese se torna mais real, tenho que enfrentar os impasses de fazer parte de uma instituição de saúde mental no Distrito Federal. Os seus limites ficam claramente demarcados, mas também sua possível e concreta potencialidade, sentida no início e como efeito dos anos de prática.

Este estudo foi realizado através de uma pesquisa qualitativa, em particular, uma pesquisa-intervenção, com o objetivo de caracterizar a convivência como dispositivo de cuidado na clínica da atenção psicossocial. Neste sentido, configura-se como uma proposta de intervenção, construída junto com os usuários e considerando as sugestões e opiniões também dos profissionais. Segundo Demo (2006a, p. 51), para que seja “o caso trabalhar com pesquisa qualitativa, é mister estarmos diante de um campo-sujeito-objeto<sup>103</sup> marcado por tessituras intensas, profundas, não-lineares da convivência e da comunicação humanas”. Para o autor, estes contextos são caracterizados por “profundeza e envolvimento subjetivas” e politicidade. Sendo o tema desta pesquisa a própria convivência, um desenho qualitativo, que considere a subjetividade e a politicidade implicadas no fenômeno, fez-se necessidade intrínseca. A aposta aqui feita é de que, tal como afirma Demo (2005, p. 38), o “conhecimento detém *potencialidade disruptiva*, no sentido de que seu gesto primeiro é desconstrutivo, questionador (...) Teoria, em seu sentido mais pleno e profundo, não é discurso que descreve a realidade, mas com ela se confronta”. Alerta, no entanto, que o conhecimento, se, por um lado, tem um potencial libertador, por outro, também coloniza e imbeciliza. “O signo maior do conhecimento modernista é a superioridade, não a convivência de iguais e diferentes” (DEMO, 2005, p. 46). O pós-modernismo vem questionar esta superioridade: o conhecimento questionador (moderno) deve ele mesmo ser questionado, de modo que a coerência da crítica se funda na auto-crítica.

Reclama-se, entre outras coisas, que a visão modernista de conhecimento científico está enredada em clamorosa contradição performativa, ao imaginar-se imune, ou melhor, impune, à crítica. A tudo derrubou – religiões, filosofias, teologias, sentidos comuns, credências – sem aperceber-se que também poderia ser derrubado. Mais ainda, deixou de reconhecer que “poder ser derrubado” é parte intrínseca do jogo científico (DEMO, 2005, p. 47).

---

<sup>103</sup> Este conceito, inspirado por Thompson (1995), será discutido ainda neste capítulo.

O autor denuncia que encerrar o saber pensar em uma metodologia lógica-formal desconhece que a convivência é histórica, concreta e relativa, já que saber cuidar e “cultivar a convivência igualitária” (p. 56) faz parte do saber pensar. O conhecimento científico modificou-se, de modo que o papel da interpretação não é concluir e sim “desconstruir e reconstruir indefinidamente. Não há mais qualquer condição de explicação final” (DEMO, 2005, p. 65).

Como mencionado na introdução, articulo autores e ideias de campos muito diversos, de modo que tenho a preocupação em apresentar o contexto e as influências de cada autor para que fique o mais claro possível de onde cada autor parte e a articulação que construo, facilitando, assim, a discussão. Uma posição, que em muito se parece com o meu esforço, encontro descrita no livro de Demo (2002) sobre a solidariedade como efeito de poder: “faço isso não só por obrigação acadêmica, mas sobretudo para permitir discussão aberta irrestrita que, para mim, ainda é o melhor critério de cientificidade, principalmente no plano das ciências hermenêuticas” (p. 15). Demo (2006a) afirma que a interdisciplinaridade é exigência mesma da realidade, pois esta é não linear, mas dinâmica e complexa, o que impossibilita que uma disciplina capte esta diversidade. Neste trabalho, considerando que meu tema é a convivência, dialogo, em especial, com recortes no campo da Filosofia e da Sociologia na caracterização desta como dispositivo ético-político-clínico de cuidado.

A convivência configurou-se em uma dimensão fenomenológica, foi estudada a partir do conviver, ao mesmo tempo, em que também se configurou em uma intervenção, que se fez a partir do conviver.

A pesquisa-intervenção em nossa experiência faculta um duplo e simultâneo projeto: por um lado, redimensiona a formação acadêmica dos profissionais de Psicologia, apontando para uma perspectiva sócio-histórico-política; por outro, constrói novas bases para as ações dos psicólogos nas instituições, contribuindo para a organização de equipes que queiram assumir o desafio de colocar em análise suas implicações com as práticas produzidas, entendendo as situações cotidianas como acontecimentos sociais complexos, determinados por uma heterogeneidade de fatores e de relações (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 64).

Para Rocha e Aguiar (2003), a pesquisa-intervenção é uma tendência das pesquisas participativas que buscam investigar a vida de coletividades em sua diversidade qualitativa, propondo intervenções, de ordem micropolítica<sup>104</sup>, em uma

---

<sup>104</sup> “(...) a dimensão micropolítica ganha importância e revela ser mais que uma dimensão na escala espacial (a do lugar) ou que uma temporalidade (a do cotidiano), abrindo a História à experiência imprevisível que se espreita no cotidiano” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 70).

experiência social. Para as autoras, neste tipo de pesquisa, não é uma mudança imediata da ação instituída que é objetivada, mas esta é compreendida como “consequência da produção de uma outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 71). Embora não esteja aqui necessariamente seguindo os preceitos da pesquisa-intervenção tal como descritos pelas autoras, será feito um esforço na direção apontada de “questionamento dos especialismos instituídos, ampliando as análises do nível psicológico ao microsocial – deslocamento estratégico do lugar que historicamente foi destinado ao psicólogo” (p. 71).

Esta pesquisa se pretendia inicialmente participante. Sem sombra de dúvida, as intervenções contaram com a participação e opinião da equipe e dos frequentadores, conforme será descrito no próximo capítulo. Particularmente, a opinião dos frequentadores, afinal cada grupo era definido pela expectativa e pedidos manifestos dos participantes e, ainda, pelo nosso esforço de trazer e vislumbrar possibilidades para aqueles que, por uma razão ou outra, se viam impedidos, naquele momento, de sustentar um desejo próprio. Neste sentido, tanto a atividade de convivência quanto o grupo de convivência (as duas modalidades de intervenção que construímos, conforme será explicado no próximo tópico) cumpriram os critérios para uma pesquisa participante.

No entanto, na análise das informações qualitativas enfrentei algumas dificuldades para torná-la mais participativa. Mercado-Martinez (2004) afirma que é característico no modo de proceder da análise qualitativa que as mudanças não sejam introduzidas de forma progressiva e linear. Ao contrário, fazendo referência a sua própria pesquisa no campo da saúde, afirma que vários procedimentos foram incorporados de “forma planejada e de acordo com os objetivos e as propostas teóricas, mas outros foram produto de uma série de circunstâncias que nos obrigaram a retificar o caminho, ao encontrar barreiras intransponíveis ou ante a infertilidade das estratégias empregadas” (p. 140) e que “sob uma perspectiva crítico-interpretativa, empregamos diversos métodos para a análise dos dados” (idem).

Por um lado, a própria estrutura do CAPS não o permitiu (como ocupar o horário da reunião de equipe para analisar os dados?) e a posição de assujeitamento

dos usuários em relação aos serviços<sup>105</sup>, tão marcada na capital do país, não incentivou. Por outro lado, assumindo minha responsabilidade, confesso que foi difícil solicitar a participação dos profissionais e usuários nesta etapa da pesquisa. À parte possíveis razões narcísicas inconscientes e a posição ambivalente de não fazer, mas fazer, ao mesmo tempo, parte da equipe, esta dificuldade em solicitar ajuda esteve vinculada, acima de tudo, a uma priorização das necessidades: as pessoas que frequentaram o grupo da convivência enfrentavam condições de vida e de sofrimento tão adversos, que o seu interesse no encontro comigo e com os outros pesquisadores dizia respeito à possibilidade de transformação de sua condição existencial e não a um projeto de pesquisa, por mais que este sinalize, para eles inclusive, uma possibilidade de mudança estrutural no tipo de cuidado oferecido no serviço e que eles tenham escolhido participar. No próximo capítulo, também será analisado o impacto da intervenção no CAPS, as mudanças que se desdobraram e os limites que foram encontrados. E, ainda que na implementação da intervenção, tantos os frequentadores quanto os profissionais tenham participado das discussões e decisões, não acredito com a pesquisa ter alcançado o objetivo da pesquisa participante como Demo (2004, p. 20) apresenta: “contribuir para que as comunidades se tornem sujeito capaz de história própria, individual e coletiva, para saberem pensar sua condição e intervenção alternativa”.

Penso que, fundamentalmente, o que me impede de adjetivar de participante a pesquisa relaciona-se exatamente com os limites – meus, da equipe, dos participantes, da instituição - encontrados para transformar, através da convivência, a lógica de institucionalização que ainda está presente em nossa realidade. Nas diferentes ocasiões em que tentei conversar com os participantes sobre as informações qualitativas construídas a partir da pesquisa, senti uma artificialidade<sup>106</sup> de minha

---

<sup>105</sup> Demo (2006a, p. 93), em um breve exemplo de análise qualitativa da pobreza política de um morador de rua, afirma que “vale ressaltar na história de nossa sociedade o papel central que desempenha o assistencialismo, sobretudo por parte dos governantes que falam em linguagem de cidadania, estereotipam o cidadão como mero beneficiário, cultivando no fundo sua condição de massa de manobra; no contexto de um entorno muito carente, Brasília é chamariz mais ou menos fatal, agravado por governos assistencialistas”. Foi preciso reconhecer e enfrentar juntos as dificuldades implicadas para os frequentadores em se colocar como protagonistas estando inseridos em uma situação institucional que exige, em vários aspectos, submissão. No próximo capítulo, na análise das informações qualitativas, será discutido como, em algumas situações e circunstâncias, um dos papéis que o grupo de convivência desempenhou foi de ajudar os frequentadores no diálogo e na busca de resolução de problemas junto a profissionais que eles, de alguma forma, temiam.

<sup>106</sup> Esta foi uma questão - que será analisada no próximo capítulo - infinitamente discutida nas reuniões de pesquisa: como compartilhar a análise da convivência sem fazer um procedimento artificial que quase parece solicitar ao frequentador que diga que o grupo é bom?

parte e, por consequência, da parte deles, que lembrava os dispositivos clássicos de cuidado que justamente tentava subverter através da convivência. Em uma estratégia alternativa, criada também para resolver uma questão institucional – o grupo de convivência é um grupo aberto, participa quem quer e quando quiser, no entanto, segundo as regras de funcionamento do CAPS é preciso confirmar a participação dos usuários, pois um certo número de faltas acarreta o desligamento do serviço – foi criado o “caderno da convivência”, onde cada participante registra, quando assim o quiser, suas impressões sobre a atividade e faz sugestões para novos encontros<sup>107</sup>.

Afinal, a opção assumida – não necessariamente consciente, mas ao mesmo tempo paradoxalmente compartilhada com meu orientador e com meus pares no grupo *Croissant* – foi privilegiar o cuidado e interesse dos frequentadores em detrimento da análise participativa da informação qualitativa. Sou clínica, isto é, me ocupo cotidianamente em cuidar; sou professora, isto é, me ocupo cotidianamente em ensinar; sou militante, isto é, me ocupo cotidianamente em lutar. O desafio neste trabalho foi assumir uma outra identidade, de pesquisadora, e descobrir como continuar cuidando das pessoas em sofrimento psíquico, dos alunos e de fazer parte de um contexto político que almeja uma mudança sócio-cultural que entendo como cuidado, enquanto faço pesquisa.

Reconheço, sem arrependimentos, que minha posição ética sempre foi privilegiar o cuidado em detrimento da pesquisa. O que não significa dizer que tenha descuidado do esforço para sistematizar, analisar, compartilhar o que foi produzido. Mas, certamente, sou levada a reinterpretar a metodologia para adequar ao “objeto” de estudo, tal como sugerem Thompson (1995) e Demo (2006a). Enfim, isto significa que, em relação à análise da convivência, esta pesquisa não se caracteriza, a princípio, como participante, mas como uma pesquisa-ação na forma de uma intervenção. Não penso que foi escolha cômoda: “pesquisa-ação pode significar, neste contexto, posição mais cômoda: produz-se conhecimento em favor da comunidade, mas não se assume o destino da comunidade” (DEMO, 2004, p. 9)<sup>108</sup>.

---

<sup>107</sup> Este procedimento foi construído a partir da demanda e preocupação de alguns usuários que na consulta com a psiquiatria eram acusados de não estar frequentando as atividades do CAPS, pois não costumávamos evoluir no prontuário. Após cada grupo, eu já tinha o cuidado de deixar uma lista de presença no setor responsável pelos prontuários. A partir destas queixas, além de deixar a lista, nós decidimos conjuntamente fazer o caderno como uma espécie de comprovação, caso necessário, da presença e participação dos usuários no grupo de convivência.

<sup>108</sup> Participei e convivi intensamente: o grupo de convivência – não mais como pesquisa – continua existindo e fazendo parte do CAPS e da minha vida. Penso que o conflito que vivenciei em vários

Como esforço para garantir a presença dos frequentadores na análise da informação qualitativa – pois na intervenção eles sempre estiverem presentes -, utilizo a hermenêutica de profundidade de Thompson (1995), revista por Demo (2006a), no intuito de incluir o ponto de vista dos frequentadores e dos profissionais tanto na análise sócio-histórica, como na *standpoint epistemology*, conforme será descrito em seguida.

Meyer (2005), discutindo a utilização da pesquisa-ação no contexto da saúde, sustenta que o pesquisador nesta modalidade trabalha com e para as pessoas, ao invés de pesquisar sobre elas. A pesquisa-ação desenvolve uma intervenção para mudar ou aperfeiçoar a prática na saúde, visando “formas mais racionais, justas, democráticas e satisfatórias de ‘serviço’” (MEYER, 2005, p. 73), contrapondo-se a pesquisas que não tenham impacto no cotidiano dos serviços.

Considerando com Demo (2004), que a ideologia é fenômeno necessariamente inerente a qualquer pesquisa<sup>109</sup>, deixo explícito meu posicionamento. Esta metodologia ensejou refletir criticamente sobre uma prática que se desenvolve a partir de uma busca de transformações sociais, mais especificamente no campo da atenção psicossocial base da atual política nacional de saúde mental no Brasil, ainda não inteiramente implementada no Distrito Federal, permitindo que esta reflexão, ancorada em um estudo sistematizado no doutorado, tenha efeitos na própria experiência, reconfigurando-a e produzindo novos saberes e novas práticas.

---

momentos que quase me fez desistir do doutorado faz referência a esta dificuldade em integrar estes diferentes papéis: mãe, psicanalista, professora, supervisora, doutoranda, pesquisadora. Nos momentos mais críticos, esta angústia se polarizou: ou o grupo de convivência ou o doutorado. Parecia impossível prosseguir mantendo os dois. Por ter encontrado cuidado (o grupo da quarta, meu orientador e meu esposo e minha mãe que me ajudaram a cuidar das crianças nos períodos críticos), foi possível sair da impossibilidade obsessiva (ou-ou) e encontrar um viável e concreto meio-termo. Compartilho aqui meus limites apenas porque penso que isto ajudará em capítulos posteriores pensar como a convivência pode concretamente ser utilizada como dispositivo de cuidado no CAPS, considerando nossos limites enquanto profissionais. Se não considerar os limites a proposta se torna inviável o que não é o objetivo aqui proposto: a convivência como dispositivo de cuidado - ainda que utópica, pois sonha com uma melhor humanidade - é *proposta concreta de cuidado para a organização do cotidiano do CAPS*.

<sup>109</sup> “A ideia de as ciências naturais seriam extrinsecamente ideológicas (imissão de fora para dentro), enquanto as ciências sociais seriam intrinsecamente ideológicas, não se sustenta mais porque a pesquisa multicultural (Harding, 1998) e de Foucault (1971, 2000) mostrou claramente que entre conhecimento e poder existe simbiose tão profunda, que é impraticável pretender separá-los. Não é assim que o poder é excrescência, deturpação superveniente, porque é, na verdade, parte integrante. Não foi enfiado no conhecimento por entidade malévola de fora. Sempre morou lá dentro” (DEMO, 2004, p. 18-9).

### **5.3.1. Desenho metodológico**

A pesquisa comportou três etapas, diagnóstico da situação a ser estudada, análise crítica e a intervenção. Segundo Brandão (1987, p. 68), estes três momentos na pesquisa constituem “um processo permanente de estudo, de reflexão e de transformação da realidade, os quais se nutrem mutuamente”.

Conforme mencionado anteriormente, foram realizados seleção e treinamento de 06 (seis) pesquisadores-auxiliares, dentre alunos de graduação do curso de Psicologia do UniCEUB que participam ou participaram do projeto de extensão e/ou estágio supervisionado em instituições de saúde mental, sob minha supervisão.

O CAPS foi escolhido como cenário para a presente pesquisa porque os serviços tipo CAPS assumem, segundo o Ministério da Saúde (2004), um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, fazendo o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, ao desenvolver projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. O objetivo do CAPS, como um serviço do SUS, é “oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13). A escolha específica deste CAPS considerou a abertura sentida por parte da gerência e da equipe para acolher novas experiências, bem como uma abertura para refletir sobre o próprio trabalho e funcionamento do CAPS.

#### **1ª Etapa:**

Em uma primeira etapa foi feita uma avaliação no CAPS acerca da utilização da convivência como dispositivo ético-político-clínico de cuidado no alcance dos objetivos da política nacional de saúde mental. Em um primeiro momento, a pesquisa, que já havia sido aprovada, foi apresentada à equipe do CAPS e iniciada uma discussão sobre como a equipe percebe a convivência no CAPS. Em seguida, o mesmo procedimento foi realizado na assembleia com usuários e familiares presentes. O diagnóstico foi realizado através do convívio no CAPS, em um momento que adjetivo de etnográfico no processo de construção da intervenção, pois caracterizou-se pela imersão da equipe de pesquisa no cotidiano institucional. Segundo Brandão

(1987), a análise qualitativa do ponto de vista dos indivíduos e grupos que compõem a “comunidade” a ser estudada é um importante momento do processo de diagnóstico da questão a ser estudada:

não se trata, pois, de um simples contato com a população pesquisada ou da pura “ambientação” por parte dos pesquisadores (...) implica “viver junto” com a coletividade estudada, em partilhar o seu cotidiano, a sua utilização do tempo e do espaço (p. 58).

Dentro desta perspectiva, fizemos uma imersão na realidade do serviço<sup>110</sup>, participando, no período de 09 a 31 de julho de 2012, das atividades do serviço: convivendo, ouvindo os usuários e a equipe. No apêndice 1, apresento um cronograma detalhado das fases da pesquisa. Esta primeira etapa teve por objetivo identificar como a convivência acontece nos espaços do CAPS, se está articulada com o cuidado oferecido na instituição, a opinião e desejo dos profissionais e usuários em relação à convivência: os impasses suscitados no convívio, as dificuldades, as potencialidades, os desejos de cada ator social em relação a que tipo de convivência gostariam de construir no serviço. Durante este período, fizemos observação direta e participante com registro em Diário de Campo. O grupo de discussão sobre a temática da convivência com a equipe foi gravado. Segundo Grigolo (2010), os grupos de discussão possibilitam não apenas colher as opiniões de várias pessoas (tais como nos grupos focais), mas também “são produto das interações entre as pessoas e possibilitam conhecer as orientações coletivas” (p. 58). Considerando que a apresentação e a discussão sobre a convivência foi apenas um assunto abordado na assembleia, optei por realizar diário de campo e não solicitar gravação neste momento. A assembleia tem uma função fundamental na construção dos serviços substitutivos e ainda é frágil dispositivo na realidade do DF. A opção ética foi não fazer os objetivos da pesquisa mais importantes do que a construção de uma nova forma de cuidar no CAPS.

---

95 Já conhecia parcialmente a realidade deste serviço, pois, desde 2008, participamos de reuniões quinzenais no CAPS com o objetivo de supervisionar, de forma integrada com a equipe do CAPS, estagiários e alunos extensionistas. A partir desta *convivência*, foi possível identificar que a *convivência* no CAPS é uma questão reconhecida por profissionais e usuários de saúde mental como um aspecto a ser aprimorado no contexto do conjunto de cuidados oferecidos pela instituição.

## **2ª Etapa:**

Após o diagnóstico da convivência no CAPS, junto com a equipe de profissionais e usuários, construímos uma proposta de intervenção na instituição. A partir da análise do diagnóstico, nesta segunda etapa, foi delimitada a intervenção, esta com o objetivo de (re)organizar a convivência entre usuários, profissionais de saúde e comunidade que compõem a realidade do CAPS. Foram determinados os dias das atividades e o tipo de atividades que seriam realizadas com o objetivo de aprimorar a convivência no CAPS.

As atividades foram conduzidas pela equipe de pesquisadores, a pesquisadora principal e os pesquisadores-auxiliares. Na análise e organização das atividades levamos em consideração as opiniões e sugestões da equipe e dos usuários e familiares do CAPS que estavam presentes na assembleia. Após a análise, apresentamos para a equipe duas propostas: uma atividade de convivência e um grupo de convivência. O grupo de convivência foi idealizado para propiciar uma forma de cuidado ético-político-clínico, inspirada nas dimensões discutidas nos primeiros capítulos. O grupo de convivência, com frequência semanal, foi configurado com o objetivo de tentarmos construir, convivendo, um dispositivo diferenciado de cuidado. Foi, neste sentido, fundamental, pois foi no enfrentamento concreto da convivência, que foi possível avaliar as potencialidades e dificuldades para a implementação de um dispositivo diferenciado de cuidado.

Com receio, no entanto, de institucionalizarmos a convivência em um grupo semanal, foi proposta também a atividade de convivência. Nesta, basicamente, os pesquisadores estavam no CAPS, sem estar vinculados a nenhuma atividade específica, ao contrário, disponíveis para a convivência e para estar junto de quem precisasse ou desejasse, de forma não programada ou agendada. Neste sentido, são atividades livres e não-estruturadas (isto é, não delimitadas como já fazendo parte das atividades terapêuticas ofertadas pela instituição), ocupando os espaços e tempos “ociosos”, tendo como princípio *estar com* e realizar atividades em conjunto. Implicava, portanto, em uma participação espontânea, do usuário, familiar ou profissional. A equipe do CAPS optou pela realização de ambas as atividades. O próximo passo foi a apresentação das intervenções nos grupos do CAPS, convidando os usuários a participar. A equipe de pesquisadores se dividiu e apresentou as propostas nos grupos realizados no CAPS, no período de 03 a 18/09/12. Neste momento, também entregamos um convite aos usuários para participar do grupo de

convivência. Foram convidados a participar do grupo de convivência, usuários do CAPS, familiares e amigos (sugestão de usuários e familiares na assembleia) e profissionais (inclusive estagiários) do CAPS. Todos foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e sua utilização e a participação nas atividades foi livre e voluntária. Não houve critério de exclusão, todos que desejaram puderam, após a apresentação, participar do grupo ou da atividade de convivência. A participação no grupo, além de voluntária, não tinha qualquer caráter de obrigatoriedade, os participantes podiam desistir a qualquer momento da participação nas atividades de pesquisa, sem qualquer tipo de ônus.

A participação na pesquisa, ainda que estivéssemos ocupados em compreender os efeitos terapêuticos da convivência, não esteve vinculada a nenhum tipo de benefício ou perda vinculados às estratégias terapêuticas ofertadas pelo CAPS. A equipe de pesquisadores sempre esteve disponível para a escuta e acolhimento de quaisquer demandas afetivas, emocionais e psicológicas que pudessem surgir durante a realização das atividades de pesquisa, afinal, também se tratava de uma intervenção e fomos responsáveis por todo e qualquer encaminhamento, que se fez necessário, aos profissionais de saúde do CAPS. Como será explicitado na análise das informações qualitativas, o grupo teve um importante papel na facilitação do diálogo dos usuários com a equipe.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e discutido, conjuntamente, tanto com os profissionais quanto com os usuários (e/ou com acompanhante, para casos nos quais o usuário possui responsável legal), informando sobre a desistência a qualquer momento, a disposição de prestar todo e qualquer esclarecimento solicitado, o sigilo, o anonimato e a privacidade. Além da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que orienta os princípios éticos de pesquisas realizadas com seres humanos, serviu de diretriz para a presente pesquisa a Lei 10.216 (que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial no Brasil”) que é uma conquista dos usuários e de toda a sociedade, pois restituiu-lhes a condição de cidadãos. A lei 10.216/2001 é um marco legal de referência para este estudo que respeitamos plena e integralmente.

Como a participação no grupo foi voluntária e aberta, as pessoas podiam participar a qualquer momento, além da apresentação da proposta a cada vez que chegava uma nova pessoa, também deixamos na entrada do CAPS um painel onde a

pesquisa e a proposta do grupo era apresentada, com a identificação da equipe de pesquisadores.

### **3ª Etapa:**

A terceira etapa foi a implementação da intervenção no CAPS. A intervenção tem a convivência, ao mesmo tempo, como objeto e estratégia, e foi na convivência pesquisadores-usuários-equipe que as decisões sobre as atividades que compõem a intervenção foram realizadas. A intervenção foi definida com base no diagnóstico e na participação dos profissionais e usuários de saúde mental.

A atividade de convivência durou de 22/08 a 03/12/12. O grupo de convivência teve início no dia 19/09/2012 e, enquanto atividade de pesquisa, foi encerrado no dia 05/07/2013. Conforme mencionei, a pedido dos frequentadores e pelo interesse do CAPS, o grupo continua em funcionamento. O projeto previa que a intervenção, que inicialmente teria a duração de um semestre letivo, poderia estender-se a mais um semestre, caso os participantes julgassem necessário e/ou tivessem desejo de dar continuidade às atividades.

No primeiro semestre do processo de implementação, foram realizadas reuniões semanais do grupo de pesquisadores, reuniões mensais com os pesquisadores e a equipe do CAPS e participação dos usuários nas decisões sobre o funcionamento das atividades no grupo de convivência. No segundo semestre, já que os frequentadores optaram pela continuidade do grupo de convivência, as reuniões da equipe de pesquisa continuaram a acontecer, mas ficou impossibilitada, por mudanças pessoais e de trabalho, a participação da pesquisadora nas reuniões com a equipe. Como alternativa, quinzenalmente, após a supervisão de estágio e extensão com membros da equipe, conversávamos com os profissionais que estavam presentes e com a gerência sobre o andamento do grupo de convivência. Além disso, em vários momentos, mantivemos contato com diferentes profissionais da equipe para falar sobre o grupo de forma geral ou articular alguma ação específica em favor de um frequentador. Após um certo tempo, tornou-se uma relação dinâmica – a ser analisada em posterior capítulo – em que os profissionais também nos buscavam para conversar sobre o grupo, para pedir que acolhêssemos um novo frequentador, para dividir preocupações. Com ganhos e perdas, gradativamente, o grupo passou a fazer parte do contexto institucional. Já em relação à atividade de convivência, conforme será

melhor detalhado no próximo capítulo, a equipe de pesquisadores julgou que foi atingida a saturação dos dados no fim do período do primeiro semestre.

### **5.3.2 A construção da informação qualitativa**

De acordo com Creswell (2009), a pesquisa qualitativa é um processo permanente de reflexão sobre os dados, formulação de questões analíticas e produção escrita de anotações durante todo o estudo, de modo que “a análise de dados qualitativos é conduzida concomitantemente com a coleta dos dados, a realização de interpretações e a redação de relatórios” (p. 217). Com o intuito de tornar a análise das informações qualitativas o mais pública possível e aberta à discussão (DEMO, 2004, 2006a; TURATO, 2005), explicito abaixo as estratégias utilizadas para a construção da informação qualitativa nas diferentes etapas.

**1ª Etapa:** foram feitos registros, contendo informações descritivas e reflexivas, em um Diário de Campo. Segundo Moura e Ferreira (2005, p. 56), durante a observação participante é recomendado que o pesquisador, após imersão no convívio na comunidade estudada, todos os dias, possa afastar-se para “intelectualizar e refletir sobre o que aprendeu com suas observações naquele dia”. Nesta primeira etapa, os pesquisadores ficaram imersos no CAPS, por um período (matutino ou vespertino) no CAPS. Diariamente, após sair do CAPS, cada pesquisador registrou suas observações no diário de campo. Lima (2007), sobre o diário de campo, salienta a importância tanto de anotações descritivas, quanto de cunho analítico-reflexivo, ou seja, trata-se de um relato crítico e autocrítico da experiência. A reunião com a equipe foi gravada em áudio.

**2ª Etapa:** houve registro, em forma de ata, das reuniões da equipe de pesquisa para análise do diagnóstico e definição das atividades a serem realizadas na terceira etapa. Esta etapa, de análise do problema diagnosticado (no caso da presente pesquisa, como a convivência está estruturada no CAPS, seus limites e potencialidades) para definição da intervenção, configura-se ela mesma como uma análise preliminar das informações qualitativas. A apresentação desta análise e as propostas de intervenção foram discutidas em reunião com a equipe do CAPS, que foi gravada em áudio.

**3ª Etapa:** foram registradas as atividades realizadas na forma de diários de campos, atas das reuniões da equipe de pesquisadores e gravação em áudio das reuniões com a equipe do CAPS. Após cada intervenção (a atividade de convivência

foi realizada de forma independente por cada pesquisador auxiliar; enquanto do grupo de convivência participaram a pesquisadora e quatro pesquisadores-auxiliares), cada pesquisador fez um relatório da atividade realizada, de forma independente. O objetivo desse procedimento é permitir uma verificação cruzada da análise dos dados e exame dos pares (CRESWELL, 2009). Estagiários e alunos extensionistas que, em diferentes momentos, participaram do grupo de convivência, de forma esporádica – lembrem-se o grupo é aberto - também foram convidados a produzir seus diários de campo.

Nos apêndices B, C e D estão descritas as informações qualitativas geradas ao longo do processo de implementação da pesquisa.

De forma adicional, além do diário de campo, assumi nesta pesquisa o jornal de pesquisa<sup>111</sup> (BARBOSA; HEISS, 2010), em sua dupla dimensão, que convoca a noção de “autor-cidadão”: modo íntimo, que solicita a expressão da subjetividade de um modo que enseja ser, ao mesmo tempo, público e compartilhado. De modo que, além dos diários de campo após cada intervenção, desenvolvi, especialmente nos momentos mais angustiantes, um jornal de pesquisa para registrar todo e qualquer pensamento e episódio – em qualquer posição na saúde mental que estivesse ocupando: pesquisadora, clínica, professora, militante, palestrante – em que, de alguma forma, a convivência estivesse presente como tema ou preocupação. Barbosa e Heiss (2010, p. 34) falam de uma

passagem de uma escrita pessoal para uma escrita pública: a possibilidade da escrita pessoal, despreocupada, criadora, como registro livre, ao mesmo tempo significativo para o sujeito que escreve, no momento em que escreve, mas que traz em seu bojo a possibilidade e o desejo contido de se tornar pública.

Os autores ressaltam ainda as implicações do pesquisador e o efeito de sua presença sobre o “objeto” de estudo, o que é especialmente relevante para uma pesquisa cujo tema e metodologia é a convivência, em que, portanto, a pesquisadora está imersa profundamente. O jornal de pesquisa certamente foi útil e revelou a sua importância ao me manter presente e conectada com o doutorado, em seus momentos mais difíceis e angustiantes, o que já garante sua função. Não o utilizei formalmente

---

<sup>111</sup> Devo a Amanda de Oliveira esta sugestão de escrever de forma mais livre e íntima, que me possibilitou, através de três diários diferentes, uma integração de self que garantiu a continuidade deste doutorado.

na análise, mas as indicações do jornal ajudaram a integrar o conteúdo analisado a partir dos diários e das transcrições das reuniões com a equipe do CAPS.

Ao longo do processo do doutorado, foi organizado um grupo de pesquisa, “Convivência e Saúde Mental”, cadastrado no CNPq pela instituição em que leciono. Além da participação efetiva dos alunos na implementação da pesquisa, tenho alunos que estudam este tema para a elaboração de seus trabalhos de conclusão de curso, seja tentando pensar a convivência enquanto dispositivo de cuidado em suas atividades de estágio ou extensão neste CAPS ou em outras instituições de saúde mental, seja analisando parcialmente as informações qualitativas produzidas neste projeto de doutorado<sup>112</sup>. Fazem parte deste grupo de pesquisa, e me auxiliam na análise das informações qualitativas, tanto alunos quanto ex-alunos, agora psicólogos, que participaram da pesquisa em seus estágios iniciais e agora estão formados.

### **5.3.3 Interpretação e reinterpretação da convivência**

A escolha pela pesquisa qualitativa em um trabalho que pretende estudar a convivência justifica-se por esta ser fenômeno complexo, não linear e contraditório (DEMO, 2005). Parte também de uma crítica da ciência moderna que, com sua “obsessão metodológica (...) considera real apenas o que o método consegue captar e formalizar” (DEMO, 2006a, p. 9). Com esta reflexão não me esquivo de um trabalho necessário de formalização, mas esforço-me por “preservar a realidade acima do método” (idem, p. 10) e “(...) transformar a ciência numa instância mais sensível aos dramas humanos” (VERONESE; GUARESCHI, 2006, p. 86).

Consciente da impossibilidade de apreender todo e qualquer dado vivo e social de forma totalitária, opto por uma aproximação do objeto de pesquisa que permita destacar seus principais pontos (VERONESE; GUARESCHI, 2006). Estas aproximações da realidade podem constituir um conhecimento – necessariamente provisório – que “pode e deve ser continuamente produzido para contribuir na busca

---

<sup>112</sup> Por exemplo: Christiano Nishikawa (2012), em sua monografia, discutiu a convivência enquanto dispositivo desinstitucionalizante no contexto da Inverso. Patrícia Cortes (2013) fez uma primeira análise da atividade de convivência. Hyanne Mindori (2014), utilizando a hermenêutica de profundidade, fez uma primeira análise das reuniões com a equipe do CAPS. Em seu trabalho, fez uma interessante análise de minha participação nas reuniões com a equipe do CAPS, onde demarca uma certa agenda não explícita em meu discurso (eu inclusive não estava inteiramente consciente dela, embora fizesse parte do meu desejo e da motivação deste trabalho) de tentar convencer os profissionais da importância da convivência. Registro meu profundo agradecimento a todos alunos e ex-alunos que se envolveram com este projeto e me apoiaram com tanto carinho e cuidado.

por uma sociedade política, econômica e socialmente menos desigual” (VERONESE; GUARESCHI, 2006, p. 86). Os princípios apontados por Demo (2006a, p. 10) servem de inspiração, em especial, na construção e análise dos “dados”:

Em vez da informação pretensamente “objetiva”, da qual não se poderia duvidar, vou privilegiar aqui a informação interpretativa, da qual é necessário sempre duvidar e que precisa ser refeita. Esse tipo de dado é sobretudo “construído”, não apenas “colhido”. Entendo pesquisa como diálogo inteligente e crítico com a realidade, tomando como referência que o sujeito nunca dá conta da realidade e que o objeto é sempre também um objeto-sujeito.

Thompson (1995) afirma que, no campo das relações sociais, o objeto é, em si mesmo, um “território pré-interpretado”<sup>113</sup> e habitado por sujeitos que são capazes, como o próprio pesquisador, de compreender e refletir, agindo a partir desta compreensão. O mundo sócio-histórico, o mundo das relações, não está ali passivamente, como campo-objeto, para ser observado; também é um campo-sujeito “que é construído, em parte, por sujeitos que, no curso rotineiro de suas vidas cotidianas, estão constantemente preocupados em compreender a si mesmos e aos outros, e em interpretar as ações, falas e acontecimentos que se dão ao seu redor” (THOMPSON, 1995, p. 358). Portanto, o que o pesquisador oferece é uma re-interpretação que está relacionada com as interpretações dos sujeitos que constituem o campo-sujeito-objeto. Neste sentido, a informação qualitativa não lida com um mero objeto de análise, mas um sujeito-objeto (DEMO, 2006a). Além de nosso “objeto” ser um sujeito, destaco que os próprios pesquisadores são, além de sujeito, “objeto”, afinal, foi convivendo e sendo afetados pela convivência que construímos também nossos diários de campo.

Quando analisamos a sociedade em sociologia, a mente em psicologia, ou comunidades indígenas em antropologia, estamos em sentido bem próprio nos analisando também. Podemos fazer um esforço de distanciamento – não por alienação, mas para deixar o objeto mais visível -, mas é inútil esconder que somos, também como analistas, parte da análise. O comprometimento ideológico pode estar tanto no sujeito como no objeto (DEMOa, 2006a, p. 28).

---

<sup>113</sup> “Foi o trabalho de Heidegger, sobretudo, que mostrou a importância de se ver o processo de compreensão, não como um procedimento especializado, empregado pelo analista na esfera sócio-histórica, mas antes como uma característica fundamental dos seres humanos como tais, compreender é algo que nós, enquanto seres humanos, já fazemos a toda hora inevitavelmente, e os procedimentos mais especializados de interpretação empregados pelos analistas sociais consideram como dadas, e trabalham sobre, as bases preestabelecidas da compreensão cotidiana” (THOMPSON, 1995, p. 358-9).

O comprometimento ideológico nesta pesquisa situa-se na proposta de desinstitucionalização e no esforço de construir no DF práticas em saúde mental que sejam substitutivas ao manicômio (aí incluído a dimensão dos saberes e práticas, para além da estrutura física, que reproduzem a lógica de redução do sujeito a uma suposta doença e intensificam a exclusão social e o manicômio mental como ensina Pelbart, 2009). A análise que pretendo crítica e auto-crítica da convivência em um CAPS no DF passa por este posicionamento e pelo desejo de ajudar a construir em nosso território uma outra forma de relação com o sofrimento psíquico grave, em uma resposta social que não seja a exclusão, ciente de todos os desafios, contradições e impasses implicados em um esforço para cuidar sem tutelar (TENÓRIO, 2001; LOBOSQUE, 2003), especialmente por estar “no olho do furacão” (MERHY, 2004). Merhy (2004), ao analisar a rede de CAPS no interior do discurso do movimento antimanicomial, aposta em um posicionamento semelhante:

Proponho entrar nesta aposta de modo crítico, solidário, experimental, impedindo que os inimigos sejam os que façam o nosso questionamento. Façamo-lo entre nós, ampliando, desta forma, nossa capacidade de inventar muitas maneiras de ser antimanicomial. Partamos do princípio de que já sabemos fazer um monte de coisas e que, também, não sabemos outras tantas, ou mesmo, fazemos coisas que não dão certo; e, com isso, vamos apostar que é interessante e produtivo construir “escutas” do nosso fazer cotidiano para captar estes ruídos, neste lugar onde se aposta no novo, mas se está diante da permanente tensão entre o novo e velho fazer psiquiátrico e/ou seus equivalentes (p. 6).

Por outro lado, pelo próprio fato de ser reconstrução, surge a necessidade ética de preservar, na medida do que é possível, o ponto de vista de nossos sujeitos. A este esforço para tentar entender o outro, sendo-lhe mais fiel que a si mesmo e à própria interpretação, Demo (2002, 2006a), a partir de Harding, chama de *standpoint epistemology*. Nesta ideia estão incluídos tanto o esforço de compreender o outro, como a dificuldade implicada em realizar semelhante trabalho (DEMO, 2006a).

Na pesquisa qualitativa busca-se a intensidade, dimensão marcada pela profundidade, envolvimento e participação; é própria de fenômenos complexos e ambíguos<sup>114</sup> (DEMO, 2006a). Sua sistematização faz-se necessária, no entanto, inevitavelmente, algo de deturpação também se faz presente, pois alguns aspectos da

---

<sup>114</sup> “A realidade está mais próxima da metáfora do caldeirão, onde tudo ferve e se transforma, do que do texto analítico sistemático que, por força do próprio destino, só retrata o que é sistemático. Nossa mente, por condição evolucionária, enfrenta a realidade complexa pela via da simplificação padronizada. Força-a a submeter-se a padrões que são muito mais da mente do que da realidade (...) por outro lado, nada é tão subjetivo que não deixe transparecer alguma regularidade. A pesquisa qualitativa busca apenas realçar essa parte formalizando com jeito” (DEMO, 2006a, p. 17).

intensidade são padronizáveis e outros não: “(...) a intensidade vai se confundindo com a não-linearidade, a dinâmica contrária de cariz dialético, a surpresa das subjetividades e das individualidades, o caótico criativo” (p. 15). Sobretudo, especial interessa-me a discussão do autor sobre a politicidade intrínseca dos fenômenos qualitativos e intensos.

Politicidade alude a dois níveis de negociação: podemos fazer nossas oportunidades, pelo menos até certo ponto; um dos caminhos principais desse feito é o manejo do conhecimento. É possível, entretanto, fazer-se oportunidade, à medida que nosso destino passe a ser gestado e gerenciado, em parte, pelas próprias mãos. Não há que fantasiar liberdade excessiva, porque somos seres muito limitados. A politicidade aparece precisamente na capacidade de fazer, dos limites, desafios. (...) a politicidade é a prova do sujeito: não somos apenas objeto da manipulação externa ou alheia, pois podemos nos fazer sujeitos de proposta própria (DEMO, 2006a, p. 20).

Na realidade, potencialidades e oportunidades são negociadas e a pesquisa qualitativa busca alcançar a politicidade da qualidade humana.

Na análise da informação qualitativa está em jogo um processo assumido de reconstrução, visando “consensos possíveis e provisórios” (DEMO, 2006a, p. 33). Este efeito reconstrutivo não deve ser evitado – é o trabalho mesmo a ser elaborado na pesquisa qualitativa – mas é preciso fazê-lo de forma crítica e auto-crítica (DEMO, 2006a). Um processo hermenêutico crítico que visa tecer os elementos de sentido e não se agarra à pretensão de desvelar sentidos permite avançar na compreensão do fenômenos na pesquisa qualitativa, sugerindo verdades plausíveis e provisórias (VERONESE; GUARESCHI, 2006).

A hermenêutica de profundidade, referencial teórico-metodológico proposto por Thompson (1995), é fruto de seu trabalho com a ideologia, sendo esta entendida como “discurso interessado em sustentar relações de dominação” (DEMO, 2006a, p. 35). Para Veronese e Guareschi (2006), a hermenêutica de profundidade oferece uma abertura metodológica, em uma espécie de reação à tendência na pesquisa qualitativa tradicional de tudo reduzir à análise formal (DEMO, 2006a):

o pesquisador pode analisar o contexto sócio-histórico e espaço-temporal que cerca o fenômeno pesquisado, pode empreender análises discursivas, de conteúdo, semióticas ou de qualquer padrão formal que venha a ser necessário; pode analisar a ideologia como vertente social importante, conferindo um caráter potencialmente crítico à pesquisa (VERONESE; GUARESCHI, 2006, p. 87).

Thompson (1995), com a hermenêutica de profundidade, inspirado pela tradição da hermenêutica (Dilthey, Heidegger, Gadamer e Ricoeur), destaca que o

objeto de análise é sempre uma construção simbólica, o que exige, portanto, um esforço de compreensão que se desdobra em uma interpretação. Para Thompson (1995), as formas simbólicas constituem-se em ações, falas e textos que, por serem construções significativas, podem ser compreendidas e interpretadas. Vou neste trabalho tentar compreender a convivência como uma forma simbólica, em que ações e falas se presentificam nas relações. Justamente por considerar que toda forma simbólica está estruturada internamente de várias formas, possuindo características próprias e, ao mesmo tempo, inserindo-se em contextos sociais e históricos diversos, surge, para Thompson (1995), a exigência de utilizar vários métodos de análise que podem ser inter-relacionados de forma sistemática. O esforço do autor é mostrar que a hermenêutica de profundidade, mais do que uma alternativa aos atuais métodos de análise, é “um referencial metodológico geral, dentro do qual alguns desses métodos podem ser situados e ligados entre si” (THOMPSON, 1995, p. 356).

Por isso, de acordo com o autor, é um ponto de partida indispensável para a pesquisa uma hermenêutica da vida cotidiana, isto é, uma interpretação de como as formas simbólicas são compreendidas e interpretadas pelas pessoas que constituem o campo. É um momento etnográfico no qual o pesquisador procura reconstruir o modo como as pessoas percebem a realidade ao seu redor (THOMPSON, 1995; VERONESE; GUARESCHI, 2006). Demo (2006a) alarga esta ideia ao propor, além das opiniões e crenças, a busca pela compreensão das histórias de vida, os projetos sociais coletivos e individuais, “o entorno das tradições culturais que demarcam os sentidos comuns e os duplos sentidos, modos de relacionamento com os outros e constituição do grupo de relações mais próximas, e assim por diante” (p.38).

A interpretação da doxa, como Thompson denomina esta tarefa, é, no entanto, apenas um primeiro passo; a hermenêutica da profundidade propõe também compreender e analisar como as construções se estruturam e como se inserem em condições sócio-históricas (THOMPSON, 1995; VERONESE; GUARESCHI, 2006). Para Veronese e Guareschi (2006), na hermenêutica da profundidade está em jogo não apenas a constatação, a descrição pormenorizada do fenômeno, mas uma produção nova do pesquisador baseada em um referencial teórico.

Thompson (1995) propõe um referencial metodológico que compõe três fases, que se distinguem mais por serem dimensões diferenciadas de análise do que por serem estágios cronológicos: análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e interpretação/reinterpretação. É importante salientar, inclusive porque farei uso desta

prerrogativa, que Thompson (1995) afirma que, a depender do objeto específico de análise e das circunstâncias próprias de cada trabalho, o pesquisador deve escolher e avaliar o modo como cada fase de análise será mais eficientemente aplicada e quais métodos podem ser mais adequados.

A análise sócio-histórica consiste no esforço em reconstituir as condições sociais de produção e circulação das formas simbólicas, afinal, estas não surgem em um vácuo (THOMPSON, 1995; VERONESE; GUARESCHI, 2006). Ao considerar que é nas relações sociais cotidianas que os processos de valorização simbólica se materializam, Veronese e Guareschi (2006) destacam que resgatar os campos de interação, as instituições sociais, a estrutura social para, em especial, identificar as assimetrias e diferenças na distribuição de poder e recursos, permite abordar temas como gênero, etnia, classe, geopolítica...

Assim, estar-se-ia contemplando tanto uma interpretação dos padrões de significado incorporados pelos sujeitos como uma análise das implicações de poder e conflitos a eles subjacentes, através da atenção aos modos de operação da ideologia, que o autor define com o uso das formas simbólicas para sustentar relações de dominação, assimétricas<sup>115</sup>, desiguais ou opressoras (VERONESE E GUARESCHI, 2006, p. 88)

As relações de poder quando são assimétricas *de forma sistemática* sustentam desigualdades e injustiças (THOMPSON, 1995; VERONESE; GUARESCHI, 2006). Como discuti nos capítulos 3 e 4, para o tema desta pesquisa estamos lidando com pelo menos dois grandes grupos de relações de poder, a diferença de classe e aquela oriunda da redução da subjetividade a uma suposta “doença” mental, que sustentam desigualdades e injustiças no campo da saúde mental. Neste sentido, uma análise sócio-histórica neste trabalho vai abarcar uma análise da convivência no campo da saúde mental, no contexto dos CAPS e, em particular, do CAPS onde a pesquisa se desenvolveu.

Já a análise formal ou discursiva sustenta-se na ideia de que toda dinâmica, por mais complexa que se pretenda, apresenta alguma estrutura (DEMO, 2006a). “Os objetos e expressões que circulam nos campos sociais são também *construções simbólicas complexas que apresentam uma estrutura articulada*” (THOMPSON, 1995, p. 369). O esforço da hermenêutica de profundidade é que a análise formal ou

---

<sup>115</sup> Os autores salientam, no entanto, que a assimetria em si não leva necessariamente a uma relação de dominação, pois outros elementos podem estar presentes nestas relações, como amor, ensino ou cuidado, evitando que a dominação seja a marca do relacionamento.

discursiva não seja um exercício abstrato e descontextualizado das condições de produção e recepção das formas simbólicas (THOMPSON, 1995), mas é um momento de desconstrução dos elementos internos que constituem a forma simbólica (VERONESE; GUARESCHI, 2006). Várias são as possibilidades de análise formal ou discursiva (análise semiótica, da conversação, discursiva, sintática, da estrutura narrativa, argumentativa...), o que se enseja nesta fase é descrever padrões de relações, o que é recorrente, regular ou repetitivo (VERONESE; GUARESCHI, 2006; DEMOa, 2006). “Essa abertura da fase da análise formal, onde o analista pode utilizar qualquer padrão formal, o mais indicado para seu tipo de material (texto, imagem, som etc), propicia uma rica gama de possibilidades que torna o método da HP bastante abrangente” (VERONESE; GUARESCHI, 2006, p. 89). Segundo os autores, qualquer experiência humana pode ser descrita em uma narrativa, de modo que, nesta etapa da análise, *os nossos diários de campo foram tomados como uma narrativa que conta a prática de convivência que desenvolvemos no CAPS.*

A terceira fase é intitulada por Thompson (1995) de interpretação/reinterpretação. Nesta fase, a análise sócio-histórica e a análise formal ou discursiva serão integradas, em um trabalho de síntese que visa a construção criativa de novos e possíveis significados (ibid). Para Thompson (1995, p. 375)

Por mais rigorosos e sistemáticos que os métodos da análise formal ou discursiva possam ser, eles não podem abolir a necessidade de uma construção criativa do significado, isto é, de uma explicação interpretativa do que está representado ou do que é dito.

É, segundo Veronese e Guareschi (2006), uma tentativa de explicação fundamentada em um referencial teórico consistente. Esta interpretação é, de fato, uma reinterpretação se lembrarmos que o campo objeto-sujeito já é uma pré-interpretação. Por isso, para Thompson (1995), faz parte intrinsecamente do processo de interpretação a possibilidade de um conflito, posto que necessariamente parcial e, portanto, sujeita sempre a novas reinterpretações. O controle intersubjetivo – estar aberto à discussão – e o potencial crítico da interpretação respondem a este conflito e, no mesmo movimento, revelam o potencial da hermenêutica de profundidade no trato da informação qualitativa (THOMPSON, 1995; DEMO, 2006a). Thompson (1995) demarca uma distinção entre tentar provar uma interpretação – apresentar razões,

fundamentar – e impor, forçar os outros a aceitar ou silenciar as discordâncias e questionamentos.

Thompson (1995) também aponta os limites de cada fase da hermenêutica de profundidade, alertando o pesquisador para evitar duas armadilhas comuns na análise do mundo simbólico: o reducionismo – supor que as formas simbólicas podem ser analisadas exclusivamente por seu contexto sócio-histórico – e o internalismo – supor, ao contrário, que são independentes do contexto. Resumidamente, a proposta da hermenêutica de profundidade inclui uma fase preliminar - a hermenêutica da vida cotidiana (interpretação da doxa) -, a análise sócio-histórica, a análise formal ou discursiva (que podem utilizar métodos e técnicas diversas a depender das características do fenômeno qualitativo estudado) e uma interpretação/reinterpretação em um esforço criativo de síntese das análises anteriormente empreendidas.

Quando Thompson (1995) utiliza a hermenêutica de profundidade para a análise da ideologia, o que se destaca é o esforço para compreender como e em que circunstâncias as formas simbólicas servem para estabelecer e manter relações de dominação. Neste sentido, a interpretação da ideologia pode ter como efeito estimular uma reflexão crítica sobre as relações de poder, que pode incluir, em princípio, a reflexão também dos sujeitos que estão inseridos nestas relações (THOMPSON, 1995). Ainda que não seja objetivo específico deste trabalho fazer uma análise da ideologia, uma preocupação em entender como a convivência está sendo realizada e a quem ela serve no contexto da saúde mental é questão legítima. A reflexão crítica sobre as relações de dominação “está interessada não com a pergunta: ‘Essa interpretação é correta?’, mas antes com a pergunta: ‘Essas relações sociais são justas?’” (THOMPSON, 1995, p. 416).

É impossível não pensar nos serviços de saúde mental quando Thompson (1995, p. 417) afirma que

existe grande exigência para uma reflexão crítica desse tipo é um fato que não pode ser colocado em dúvida por ninguém que esteja familiarizado com as múltiplas formas de desigualdade e conflito, que permanecem como características generalizadas, explosivas e aparentemente intocáveis do mundo moderno.

Demo (2006a) acrescenta que esta visão crítica da análise hermenêutica não se limita à ideologia, podendo gerar reflexão crítica e autocrítica que sustentem estratégias emancipatórias orientadas pelo bem comum, ao invés de reforçar a dominação. O autor, com o objetivo de propor a hermenêutica de profundidade como

metodologia útil não apenas para “o mundo da mídia, mas de toda e qualquer informação qualitativa” (DEMO, 2006a, p. 45), faz uma reinterpretação da proposta de Thompson. Segundo o autor, fenômenos qualitativos intensos – práxis históricas, dinâmicas e desempenhos qualitativos – podem se beneficiar da hermenêutica de profundidade. No caso da presente pesquisa, a qualidade ética-política-clínica da convivência em uma atuação concreta em um CAPS pode ser considerada um fenômeno qualitativo intenso. Em especial, duas reconstruções do autor interessam ao escopo deste trabalho. Primeiro, o destaque que Demo (2006a) dá ao quadro teórico<sup>116</sup>: qualquer interpretação está referenciada a um quadro teórico que “constrói a possibilidade explicativa da análise (...) e desenha hipóteses de trabalho” (p. 46). Sem dispensar o necessário contato concreto com a realidade, a teoria, ainda que apenas instrumento, ajuda na análise, na definição de categorias centrais e no estabelecimento de um caminho sempre aberto (DEMO, 2006a). “A trama teórica bem tecida permite não só reconstruir categorias mais sólidas e definidas, como sobretudo imprimir capacidade crítica que leve a interpretações tanto mais criativas” (DEMO, 2006a, p. 48).

A hipótese que guia este trabalho é a potencialidade da convivência, se guiada por determinadas características e posturas, de converter-se em um dispositivo de cuidado no campo da saúde mental. Este dispositivo de cuidado foi, do ponto de vista da trama teórica, destrinchado em três dimensões: ética, política e clínica. Estas dimensões não são estanques, ao contrário, compreendo-as em uma lógica de complementariedade, tal como proposta por Derrida (1967/1999). Para o autor, o suplemento tem duas significações: acrescentar e suprir. Por exemplo: a fala sendo a expressão mais natural do pensamento, a escritura “a ela se acrescenta, a ela se junta como uma imagem ou representação” (Derrida, 1967/1999, p. 177). Por outro lado, a escritura se faz passar “pela plenitude de uma fala cuja carência e enfermidade ele [o suplemento], no entanto, só faz suprir” (idem). Segundo Derrida (1967/1999), estas duas significações – suplente e vicário; suprir a falta e suplemento a mais - que cohabitam o conceito de suplemento<sup>117</sup> são estranhas, mas necessárias. O que está

---

<sup>116</sup> Para Demo (2006), a noção de quadro teórico de referência não está ausente em Thompson (1995), mas tampouco está destacado.

<sup>117</sup> “O suplemento acrescenta-se, é um excesso, uma plenitude enriquecendo outra plenitude, a culminação da presença (...) Mas o suplemento supre. Ele não se acrescenta senão para substituir. Intervém ou se insinua em-lugar-de; se ele colma, é como se cumula um vazio. Se ele representa e faz imagem, é pela falta anterior de uma presença. Suplente e vicário, o suplemento é um adjunto, uma instância subalterna que substitui. Enquanto substituto, não se acrescenta simplesmente à positividade

presente é um movimento de jogo, sem centro ou origem: “o movimento da significação acrescenta alguma coisa, o que faz que sempre haja mais, mas esta adição é flutuante porque vem substituir, suprir uma falta do lado do significado” (Derrida, 1967/1999, p. 245).

De acordo com o autor, as duas significações se fazem presentes, embora a inflexão possa variar de um momento a outro.

Cada uma das significações apaga-se por sua vez ou esfumaça-se discretamente diante da outra, mas sua função comum reconhece-se em que: acrescentando-se ou substituindo-se, o suplemento é exterior, fora da positividade à qual se ajunta, estranho ao que, para ser por ele substituído, deve ser distinto dele. Diferentemente do complemento, afirmam os dicionários, o suplemento é uma ‘adição exterior’ (DERRIDA, 1967/1999, p. 178).

Ainda que em cada capítulo teórico, seja possível identificar uma dimensão em destaque (no capítulo 2 a dimensão ética, no capítulo 3 a política e no capítulo 4 a clínica), as outras estão sempre presentes em uma relação de complementariedade, não mero complementos, só podendo ser entendidas na relação recíproca e não inteiramente redutível. A clínica só faz sentido – e a história, Foucault (1993) lembra, nos dá disso testemunho – se articulada com um projeto político e ético. A dimensão política dissociada de um valor ético – como Lévinas nos ensina, o sofrimento de outrem é inútil! – e de um cuidar e respeitar o modo de cada um facilmente evolui para dominação e imbecilização. A dimensão ética só faz sentido se multicultural e, portanto, concretamente assentada na convivência possível entre iguais e diferentes (DEMO, 2005).

Voltando à reinterpretação de Demo (2006a) da hermenêutica de profundidade, a segunda sugestão que aqui me interessa é a não separação entre a interpretação da doxa e a análise propriamente dita, como um trabalho preliminar. As impressões, opiniões, representações e os modos de ser e de expressar fazem parte, na opinião do autor, da análise sócio-histórica. Embora Thompson (1995) tenha o mérito de incluir a hermenêutica da vida cotidiana na metodologia, Demo (2006a) está, acredito, dando-lhe uma importância outra ao retirá-la de sua categoria preliminar e incluí-la na

---

de uma presença, não produz nenhum relevo, seu lugar é assinalado na estrutura pela marca de um vazio. Em alguma parte, alguma coisa não pode-se preencher de si mesma, não pode efetivar-se a não ser deixando-se colmar por signo e procuração” (DERRIDA, 1967/1999, p. 177/8).

análise sócio-histórica. O significado que esta mudança tem para mim<sup>118</sup>, e por isso, esforcei-me para utilizá-la na análise das informações qualitativas geradas neste trabalho, é uma valorização da interpretação do campo-sujeito-objeto, o que se coaduna com a perspectiva da desinstitucionalização e com o posicionamento ético assumido neste trabalho de interromper o silenciamento histórico das pessoas que frequentam os serviços de saúde mental. Está na mesma direção, em minha interpretação, a proposta de Demo (2006a) para a fase de interpretação/reinterpretação: *standpoint epistemology* e questionamento próprio como procedimentos concatenados. Reproduzo o quadro organizado por Demo (2006a, p. 58) para sintetizar sua reinterpretação da hermenêutica de profundidade de Thompson.

**Quadro 1** – Hermenêutica de profundidade reinterpretada por Demo (2006a)

REFERENCIAL METODOLÓGICO	
PRELIMINARES	
1.	Referencial teórico e hipótese de trabalho
2.	Definição e necessidade da informação qualitativa
ROTEIRO	
1.	Contextualização sócio-histórica
2.	Análise formal:
a)	frequências
b)	códigos
c)	estruturas profundas
d)	argumentação
3.	Interpretação/reinterpretação:
a)	<i>standpoint epistemology</i>
b)	questionamento próprio
c)	reinterpretação

Fonte: DEMO, 2006a, p. 58.

Demo (2006a, p. 109), em uma “interpretação da interpretação da interpretação” deste roteiro, destaca ainda alguns importantes aspectos. Apesar de esquematizado em três camadas, a análise qualitativa não usa exatamente “camadas”, bem como não necessariamente precisam ser três (não é um número mágico!). Embora, faça um esforço para mesclar dinâmica e forma, é preciso reconhecer que nenhum procedimento dá conta de fazer as duas coisas ao mesmo tempo. Em sua proposta, o segundo passo está mais voltado para a forma, enquanto no primeiro e

---

<sup>118</sup> Não estou afirmando que este é o sentido ou objetivo de Demo (2006a), mas a reinterpretação que eu faço, considerando meu objeto de estudo.

terceiro o foco está na dinâmica. Reitera a importância da discussão aberta, da autoridade do argumento (e não do argumento de autoridade), em um esforço para não exigir nem de mais nem de menos da interpretação: nem pretensão de certeza, nem uma “libertinagem interpretativa” (p. 110), como se fosse válido dizer qualquer coisa sem argumentação consistente.

Em linhas gerais, farei o esforço para orientar a análise da convivência de acordo com o esquema proposto por Demo (2006a). No entanto, como Demo (2006a) afirma “este esquema não deve ser tomado como algo “bíblico”, porque fenômenos dinâmicos não-lineares, pela própria tessitura, precisam ser captados flexivelmente, sempre emprestando prioridade ao fenômeno, não ao método” (p. 59). Neste sentido, especialmente no que diz respeito à análise formal, serão propostas modificações que permitam incluir uma análise também clínica do fenômeno convivência. Haverá um maior destaque, por exemplo, na busca do que Demo (2006a) chama de estruturas profundas:

É fundamental ir atrás do que não se quer dizer, do que se encobre por temor ou astúcia, dos silêncios e atos falhos, dos modos como atitudes culturais se cristalizam, da trama inconsciente da convivência e da subjetividades humanas, da comunicação estratégica destinada a influir sem que se perceba, dos ritos de obediência imperceptível (p. 55).

Assim, a dimensão clínica da convivência será analisada através da teoria metapsicológica do cuidado e das figuras da intersubjetividade, propostas por Figueiredo (2007, 2111), a partir de uma noção de subjetividade sustentada pela psicanálise. “A psicanálise, entre outras disciplinas, assegura que o entendimento da mente humana também passa pelo que não se entende” (DEMO, 2006a, p. 34). O contexto desta afirmação é que o pesquisador ao analisar os dados não consegue “deslindar de todo as entranhas da fala, nem o depoente sabe totalmente de si para garantir que disse o que realmente queria dizer” (idem).

Lobosque (2001), ao se perguntar sobre quais condições são necessárias para uma concepção do sofrimento psíquico que seja compatível com os princípios e práticas do movimento antimanicomial, afirma a necessidade de “uma reflexão fértil sobre a dimensão subjetiva, que não se confunda com o individualismo, e saiba articular-se com o político e o social, constitui-se como uma condição necessária para tais concepções” (LOBOSQUE, 2001, p. 119-20). Sujeito é, para Lobosque (1997) alguém que, mesmo sem o saber, interroga-se sobre seu lugar; alguém que não se

encaixa de forma exata em um lugar pré-determinado; alguém que sofre de uma inadaptação, não passageira, mas fundamental. Questão que, para a autora, articula-se com outra: como situar o estatuto da subjetividade no pensamento político<sup>119</sup>? Articulando a psicanálise com o marxismo, Lobosque (2001) resgata a contribuição de Althusser, o primeiro militante do partido comunista a tentar, na década de 1960, retomar as relações entre o marxismo e a psicanálise. Althusser defenderá que as duas disciplinas não são incompatíveis, embora não possam ser reduzidas ao mesmo, pois, referem-se a campos conceituais distintos; “e, se podemos falar de uma afinidade entre elas, tal afinidade não repousa numa coincidência de objetos, mas num certo procedimento de pensamentos – em suas palavras, ‘o exemplo de um pensamento materialista e dialético’” (LOBOSQUE, 2001, p. 122). Apesar de objetos diferentes – formação social e funcionamento do psiquismo – Marx e Freud tem em comum a ideia de sistemas de instâncias sem centro<sup>120</sup>:

Sublinho a semelhança dessas afinidades teóricas entre Marx e Freud para fazer ver até que ponto essa alteração das formas de pensar tradicionais e a introdução de formas de pensar revolucionárias (tópica, aparelho, instâncias conflituosas sem nenhum centro, ilusão necessária da identidade do ego, etc.) poderiam tanto indicar a presença de um objeto desconcertante, o inconsciente, como chocar-se com a ideologia cujo caminho fechavam e com o recalçamento que provocavam (ALTHUSSER, 1991, p. 90).

Para Lobosque (2001), Althusser - filósofo e militante, não psicanalista – encontrava na psicanálise uma noção não psicológica do sujeito que permitia renovar o pensamento marxista. Em seguida, Lobosque (2001), em seu texto, estabelece relações entre a psicanálise, a reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial. Primeiro, denuncia que, não raro, a psicanálise, nas experiências críticas à psiquiatria tradicional, tem assumido um papel reformista e não transformador:

Mantém-se presa ao “paradigma clínico” tão corretamente refutado por nossos colegas de Trieste, e não se preocupa com articulações políticas, seja em seu alheamento dos movimentos sociais, seja em seu isolamento teórico. Sua presença nos serviços muito comumente se limita a alguns que fazem o gênero “centro de excelência”, isolados, por vezes pedantes, sem preocupar-se com uma concepção em rede de assistência à saúde mental articulada a outros serviços e instâncias, tampouco com as questões referentes à gestão pública; preocupando-se menos ainda com a

---

<sup>119</sup> Segundo esta autora, nenhuma outra disciplina psi despertou tanto interesse à política, seja na forma da curiosidade, seja na forma da aversão (LOBOSQUE, 2001).

<sup>120</sup> Me chama a atenção, ainda que saiba que Derrida é também um crítico leitor de Freud e Marx, a proximidade com a ideia de complementariedade.

organização social e política de trabalhadores e usuários de saúde mental, e com os movimentos sociais e a luta política mais ampla (LOBOSQUE, 2001, p. 124-5).

Por outro lado, afirma que, na rede de saúde mental em Minas<sup>121</sup>, tem se desenvolvido uma experiência diferente em que a psicanálise, dentre vários outros saberes (história, ciências políticas e sociais e a filosofia), é uma referência para conceber o sofrimento psíquico.

Lobosque (2003) afirma que a psicanálise, ao mesmo tempo que se mostra importante no contexto dos serviços substitutivos em saúde mental, em função especialmente de sua *concepção descentrada da subjetividade*, não deve - como qualquer outra teoria - ser o sustentáculo de um movimento social, pois assim pode operar

todavia no sentido de uma manutenção das relações de poder, quando convocada a ocupar o lugar das 'teorias envolventes e globais'; quando chamada a 'fundamentar teoricamente' (...) práticas que encontram sua eficácia justamente em seu caráter descentrado, disperso, descontínuo, local, indiferente a qualquer tipo de autenticação universalizante (p. 122).

Portanto, a psicanálise é apenas mais um saber, dentre vários, a trazer contribuições para refletir sobre a prática em saúde mental, abrindo espaço para interlocução com diferentes saberes (LOBOSQUE, 2003; SOUZA, 2010). Neste sentido, não pretendo aqui reduzir a potencialidade da convivência como dispositivo de cuidado a conceitos psicanalíticos. Ao mesmo tempo, considerando o compromisso ético com a pesquisa qualitativa que reconhece a simbiose entre conhecimento e poder (DEMO, 2004), assumo que a visão de subjetividade descentrada e a concepção de cuidado como dispositivo estético (FIGUEIREDO, 2011) inspira-se na psicanálise<sup>122</sup>. Segundo o autor, o cuidado se configura como um dispositivo estético quando incrementa as sensações de vida, amplia as capacidades

---

<sup>121</sup> Souza (2010) realizou, em sua dissertação de mestrado, um estudo teórico acerca da interface entre psicanálise e saúde mental e identificou dois principais centros de pesquisa que desenvolvem trabalhos nessa área, o IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o IPSM/MG – Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.

<sup>122</sup> “Nossa premissa é a de que a psicanálise se situa entre as *práticas de cuidado*, (...) basicamente, as diferenças dizem respeito aos dispositivos de cuidado que cada prática institui e sustenta. (...) Cada dispositivo tende a exigir – como condição ideal – um determinado suporte espaço-temporal e, eventualmente, modificações neste suporte, em nome, justamente, da preservação do que lhe é essencial. Já antecipando: mais adiante veremos que cada dispositivo – correlacionado a algum suporte espaço-temporal – opera como um *objeto transformacional* (Bollas, 1987), um ambiente capaz de produzir transformações na experiência do *self* dos sujeitos que nele habitam aos lhes oferecer formas especializadas de cuidados” (FIGUEIREDO, 2011, p. 12).

vitais somáticas e psíquicas; funcionando como antídoto contra os efeitos restritivos de defesas físicas e psíquicas.

Saudável, sob este ângulo, é o organismo ou sujeito que sustenta os processos vitais em sua máxima potência, sob uma modulação contínua promovida pelos efeitos suplementares de dispositivos antiestéticos – anestésicos – de proteção, e dos dispositivos estéticos de potencialização; e isso a cada momento e a cada circunstância de sua trajetória. Uma trajetória da qual o sofrimento e a dor não poderiam ser eliminados, ainda que devam ser moderados para se tornarem toleráveis (FIGUEIREDO, 2011, p. 22).

Saúde, neste sentido, também associa-se à capacidade de tolerar sofrimentos, em uma capacidade de sofrer compatível com os recursos psíquicos do sujeito; capacidade de sentir, fruir e sofrer (FIGUEIREDO, 2011).

Próximo de uma posição winnicotiana, quando se refere ao trabalho do psicanalista fora do consultório, Lobosque (2001), em outro texto, na mesma coletânea, afirma que

Há um modo de falar que, sem ter a psicanálise como tema, objeto ou conteúdo, só se torna possível a partir dela; há um modo de prática que só se faz porque psicanálise há, sem inscrever-se necessariamente na prática analítica; há toda uma circulação da produção da psicanálise no mundo contemporâneo que segue caminhos assim (p. 115).

Para Lobosque (2001), o que há de comum<sup>123</sup> no movimento antimanicomial e na psicanálise – ou, mais propriamente dito, no encontro entre eles, eu diria – é o resgate da subjetividade. Uma não anulação do sujeito pela suposta “doença” é algo em comum (TENÓRIO, 2001). O potencial revolucionário estaria na concepção singular de sujeito que sustenta: sujeito do inconsciente, descentrado e fora-de-sentido (LOBOSQUE, 2003). Esta potencialidade revolucionária, no entanto, só se torna possível se, ao invés de monopólio das técnicas e dos discursos da subjetividade, participar dos processos de subjetivação entendidos como processos políticos (LOBOSQUE, 2003). Assim, conforme a autora, os mais diversos dispositivos – medicação, psicoterapia, centros de convivência, os próprios CAPS – são possibilidades concretas na construção de “um outro mundo possível”, desde que, “para não reproduzirmos a lógica dos manicômios, [o que importa] é fazer tudo isto visando dar lugar à alegre afirmação do desejo” (LOBOSQUE, 2003, p. 186). A

---

<sup>123</sup> Como não se trata de reduzir psicanálise e o campo da saúde mental ao mesmo, interessante o posicionamento de Lobosque (2001) que afirma uma possibilidade de relação frutífera, mas que faz da psicanálise algo exterior à saúde mental, mas por ela interpelada: “exterioridade não é a mesma coisa que alheamento” (p. 108).

autora sustenta que afirmar o desejo não é fazer magicamente desaparecer a dor, mas desfazer suavemente seus laços com a culpa, a vergonha e a má consciência<sup>124</sup>.

Mas, certamente, significa ajudar a circunscrever o sofrimento psíquico, com cuidado e delicadeza, no espaço social (LOBOSQUE, 2001). Para a autora, faz-se necessária uma tarefa de mediar a reconstrução de um convívio, o que exige uma elasticidade no âmbito social para suportar a diferença. Sejam honestos: para algumas pessoas é vedado fazer parte de várias formas de organização da sociedade, seja a família, o lazer, a arte; seja o trabalho, a lei, a responsabilidade. Sejam adeptos ou não da noção de estrutura<sup>125</sup>, esta sensibilidade para a diferença como algo legítimo, e não como algo a ser consertado, a psicanálise tem a ensinar. “Apostamos que o sujeito sempre responde e, responde ativamente, quando o interpelamos sobre a urgência que o afeta, respeitando a *lógica própria* à sua estrutura” (LOBOSQUE, 2001, p. 88, grifo meu). Concordo com a autora, a psicanálise se utilizada, a partir da novidade instaurada por Freud e não sua versão ideológica assumida por diferentes profissionais, ajuda a compreender o que fazemos neste esforço de cuidar reconhecendo e respeitando as diferenças, mesmo em suas formas radicais. Há um dimensão da subjetividade que resiste<sup>126</sup> que espero poder com minha sensibilidade – que se construiu também a partir de uma formação em psicanálise - fazer jus ao analisar as informações construídas através da convivência.

Na análise formal da dimensão clínica será feito um esforço para legitimar o modo específico de subjetivização de cada sujeito. Nesta direção, por exemplo, a atenção que é dada ao sintoma se modifica; deixa de ser um mal a ser extirpado para exigir um trabalho de compreensão de como o sintoma se articula para aquele sujeito, o que representa, o que diz sobre ele (TENÓRIO, 2001).

Acrescentaria, por fim, com Mezan (1995), seguindo suas indicações no texto *A querela das interpretações*, a leitura<sup>127</sup> não é deciframento ou revelação, mas

---

<sup>124</sup> Esta afirmação de Lobosque nos lembra o trabalho de Susan Pick (2010) no México, apresentado no capítulo 2. A autora discute como barreiras psicológicas, tais como medo, vergonha e culpa, em especial em uma situação de pobreza, podem gerar impedimentos para escolhas pessoais, levando a uma manutenção das desigualdades. Afinal, lembrando, em uma situação de desigualdade pode ser muito difícil para uma pessoa perceber – mesmo se disponível – uma oportunidade.

<sup>125</sup> Longe de mim tentar resolver esta querela; deixo para meu orientador, ocupado que está com esta questão desde seu doutorado, este desafio.

<sup>126</sup> “Não vou ceder o meu ser”, nos diz *Estamira* (2005).

<sup>127</sup> Neste texto, Mezan (1995) está ocupado em pensar a legitimidade da psicanálise em se pronunciar sobre fenômenos exteriores à situação analítica, principalmente, as criações da literatura e da arte. Seguirei a argumentação do autor, mas a leitura estará aqui associada à análise da informação qualitativa produzida na convivência.

instauração de sentido, um trabalho com potencialidade de suscitar novas significações. Para Mezan (1995), uma interpretação deixa de ser psicanalítica se for limitada à aplicação “de um corpo já constituído de doutrinas sobre um objeto suposto inerte” (p. 71), se for aplicação mecânica da teoria. Ao contrário, a interpretação, tal como organizada por Freud, se dá “do singular pelo singular” (idem) e, neste sentido, implica o analista-intérprete e sua própria análise, pois o texto – no caso aqui presente o *corpus* da informação qualitativa – não associa. De tal modo que, na dimensão clínica na análise, me ocuparei com o modo pelo qual fui afetada pela convivência, como, em um jogo transferencial-contratransferencial, analiso o efeito da convivência no grupo, nos frequentadores, pesquisadores e em mim mesma. Ora sou objeto-sujeito, ora sujeito-objeto, ainda que compartilhando com os outros pesquisadores<sup>128</sup>, tanto a intervenção quanto a análise. A interpretação, assim, reproduz não os conceitos psicanalíticos, mas a maneira de pensar inventada por Freud, que se “define pela percepção dos efeitos do inconsciente tanto no objeto a analisar quanto na atividade do analista, o que faz da interpretação não apenas reconstrução do sentido, mas sobretudo *construção dele*” (MEZAN, 1995, p. 72).

Segundo Souza (2010, p. 77), a noção de analista-cidadão “permite retirar o analista da posição de exclusão de si mesmo, para torná-lo útil e compatível com os novos dispositivos democráticos de assistência em saúde mental”, de modo que se aposta nos movimentos singulares e não em qualquer solução - bem intencionada ou de má-fé -, que pretenda oferecer uma resposta generalizante a problemáticas que são também, além de seu inegável e inevitável caráter social, vivenciados concretamente e irredutivelmente de forma diferenciada no indivíduo<sup>129</sup>.

Tendo como referência permanente que nosso trabalho no CAPS, no campo da saúde mental, é oferecer uma outra resposta social para o sofrimento psíquico grave, ou seja, a inclusão social, acompanhando sujeitos e ajudando-os a viver, em todas as esferas, a contribuição que a dimensão clínica pode trazer para este campo é propriamente a de ajudar-nos a não perder de vista o sujeito em sua radical e

---

<sup>128</sup> Ao longo do processo, alguns alunos-pesquisadores participaram da intervenção, outros da análise e outros de todo o processo de intervenção e análise.

<sup>129</sup> “Pensamos em vias que transitem pelas interfaces da psicanálise com outras disciplinas de base biológica e sociocultural, e incidam em suas intervenções nos campos da saúde, da educação, do trabalho social, e nas ações comunitárias integradas e integradoras (como, por exemplo, o trabalho de psicanalistas junto a populações desfavorecidas e marginalizadas, ao lado de educadores, artistas, médicos, enfermeiros etc.)” (FIGUEIREDO, 2011, p. 12).

irreduzível diferença. “Ser cidadão” ou “estar incluído socialmente” não devem se transformar em imposições de como o sujeito deve ser, tampouco podem se reduzir a uma forma generalizada de estar no mundo, sob o risco de estarmos repetindo a histórica alergia à diferença.

Turato (2005) defende que os clínicos da saúde mental (que frequentemente trabalham com referenciais biomédicos) deveriam também empregar métodos qualitativos, aproveitando sua experiência na assistência, em sua atitude clínica e existencial. Em capítulo sobre pesquisa qualitativa em saúde mental, o autor destaca a possibilidade de uma metodologia clínica-qualitativa, enquanto refinamento e particularização da metodologia qualitativa em geral. É concebida como meio de conhecer e interpretar as significações de naturezas psicossociais e psicológicas que os usuários, a equipe, as famílias e as pessoas da comunidade constroem ao se ocuparem e se preocuparem com problemas da saúde.

Ocorre sob o paradigma fenomenológico, dentro da área das Ciências do Homem, com valorização das angústias e ansiedades existenciais das pessoas envolvidas no estudo e pautando-se num quadro interdisciplinar de referenciais teóricos, com destaque às concepções psicanalíticas básicas (TURATO, 2005, p. 34).

Para o autor, a metodologia clínica-qualitativa mostra-se especialmente útil para estudar fenômenos complexos, por serem íntimos e de verbalização emocional difícil, geradores de angústias pessoais.

Contudo, não será necessário ser psicanalista, em absoluto, para ler esta tese. Sinto-me sensível, neste sentido, à provocação feita por Leal (2007):

Poderia a psicanálise - saber que se propõe a considerar a subjetividade dos que tratamos como elemento importante para o desenho do cuidado - produzir alguma inflexão na prática dos profissionais não psicanalistas? Embora esse não seja o único saber que tenha este projeto, a psicanálise parece ser aquele que, nos serviços substitutivos, tem enunciado tal questão. O que pode o encontro com este conhecimento, e com um relato tão contundente de quem vive ou viveu a experiência do delírio, produzir em nós que não somos psicanalistas? Em que medida este diálogo pode nos ajudar a construir a clínica dos serviços substitutivos sem que tenhamos necessariamente que nos tornar todos psicanalistas? (p. 84).

Ainda que aqui a compreensão sobre o sofrimento - psíquico, existencial e social – esteja ancorada na psicanálise, não farei uso de conceitos psicanalíticos que não possam ser incorporados a qualquer prática – psi ou não - que se pretenda antimanicomal.

Em suma, a forma de cuidado que foi construída na convivência como uma estratégia de intervenção no CAPS esteve, em certa medida, a partir de minha formação clínica, ancorada na psicanálise. Pautada no imperativo ético de me posicionar ideologicamente enquanto pesquisadora, levando a sério a proposta da pesquisa qualitativa (DEMO, 2004, 2006a), senti a necessidade de problematizar um lugar possível para a psicanálise no campo da saúde mental que seja compatível com os objetivos de inclusão social e de produção de cidadania. Após o reconhecimento de minha posição e o esforço argumentativo para tentar legitimar o diálogo da psicanálise com o campo da saúde mental, reitero, no entanto, que a) os conceitos psicanalíticos não serão tema ou conteúdo desta tese; b) as concepções de subjetividade e de cuidado, ainda que inspiradas pela psicanálise, dialogam com vários outros campos de saber e c) a análise das informações qualitativas organizar-se-á através das três dimensões – ética, política e clínica - do cuidado desenvolvidas na trama teórica e das três disponibilidades que derivei da noção de cuidado apresentada – *estar com*, *fazer junto* e *deixar ser*.

Nas considerações finais, apresentarei uma proposta para a incorporação da convivência como dispositivo de cuidado no campo saúde mental que pode ser utilizado por qualquer profissional e qualquer filiação teórica que se sustente, do ponto de vista ideológico, é claro, no projeto de desinstitucionalização: tratar em liberdade, visando à inserção social, mas sempre de modo a respeitar o modo próprio, por mais distante da norma que seja, de cada ser.

## **CAPÍTULO 6 – ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS: A CONVIVÊNCIA COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO**

Após a análise da etapa de diagnóstico da convivência no CAPS, foram apresentadas para a equipe duas possibilidades de ações no CAPS para implementar/incrementar a convivência no CAPS: a atividade de convivência e o grupo de convivência. A equipe do CAPS decidiu pela implementação das duas atividades pela equipe de pesquisa.

A proposta da atividade de convivência, com o objetivo de não institucionalizar a convivência apenas em um grupo, consistiu em estarmos disponíveis, sem estarmos engajados em nenhuma atividade ou grupo específico, para os usuários em suas demandas e necessidades, tanto no intervalo das atividades oficiais (na recepção, na sala de espera, no lanche, ao final dos grupos) quanto para aquelas pessoas que não estivessem, por qualquer razão que fosse, suportando estar nos grupos, aquelas que chegavam ao CAPS, apesar de não ser seu dia/horário oficial, para acolher crises, etc. A atividade de convivência foi realizada por cinco pesquisadores-auxiliares (estudantes de Psicologia que já haviam participado do PRISME) no período de 22/08 a 03/12/12. Três deles já conheciam o CAPS, pois realizaram suas atividades do PRISME ou de estágio nesta instituição e dois haviam realizado suas atividades em outras instituições de saúde mental do DF, sendo seu primeiro contato com este CAPS em particular.

No grupo de convivência, o objetivo foi experimentar e construir com os usuários um modo de *estar com* e *fazer junto* que nos permitisse caracterizar os princípios e posturas necessários para fazer da convivência um dispositivo de cuidado. O grupo de convivência, enquanto espaço de pesquisa, foi realizado no período de 19/09/12 a 03/07/13 e participaram, além da pesquisadora, quatro alunos-pesquisadores em diferentes momentos da implementação do grupo de convivência e participações esporádicas de alguns alunos extensionistas.

Neste capítulo, será apresentada a análise das informações qualitativas produzidas ao longo da implementação da atividade e do grupo de convivência, de acordo com a metodologia proposta por Demo (2004), discutida no capítulo anterior.

## 6.1. Contextualização sócio-histórica

A análise sócio-histórica consiste no esforço de reconstituir as condições sociais de produção e circulação das formas simbólicas, afinal estas não surgem em um vácuo (THOMPSON, 1995; VERONESE; GUARESCHI, 2006). As relações de poder, quando são assimétricas *de forma sistemática*, sustentam desigualdades e injustiças (THOMPSON, 1995; VERONESE; GUARESCHI, 2006). Como discuti nos capítulos 3 e 4, para o tema desta pesquisa, estamos lidando com pelo menos dois grandes grupos de relações de poder, a diferença de classe e aquela oriunda da redução da subjetividade a uma suposta “doença mental”, que sustentam desigualdades e injustiças no campo da saúde mental.

Neste sentido, uma análise sócio-histórica no presente trabalho abarca uma análise da convivência no campo da saúde mental, no contexto dos CAPS e, em particular, do CAPS onde a pesquisa se desenvolveu no DF. Conforme discuti no capítulo 4, a convivência na história da saúde mental se transformou “desde o fazer-sem-ela-uma-vez-excluído, até o fazer-no-lugar-dele passando para o fazer-por-ela” (DELION, 1984, p. 75, tradução livre). Com base nas experiências de reforma psiquiátrica, particularmente, a radicalidade da experiência italiana que, para além de uma reforma, coloca em questão a psiquiatria não apenas enquanto sistema institucional, mas como sistema científico (BASAGLIA, 1985), o estatuto da convivência se modifica: basta pensar que o principal objetivo da política nacional de saúde mental é a reinserção social (TENÓRIO, 2001; GRIGOLO, 2010; BRASIL, 2011). No capítulo 4 apresentou-se o *fazer junto* e o *estar com* como possibilidades de interlocução e de produção subjetiva através da intersubjetividade na convivência.

Goulart (2013), em sua análise sobre o processo de alta no contexto do CAPS, leva em consideração a realidade político-institucional vigente no DF: número insuficiente de serviços de saúde mental em uma das mais baixas coberturas, se comparado com outros estados. Um dos efeitos inevitáveis desta baixa cobertura é a não territorialização dos CAPS, o que compromete a atuação do serviço que se vê limitada, em grande medida, à própria instituição, não atingindo o território em ações que tenham incidência direta no cotidiano da vida das pessoas (GOULART, 2013; TENÓRIO, 2001).

O Ministério da Saúde, com o objetivo de monitorar e avaliar os serviços extrahospitais e suas modificações no cenário da saúde mental, construiu um indicador, calculado a partir do número de CAPS no território para cada 100.000

habitantes. De acordo com o último relatório do Ministério da Saúde de 2011, o indicador nacional era de 0,72 (BRASIL, 2011). Segundo os parâmetros de cobertura, o indicador acima de 0,70 refere-se a uma cobertura muito boa, o que nos dá a dimensão que, em âmbito nacional, os CAPS estão assistindo à população. Contudo, o Distrito Federal tem atualmente o menor índice nacional (0,21), considerado um indicador de cobertura baixa. A Paraíba é o estado que possui o indicador mais elevado no país, de 1,22, o que desvela a discrepância entre o primeiro e o último colocado (BRASIL, 2011)<sup>130</sup>.

O Relatório Anual de Atividades de 2012 do governo do DF afirma que, com a implantação e credenciamento de novos CAPS, nosso indicador irá subir para 0,46 (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2012), deixando de ser uma cobertura baixa para ser regular/baixa, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde. O DF redigiu em 2010, um Plano Diretor de Saúde Mental para os cinco anos seguintes. O objetivo deste relatório é “ser um instrumento norteador para a estruturação e organização dessa rede de atenção integral em saúde mental às pessoas portadoras de sofrimento psíquico residentes no Distrito Federal” (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2010, p. 7). De fato, tivemos na última gestão (2010-14), um aumento considerável de CAPS: de 07 para 17, com um aumento significativo no número de CAPS ad (voltados para a problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas), o que certamente é mérito de uma gestão, apoiada pelo Movimento Pró-Saúde Mental do DF - nosso braço local da luta antimanicomial - e comprometida com a política nacional de saúde mental, uma gestão diferenciada no histórico no DF, caracterizado pelo descompromisso com a saúde mental.

Zgiet (2010), em sua dissertação de mestrado, refletiu sobre os desafios para a implementação da reforma psiquiátrica no DF e apontou que os principais obstáculos à concretização da política de saúde mental sob os parâmetros da reforma psiquiátrica e da política nacional de saúde mental no Distrito Federal passam por fatores macro e microconjunturais, como: o desempoderamento do órgão responsável pela gestão da política de saúde mental em nível local; a concentração dos esforços estatais e da demanda sobre o hospital psiquiátrico em detrimento dos serviços substitutivos; a pouca visibilidade das ações em saúde mental em comparação às outras áreas

---

<sup>130</sup> As informações e dados que se seguem foram organizados por Dillyan Machado, em sua monografia de conclusão de curso de Psicologia, sob minha orientação. Agradeço a Dillyan por sua dedicação e parceria como aluna, extensionista, auxiliar de pesquisa, estagiária, orientanda e, finalmente, como companheira no Movimento Pró-Saúde Mental.

da saúde; o desconhecimento e desmobilização da população em relação ao tema; a manutenção de práticas segregadoras no hospital psiquiátrico; o pouco incentivo à capacitação dos profissionais por parte da Secretaria de Estado de Saúde; a burocracia excessiva na mobilização de recursos para a implantação de serviços; entre outros (ZGIET, 2010).

Segundo a autora,

dentre os determinantes de tais dificuldades, destacam-se a manutenção dos chamados manicômios mentais – descritos por Pelbart (1991) – entre servidores e familiares dos usuários e a cultura política permissiva em relação à corrupção e focada na agregação de votos para o período eleitoral, em detrimento do atendimento das demandas da população (ZGIET, 2010, p. 8).

De toda forma, sem deixar de reconhecer os avanços ocorridos no período e o esforço desta última gestão, é preciso também reconhecer que a situação do DF em relação à implementação da política e serviços de saúde mental ainda é precária, com uma das mais baixas coberturas do país, o que, certamente, é fundamental na reflexão sobre os desafios que os CAPS II – contexto da atual pesquisa – enfrentam no DF.

De acordo com o Relatório Anual de Atividades de 2012 (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2012) não houve ampliação e nem reforma das unidades de atenção em saúde mental já existentes<sup>131</sup>. Inevitavelmente o déficit na cobertura traz impactos para a qualidade e efetividade dos serviços, tal como será enfatizado na análise formal.

O documento mais atual sobre o cenário da saúde mental no DF foi elaborado em outubro de 2013, pelo Movimento Pró-Saúde Mental do DF (MPSMDF) e a Frente Parlamentar de Saúde Mental da Câmara Legislativa do DF. O MPSMDF é um coletivo formado por diversos atores da saúde mental do DF, dentre eles: usuários dos serviços, familiares, profissionais e militantes sociais. O movimento existe há mais de 14 anos e, em 2013, passou por uma reformulação, com uma nova organização através de comissões temáticas, nas quais um representante de cada comissão compõe um colegiado de gestão (MACHADO, 2013). Atualmente o MPSMDF é composto pelas seguintes comissões: Comunicação; Cultura; Monitoramento de Direitos; Formação e Articulação Política; e Mobilização Social (MPSMDF, 2013).

---

<sup>131</sup> Em 2013 foi inaugurada uma nova unidade, o primeiro CAPS III voltado para transtornos mentais no DF, mas que ainda está funcionando apenas como II, não assumindo o cuidado integral - 24h - como previsto.

O objetivo do relatório, além de fazer um levantamento da RAPS no DF, foi o de retomar o diálogo com a Frente Parlamentar de Saúde Mental da Câmara Legislativa. De acordo com o MPSMDF (2013), “o fortalecimento deste diálogo implica no suporte a essa Frente por meio de pautas diversas, discussões técnicas e político-estéticas que perpassam o cotidiano da área da Saúde Mental” (p. 4). Através deste diálogo, o desejo é que haja uma maior probabilidade de a saúde mental estar presente na agenda política do DF, o que poderá contribuir para maiores recursos e engajamento político nesta área que se encontra fragilizada neste território (MACHADO, 2013).

Levando em consideração a reflexão permanente proposta por Basaglia (1985) para o processo de desinstitucionalizar, o MPSMDF afirma que a iniciativa da elaboração do relatório descrito perpassa pelo monitoramento contínuo: “apontar a necessidade de uma reflexão e avaliação constante da rede psicossocial de atenção em saúde mental do DF, buscando a superação conjunta de suas dificuldades e precariedades” (MPSMDF, 2013, p. 4). Este documento foi formulado por meio de visitas feitas a alguns serviços do DF, incluindo o HSVP, principal dispositivo da rede, apesar de ser um hospital psiquiátrico.

Como citado anteriormente, os CAPS configuram-se como um dos principais serviços substitutivos previstos na atual política nacional de saúde mental (BRASIL, 2011). Este novo desenho da atenção à saúde mental refere-se a:

uma política de saúde mental intersetorial e substantivamente cidadã, articulada aos outros aparelhos de saúde e de proteção social para garantia do acesso dos usuários ao lazer, à cultura, ao vínculo familiar e ao respaldo sócio-assistencial que lhe garanta o direito à dignidade - o verdadeiro direito à saúde mental (MPSMDF, 2013, p. 8).

No DF, temos um número ainda reduzido de serviços substitutivos, inclusive de CAPS, o que explica a precariedade de nossa RAPS, já que esse serviço é responsável pela articulação e tecimento da rede. Dos 46 CAPS projetados pelo Plano Diretor de Saúde Mental (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2010), o DF conta apenas com 17 CAPS<sup>132</sup>. Devido à ênfase do programa de enfrentamento ao crack e outras drogas do governo federal, um maior número de CAPS das modalidades ad tem sido implantados, em todo o cenário nacional. No DF não tem sido diferente, dos 17 CAPS em nosso território, apenas cinco CAPS são para o acompanhamento e

---

<sup>132</sup> 4 CAPS II; 1 CAPS III; 2 CAPS i; 6 CAPS ad; 2 CAPS ad III; e 2 CAPS ad i III (MPSMDF, 2013).

cuidado de pessoas com transtornos mentais. De modo que há um déficit de no mínimo 12 CAPS dessa modalidade, conforme os parâmetros populacionais do Ministério da Saúde para a implementação desses serviços (MPSMDF, 2013).

Uma das principais consequências do número insuficiente de CAPS é que a área de abrangência, o *território* desses serviços no DF, é muito superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), dificultando a tomada de responsabilidade dentro do território, conforme defendido por Basaglia (1985) e Rotelli (2001). Tal situação leva a uma perda de potência dentro do território, que é uma das responsabilidades dos CAPS e necessária para o processo de desinstitucionalização (MACHADO, 2013). O MPSMDF (2013) aponta que há um déficit de profissionais também, não só nos CAPS, mas em todos os serviços de saúde mental no DF, o que dificulta ainda mais o processo de cuidado como um todo.

No que se refere à implantação de novos serviços, apesar da escassez de recursos, no DF, temos outro problema, que é a questão fundiária. Muitos terrenos e imóveis não dispõem de documentação completa, principalmente nas comunidades e regiões mais carentes, que geralmente são os territórios que mais necessitam dos serviços. Esse impeditivo devido à questão fundiária é uma exigência do SUS, que solicita situação de legalidade em todos os terrenos e imóveis para que os serviços sejam construídos. Além da questão fundiária, o MPSMDF (2013) salienta que há no DF uma “extrema burocratização dos processos de instalação, manutenção e aprimoramento dos serviços de atenção à saúde, especificamente os de atenção à saúde mental” (p. 15). Os entraves burocráticos são alegados pelos gestores como o motivo da morosidade para a implantação e ampliação dos serviços, o que novamente dificulta a construção da própria RAPS (MACHADO, 2013). Parece faltar, além de um diálogo entre as esferas institucionais, um conhecimento da legislação, tanto a do DF, como a do SUS.

Desse modo, o MPSMDF (2013) sugere que uma apropriação mais sistematizada da legislação e da estrutura de financiamentos e contratos do SUS nas diferentes esferas de governo, bem como um maior conhecimento acerca das relações institucionais entre as diversas Secretarias de Estado, Procuradoria do DF, Conselho Distrital e Conselhos Locais de Saúde, Ministério Público do DF, dentre outras que compõem o cenário de construção das políticas públicas.

Até onde entendemos, essas diversas instituições precisam manter um diálogo permanente no sentido de ajustarem suas exigências formais e legais para que o

processo de implementação da política local de saúde mental não sofra os efeitos danosos da burocracia (p. 16).

Machado (2013) ainda destaca, em relação à RAPS no DF, a ausência da supervisão clínico-institucional. Embora tenha verba aprovada pelo Ministério da Saúde, há alguns anos o DF não tem oferecido a supervisão, novamente por dificuldades burocráticas, que resultaram em devolução da verba ao Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1174/GM (Anexo III), de 2005, concede incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos CAPS e a supervisão clínico-institucional faz parte deste programa. Miranda e Onocko-Campos (2010) destacam que a complexidade presente na construção de um trabalho clínico junto aos usuários de saúde mental que seja compartilhado pela equipe e pelo território exige espaços de supervisão para cuidar dos “sofrimentos inerentes a uma prática que envolve relações íntimas com colegas e pacientes” (p. 1159).

A presença do modelo biomédico ainda é uma realidade dentro dos serviços, e devido à demanda enorme e à precariedade na rede, a equipe tende, às vezes, a enrijecer-se devido à quantidade de serviço a fazer, sentindo-se impotente por não conseguir suprir as demandas (MACHADO, 2013; GOULART, 2013). A supervisão pode ser utilizada, nesse contexto, como um dispositivo estratégico, possibilitando novas articulações e enfrentamento da situação. Assim, a supervisão clínico-institucional “tem por função mediar o diálogo entre os diversos profissionais, com vistas à construção de uma linha comum de cuidado, o que, sem o olhar mediador de um elemento externo, muitas vezes, torna-se quase impossível” (MPSMDF, 2013, p. 36). Além disso, a supervisão também potencializa o cuidado ao cuidador, pois através da escuta do profissional, a supervisão pode apontar para possíveis riscos, ocasionados ou não pelo trabalho, como ansiedade, estresse e assédio moral, que se tiverem sua origem no trabalho, deverão ser enfrentadas no mesmo local (COSTA; SILVA, 2013).

Embora a lei distrital nº 975 fale no 2º inciso do 3º Art. que “os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializados deverão ser extintos num prazo de 4 (quatro) anos a contar da publicação desta Lei”, 20 anos depois de sua publicação, os leitos psiquiátricos ainda existem: ainda temos um hospital psiquiátrico. O HSVP é a instituição em saúde mental mais antiga do DF, com características manicomialis arraigadas. Embora tenham profissionais de várias áreas, dentre elas Psicologia e

Terapia Ocupacional, esses profissionais não participam da ala de internação e prontosoceuro (MACHADO, 2013). Algumas oficinas terapêuticas são realizadas dentro das dependências do hospital, contudo, a participação dos internos ainda é pequena (MPSMDF, 2013).

De forma que não é possível dizer que, efetivamente, um processo de desinstitucionalização no DF esteja sendo desenvolvido, já que o DF não dispõe de nenhuma residência terapêutica<sup>133</sup> e o principal dispositivo para acolhimento da crise ainda é um hospital psiquiátrico (MACHADO, 2013).

Este é o cenário em que o presente trabalho se situa. O CAPS, palco da presente pesquisa, foi criado em 2007, situado em uma região administrativa do DF, com população aproximada de mais de 360.000<sup>134</sup> habitantes, e funciona na conjuntura acima descrita. A equipe técnica do CAPS é composta por psicólogos, enfermeiros, psiquiatras, técnicos em enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e um médico clínico e oferece as seguintes atividades: atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento psicoterápico ao familiar, assembleias, confraternizações, passeios e diversas atividades comunitárias enfocando a integração do usuário à comunidade e sua inserção familiar e social<sup>135</sup>.

Conforme mencionado acima, este CAPS é referência para várias outras regiões administrativas em função da escassez de serviços de saúde mental no DF e é responsável por um território de cerca de 1.200.000 habitantes. Vale lembrar que segundo o Ministério da Saúde (2004), o território de abrangência de um CAPS II é de 70.000 a 200.000 habitantes. A atual gestora assumiu o CAPS em 2008, após um primeiro ano bastante conturbado. Em entrevista com a gestora, a mesma afirma que, quando assumiu o CAPS este, apesar de ser uma casa alugada na comunidade, tinha uma aparência institucional e atendia cerca de 60 pacientes. Duas das principais ações desenvolvidas inicialmente foram tornar o espaço menos institucional e mais

---

<sup>133</sup> As residências terapêuticas são habitações, inseridas na comunidade, destinadas às pessoas que foram institucionalizadas por longos períodos, fazendo com que perdessem os laços familiares e vínculos sociais (AMARANTE, 2007; ROTELLI, 2001; BASAGLIA, 1985). As RTs foram instituídas como serviço substitutivo no Brasil através da portaria nº 106 do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2000.

<sup>134</sup> Segundo dados do IBGE de 2011, disponível em <http://www.ibge.gov.br>.

<sup>135</sup> Esta é a forma como o CAPS se descreve em folder confeccionado pela instituição.

aconchegante e divulgar o CAPS na comunidade. Em relação à primeira ação, tal como Lobosque (2001) propõe<sup>136</sup>, o CAPS foi gradativamente modificado:

Eu confesso que quando cheguei aqui eu fiquei um pouquinho assustada (...) não estava com cara de CAPS, de casa. Aí nós começamos a colocar assim, uma cortina na janela, fazer uma recepção, colocar almofadas, colocar um quadro, pintar a parede, dando um aspecto mais acolhedor para as pessoas se sentirem mais acolhidas mesmo (...) E eu acho assim que o mais importante de todo o processo foi a integração da equipe, da gente sentar e ver “gente, olha, aqui é uma casa, não é uma instituição, um centro de saúde” e o que podemos fazer pra mudar até mesmo pela própria proposta mesmo, de ser uma casa no meio da comunidade (ENTREVISTA, p. 1).

A segunda importante ação foi a divulgação do serviço na comunidade: nos centros de saúde, eventos públicos, reuniões e festividades de outros serviços, CREAS, CRAS, etc. O trabalho de divulgação foi acompanhado por um esforço de modificar o preconceito, tanto em relação aos outros serviços quanto com a própria comunidade. Tal esforço evidencia-se, sobretudo, na constatação do número impressionante de usuários (cerca de 600 pessoas) que são atendidos no CAPS e no reconhecimento do serviço na comunidade e entre os outros serviços. De fato, o CAPS vive atualmente um dilema oposto: a impossibilidade de efetivamente alcançar os objetivos de um serviço tipo CAPS – a reinserção social –, pois, em função da intensa demanda, não está sendo possível realizar um bom trabalho no território e o CAPS acaba se ocupando em “atender as urgências das urgências” (p. 2).

Tal situação tem levado o serviço, a despeito do esforço da gestão e de vários profissionais, a ações institucionalizantes. Conforme Goulart (2013), em sua pesquisa neste mesmo CAPS,

A configuração subjetiva social da institucionalização no contexto assistencial da pesquisa mostra-se estreitamente relacionada à produção das pessoas atendidas enquanto objetos de procedimentos técnicos, o que se expressa pela carência de responsabilidade individual no próprio tratamento e, de forma mais ampla, pela ausência de protagonismo frente ao próprio desenvolvimento. (...) Tal cenário guarda estreitas articulações com processos institucionais nos quais desenvolvimento e assistência aparecem dissociados entre si. De certa forma, é possível dizer que esta é uma expressão de uma lógica manicomial que ainda se faz efetivamente presente na vida dos usuários, não no formato de grades e muros, mas na maneira como produzem subjetivamente suas experiências no curso do tratamento (...) A realidade político-institucional atualmente vigente na região do DF desdobra-se em diversos impasses cotidianos que terminam por intensificar o processo de institucionalização no âmbito da saúde mental (...) Tais dificuldades culminam num quadro de diversas

---

<sup>136</sup> “Para delimitar a lógica desta ruptura, começaremos por dizer que a arquitetura do CERSAM [CAPS mineiro] é radicalmente distinta da de um hospital – não só de um hospital psiquiátrico, mas de qualquer hospital. Não há enfermarias, nem leitos; nem equipamentos tecnológicos – lembra antes a estrutura de uma casa” (LOBOSQUE, 2001, p. 23).

situações nas quais o serviço permanece afastado do território existencial das pessoas atendidas, dificultando ações voltadas para o contexto concreto de suas vidas – o que compromete amplamente o processo de desinstitucionalização (p. 137-8).

Goulart (2013) destaca, enfaticamente, em sua pesquisa, a presença neste CAPS de um processo de institucionalização que se mostra estreitamente relacionado à produção das pessoas atendidas enquanto meros objetos de procedimentos técnicos, expresso na carência de responsabilidade individual no próprio tratamento. Para o autor, a institucionalização também aparece na relação que os usuários estabelecem com o tratamento que é vivenciado enquanto procedimento de comparecer às atividades propostas e acompanhar as prescrições médicas.

O autor defende, no fim de sua dissertação, como uma estratégia institucional a fazer frente a esse processo de institucionalização, a criação de espaços de convivência, de modo a possibilitar a emergência de iniciativas conjuntas e, ao mesmo tempo, próprias, favorecendo o surgimento de possibilidades, em detrimento da centralidade dos profissionais enquanto detentores do saber (GOULART, 2013).

A seguir, apresento a análise formal da atividade de convivência e do grupo de convivência. A análise formal leva em consideração o cenário da saúde mental do DF e as dificuldades enfrentadas por este CAPS em particular para alcançar seus objetivos. Na última etapa da análise das informações qualitativas - a interpretação/reinterpretação - a contextualização sócio-histórica aqui apresentada será retomada para ajudar a pensar a potencialidade da convivência no contexto dos CAPS e também, e acima de tudo, as dificuldades e limites para combater a institucionalização através da convivência.

## **6.2 Análise Formal**

Nesta etapa da análise, apresento uma categorização das informações qualitativas, considerando o conjunto dos diários de campo, as gravações das reuniões com a equipe do CAPS e as atas das reuniões de pesquisa. Todos os nomes usados, usuários, profissionais e alunos-pesquisadores são fictícios<sup>137</sup>. O esforço foi feito em

---

<sup>137</sup> A única exceção é meu nome. No doutorado, assumo que estou exposta. Há também uma função metodológica: como ocupo lugares diferentes (pesquisadora, cuidadora, supervisora) e a tarefa de analisar o material gerado a partir da experiência da pesquisa é prioritariamente minha - ainda que tenha sido afortunada pelo diálogo tanto com meus alunos e ex-alunos que participaram de diferentes etapas desta pesquisa quanto com meu orientador e o grupo de quarta, com a equipe do CAPS e na construção cotidiana com as pessoas que participaram do grupo -, consideramos importante (meu

direção à construção de uma informação qualitativa, que “não busca ser neutra ou objetiva, mas permeável à argumentação consensual crítica” (DEMO, 2001, p. 30).

Inicialmente será apresentada uma análise da atividade de convivência e, a seguir, do grupo de convivência. A caracterização do grupo e da atividade de convivência será organizada a partir das três dimensões suplementares do cuidado (ética, política e clínica) e as três disponibilidades clínicas (*estar com*, *fazer junto* e *deixar ser*) desenvolvidas teoricamente nos primeiros capítulos.

### **6.2.1 Atividade de convivência**

A princípio, a atividade de convivência será caracterizada e, em seguida, dois aspectos serão analisados: os diferentes modos de aproximação que facilitavam ou dificultavam a construção de vínculos na convivência e as diferentes dimensões do cuidar que se desdobraram desta atividade.

#### **a) Caracterização da atividade de convivência**

A atividade de convivência define-se fundamentalmente pela disponibilidade – inclusive afetiva – para *estar com* os usuários e *fazer junto* sem agenda definida. Estar disponível quando e para o que o usuário precisar. Teve como principal objetivo experimentar a convivência, fora de uma atividade programada e agendada, mas essencialmente como uma disponibilidade de cuidado que se faz na justa medida – cuidar sem tutelar, mas também sem desassistir, de modo que a solidariedade e a afetividade funcionem como princípios que permitam ajustar o enquadre, de modo que o profissional deixa de ser o centro e se disponibiliza para colocar-se na mesma paisagem, conforme discutido nos capítulos 3 e 4, e concebendo-a como uma alternativa ao modo de organizar o cuidado no CAPS, no modo de acolher e fazer vínculos, desburocratizando o cuidado. Nesta atividade, estiveram envolvidos os pesquisadores auxiliares Fabiano, Milena, Giovani, Lisa e Samara, sob minha supervisão.

O quadro abaixo descreve as principais circunstâncias e espaços onde a atividade de convivência pode ser realizada:

---

orientador e eu) deixar claro em primeira pessoa a experiência relatada. Nos apêndices E, F e G estão listados os nomes fictícios dos pesquisadores, usuários e profissionais do CAPS.

**Quadro 2** – Caracterização da atividade de convivência

<b>Onde acontece a atividade de convivência</b>	<b>Quando acontece a atividade de convivência</b>
No pátio e na recepção	Início e fim das atividades
Nas salas e espaços de espera	Intervalos, lanches e momentos de espera

Nos espaços de espera, em especial para as consultas psiquiátricas, além dos usuários, também estão presentes familiares. Uma importante possibilidade de contato com os familiares desenvolveu-se com a atividade de convivência. Milena relata várias trocas que foram produzidas na sala de espera com acompanhantes: dividem dúvidas, preocupações, ou “apenas querem conversar um pouco com alguém e se sentem um pouco mais acolhidos” (diário M10, p. 94). É uma queixa e preocupação constantes no CAPS a dificuldade de inserir a família no processo de cuidado. Neste sentido, a atividade de convivência pode tornar-se uma estratégia para entrar em contato e criar vínculos também com os familiares, de um modo menos formal e mais autêntico. Lobosque (2003) salienta que os serviços de saúde mental precisam combater o afastamento dos familiares:

cumpre-nos, acima de tudo, porém, buscar estabelecer com as famílias um laço de ajuda e parceria, mas jamais de cumplicidade: não ‘consertamos’ pacientes para uso e abuso familiares, mas para lhes dar voz ativa e condições de posicionamento e contratualidade neste jogo de forças exigido por todo embate familiar (p. 32).

O momento do lanche também se desvelou como um importante espaço de convivência. Foi possível notar uma convivência espontânea entre os usuários durante o café (diários F1 e F2), em subgrupos, conversam descontraidamente sobre assuntos corriqueiros. Giovani (diário G9) relata trocas espontâneas e amigáveis entre os usuários e ele, durante o lanche, onde é possível ouvir as novidades, saber como estão e fazer brincadeiras entre si. Lisa (diário L4), a única pesquisadora nesta atividade que não tinha contato anterior com este CAPS e que sente maior dificuldade e desconforto na realização da atividade de convivência (questão que será retomada na etapa de reinterpretação), sente que durante o lanche – diferente dos espaços livres e de espera

– consegue interagir melhor com os usuários. Por outro lado, alguns usuários permanecem calados e isolados, o que me parece ser uma oportunidade justamente para aproximação e início de vínculos, no esforço de não apenas atender às necessidades e urgências, mas estar disponível para as pessoas, fazendo do CAPS um espaço de acolhimento.

Coelho e Trindade (2013), em seu trabalho de conclusão de estágio em saúde mental nesta mesma instituição sob a minha orientação, destacaram o café da manhã e o lanche como momentos privilegiados de cuidado em sua experiência de estágio:

foi durante esses breves momentos de “tempo morto”, sem atividades, que vivenciamos como estagiários de saúde mental do curso de psicologia do UniCEUB, em conjunto com os usuários desse serviço de atendimento à saúde mental, um outro CAPS, um outro espaço de cuidado, um outro espaço de ser (p. 3).

Segundo os autores, o café da manhã, para além de um espaço destinado à alimentação, constituiu-se em um espaço em que o sujeito tem a possibilidade de uma experiência de integração (FIGUEIREDO, 2007); um espaço onde é possível estar disponível e sermos todos apenas mais um (COELHO; TRINDADE, 2013).

Certo dia, uma usuária do serviço chega ao CAPS para o café da manhã, puxa a cadeira de plástico branca, senta e abaixa a cabeça sobre os seus braços cruzados na mesa à sua frente. Sua postura é de sofrimento (...) A cena a seguir foi comovente e de uma sensibilidade incrível. Um usuário sai de seu habitual lugar, no corredor lateral, com um papel nas mãos, chega até a usuária que está cabisbaixa, coloca a mão em seu ombro. Ela, lentamente levanta a cabeça, lágrimas escorrem por sua face. Os dois se olham. Há respeito e compreensão pela dor do outro. Ele lhe entrega o papel e diz: isto é para você. Bate a mão em seu ombro, despede-se e sai. Ela lê o papel cuidadosamente, guarda e volta à posição inicial. A cena ficou impressa em nós. O cuidado revelado por alguém que passa e entende a dor que não tem palavras para expressar-se. O cuidado que não vem da formação e sim pela identificação. O cuidado revelado não apenas para si, mas principalmente para o outro. O cuidado na medida certa, que não é indiferente e que não se impõe. O cuidado que revela no gesto: estou aqui, estamos juntos, compreendo a sua dor (COELHO; TRINDADE, 2013, p. 3).

O cuidado, tal como discutido no capítulo 2, aparece sob a forma da mutualidade, em uma postura de desvelo e solicitude. Ao retomar a discussão de Figueiredo (2007) sobre a capacidade de estar atento e reconhecer o sujeito em sua singularidade na ação de cuidar de modo que o sujeito tenha de volta a sua imagem, Coelho e Trindade (2013) avaliam que episódios como estes, vivenciados durante os intervalos para o lanche, revelaram como os pares podem estar atentos uns aos outros, respeitando o momento de cada um e se apresentando sem invadir o espaço alheio, ao mesmo tempo que desvelam como a capacidade/sensibilidade para prestar atenção

uns nos outros pode estar reduzida em nós profissionais. Os ex-estagiários afirmaram, em supervisão, que seu potencial de cuidado foi ampliado com o contato e a aprendizagem a partir, fundamentalmente, dos momentos de cuidado estabelecidos entre os usuários. Isso nos faz pensar que, ao nos furtarmos ao conviver, institucionalizados em nossos afazeres profissionais, nossa potencialidade para o cuidado é afetada.

Desta feita, o café da manhã e os momentos de lanche parecem ter a potencialidade para tornarem-se um espaço de ambiência: “compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 1). Em especial, o que os diferencia de outros espaços do CAPS é sua característica de informalidade que potencializa encontros mais espontâneos entre os usuários e também com os profissionais que se disponibilizam para habitar e conviver neste espaço. Os usuários não estão simplesmente no local onde ocorre o café da manhã, eles o habitam, mesmo que temporariamente: “como não há um grupo formal, um técnico de referência que esteja conduzindo qualquer atividade, este lugar transforma-se em outro lugar, numa heterotopia<sup>138</sup>” (COELHO; TRINDADE, 2013, p. 5).

Em diversos momentos, a disponibilidade intrínseca à atividade de convivência funcionou como uma reação contra a “institucionalização” do lanche – que desvela a presença resistencial de traços manicomiais em uma posição assistencialista e de distanciamento. Giovani (diário G6) reafirma<sup>139</sup> seu incômodo com a “institucionalização” do lanche: “filas” e “bolos” que parecem um “abrigo para pessoas famintas” (p. 55).

---

<sup>138</sup> “Esse conceito foucaultiano foi primeiro apresentado no texto *De outros espaços* publicado em uma revista de arquitetura em 1967. Heterotopias, literalmente espaços outros (do grego hetero + topia) são espaços tanto físicos como subjetivos em que o outro pode se expressar, existir. Esses espaços são espaços reservados para aqueles que não estão inseridos na sociedade, para os loucos, os desviantes. Contrapõe-se à utopia dos espaços irrealis, que a sociedade idealiza de forma aperfeiçoada e ilusória. As heterotopias confrontam-se às utopias idealizadas como uma utopia realizada, que ao mesmo tempo as englobam e representam, as contrapõe e invertem” (COELHO; TRINDADE, 2013, p. 5).

<sup>139</sup> Em diversas reuniões de pesquisa, em especial na reunião de 11/10/12, nos queixávamos do modo como o lanche estava organizado no CAPS, de forma burocrática e autoritária e o esforço que fazíamos no grupo de convivência para modificar esta relação para desgosto manifesto de alguns membros da equipe do CAPS, conforme será discutido na análise do grupo de convivência.

## b) Modos de aproximação

Ao longo da atividade de convivência, a partir da leitura dos diários de campo e das reflexões da equipe de pesquisadores ao longo do processo registradas em atas de reunião, foi possível reconhecer alguns facilitadores para a realização e o alcance dos objetivos da atividade, bem como situações/características que dificultaram a mesma.

**Quadro 3** – Modos de aproximação: facilitadores

<b>Facilitadores</b>
Familiaridade
Gentileza/afetividade
Informalidade
Mediador/algo em comum
Sensibilidade
Interesse autêntico

Os facilitadores são uma combinação de características e qualidades pessoais que diferenciam cada pesquisador e habilidades a serem desenvolvidas nos serviços de saúde mental, em especial no resgate da afetividade na formação dos profissionais de saúde, conforme apontado no capítulo 3. Os pesquisadores destacaram, em seus diários, que ter alguma **familiaridade** com os usuários facilita a aproximação: “quando me viu, sorriu e fui lhe cumprimentar” (GIOVANI, diário G8, p. 61). Fabiano (diário F1) inicia o contato com um familiar (irmão de um usuário) que ele já havia encontrado em uma reunião de família no CAPS e isto facilita a convivência. Do mesmo modo, neste mesmo dia, Fabiano relata que, na sala de espera, viu uma senhora (usuária do CAPS) que estava de pé “e parecia-me inquieta. Já a tinha visto em outras ocasiões tentando vender os trabalhos em tricô que fazia em uma oficina. Usei isto para iniciar uma conversa” (FABIANO, diário F1, p. 1). Como há vínculo, basta que Giovani pergunte se está tudo bem para que Helena e Mauro peçam para conversar (GIOVANI, diário G4). Giovani percebe, em especial, que Mauro parece agitado e ansioso e então se mostra acolhedor.

A **gentileza** e a **afetividade** no modo de se aproximar também funcionaram como um facilitador para a realização da atividade de convivência: Fabiano pergunta gentilmente se pode sentar em um lugar vago ao lado de uma usuária (FABIANO, diário F2). Também se revela na fala de uma usuária que diz a Fabiano, após a atividade de convivência, “você é muito simpático, gostei de conversar com você” e ele expressa o mesmo sentimento por ela (FABIANO, diário F3, p. 9). Lecarpentier (1989) salienta a importância dos elementos “infra-inconscientes” para o acolhimento do sofrimento psíquico intenso: uma atitude, a modificação de um sorriso, um aperto de mão, a entonação da voz.

Buscar **algo em comum** para iniciar o diálogo facilitava a aproximação:

um joguinho eletrônico que eu não via desde a infância. Comentei com ele que há muito tempo não via um daqueles e que nem sabia que ainda existia. A partir daí, iniciamos também uma longa conversa. Depois disso, Luciano se sentiu bastante à vontade para conversar comigo, onde quer que eu estivesse (LISA, diário L2, p. 97).

O mediador não é apenas algo entre nós e eles, mas uma outra ordem discursiva que permite a conexão. Para que um objeto ou gesto funcione como mediador é preciso estar articulado com a história do sujeito (DELION, 1984).

Samara (diário S1) relata que, após conversar por certo tempo com a irmã de Caio, pergunta a este o que ele gostava de fazer e ele responde que gosta de música, quando criança tocava piano e mais jovem fez parte da banda da escola tocando instrumento de sopro. “Comentei com ele que eu também fiz parte [de uma banda na escola] Depois ele me disse que era um buda, iluminado: que no mundo haviam 43 budas iluminados, mas ele era o chefe” (SAMARA, diário S1, p. 106). Encontrar algo em comum, um traço de identificação, é suficiente para que Caio comece a compartilhar sua história e seu sofrimento.

Uma certa **informalidade** no modo de se aproximar e estar junto também surge como facilitador. Esta característica surge, por exemplo, na experiência de descontração em um passeio realizado. No relato sobre este passeio, Giovani (diário G1) sente que a convivência se faz de uma forma mais fluida, sem imposições; é um outro “clima”, uma outra postura. “Achei aquele clima no ônibus de muita descontração, e acredito que os usuários tenham ficado à vontade com nossas posturas, longe daquele local de tratamento, sem nos ver com aquele “ar” de ‘doutores’” (GIOVANI, diário G5, p. 27). Penso que justamente está em jogo na convivência, enquanto um dispositivo de cuidado, perder este “ar” no cotidiano.

Nesta informalidade, enquanto característica da convivência, trata-se de *estar com de uma forma autêntica*.

Giovani (diário G7) se incomoda, pois, ao fazer um elogio ao penteado de uma usuária – “elogiei o penteado dela, assim como se elogia alguma outra pessoa que se conhece, companheira de faculdade, por exemplo, ou irmã” (p. 57) – é cumprimentado por um estagiário de outra instituição por sua postura positiva que teria como efeito “aumentado” a auto-estima da usuária.

No retorno para casa, depois das atividades, fiquei pensando muito nesse fato e não deveria ter deixado o comentário passar porque na verdade não elogiei a usuária como uma técnica de “apoio” ou estratégia para deixá-la mais animada, mas porque realmente achei o cabelo e o arco bonitos (GIOVANI, diário G7, p. 58).

Parece-me muito pertinente a reflexão de Giovani: se fosse “técnica” seria falso; na convivência é decorrente do vínculo. O que é dito e vivenciado na convivência encontra sentido e valor na convivência e na continuidade dos vínculos que a convivência sustenta e não como técnica de “apoio” a ser aplicada o que tornaria, creio, o comentário falso. O que, por outro lado, não nos desobriga, enquanto profissionais, de estarmos refletindo, de forma contínua e cotidiana, sobre o impacto e a consequência de nossas falas, atos e intervenções e de modificarmos nossa forma de *estar com* e intervir a partir desses efeitos.

Uma das potencialidades da atividade de convivência surge com o movimento de circular pelos espaços atentos a cada um. Assim, a aproximação e o cuidado não se organizam de forma homogênea ou padronizada, mas a partir da **sensibilidade** para analisar a necessidade de cada um, o momento de aproximar-se informalmente de alguém que esteja isolado e respeitar se seu desejo for continuar só, o momento de oferecer ajuda, o momento de esperar e não interferir... Aqui o *estar com* surge mediado pelo *deixar ser*: o desafio na convivência é encontrar este equilíbrio, particular e heterogêneo, a ser criado com cada um, entre estar ocupado com o outro, mas sem imposição.

Resolvi levantar e ir conversar com Carlinhos, que permaneceu todo o tempo na sacada, separado da mãe. Estava ainda olhando para o horizonte. Cheguei ao lado dele e apoiei os braços na mureta, assim como ele estava. Procurei olhar para o horizonte também e ele me apontou o nome de uma escola que estava destacado à frente: “o que significa aquele nome, Giovani? Era a palavra “guiness”(…) começamos então a conversar sobre os anúncios que ficam na fachada dos prédios e me senti muito bem ali com ele, parecendo que estava conversando com um amigo de longa data. Como estava conversando com ele de forma bem natural, comecei a

pensar no papel do profissional ali dentro de, de repente, poder conversar também de forma natural, pois o ambiente ficaria mais agradável (GIOVANI, G8, p. 66).

Em gestos simples e informais – aproximar-se com delicadeza, mimetizar a postura, se colocar na mesma paisagem, estar disponível e disposto - Giovani consegue interagir, sem invasão, com quem estava só e deslocado. É um esforço para contemplar o gesto do outro, seu estilo e idioma (SAFRA, 2004).

O que torna possível esta disposição é o **interesse autêntico** por cada um, afinal não se trata de tomar, por exemplo, as características aqui descritas como regras ou protocolos de como agir; estas somente fazem sentido se articuladas com um interesse autêntico pelo outro e uma disponibilidade, inclusive afetiva, para cuidar. Em um momento, Lisa (diário T7, p. 103) relata que “cumprimentei e perguntei se estava tudo bem, *com um pouco mais de interesse do que quando faço essa pergunta automaticamente*, já que ele parecia um pouco cansado”. Lisa se espanta quando o rapaz responde que não. Pergunta se ele gostaria de falar sobre o que lhe afligia e ele responde que não, pois tudo estava ruim e, em seguida, começa a falar sobre o que lhe afligia: o fato de estar há alguns dias sem usar drogas. Em comparação, Lisa se queixa em outro diário do movimento de uma técnica que perguntou a uma usuária se ela tinha gostado da atividade, mas não ficou para escutar a resposta (LISA, diário T5).

Ao considerarmos que a convivência não é algo fácil e é marcada potencialmente por impasses, conflitos e desconfortos, torna-se fundamental refletir sobre as dificuldades para a implementação desta forma de estar disponível e cuidar. Como fenômeno complexo não-linear, a convivência, ao visar orquestrar espaços comuns que se compatibilizem com aspirações individuais, exige uma dose de solidariedade, mas também uma dose de conflito (DEMO, 2005). Afinal, se o que move este trabalho é o desejo de ajudar a reverter o processo de institucionalização que acomete o cotidiano de nossos serviços, nos ocuparmos com os desafios, contradições e impasses da convivência é importante passo. Segue uma discussão sobre os principais obstáculos dos pesquisadores para implementar a atividade de convivência.

**Quadro 4** – Modos de aproximação: obstáculos

<b>Obstáculos</b>
Silêncio
Invadir o espaço do outro
Não ter uma função específica
Falta de interesse genuíno

Uma das principais dificuldades relatada pelos pesquisadores é lidar com o **silêncio**, e a angústia, impotência e desconforto que frequentemente o acompanham, especialmente quando a aproximação é realizada com alguém que não se conhece ou com quem não se tenha um vínculo anterior estabelecido. Giovani (diário G1) relata, por exemplo, que, mesmo quando o silêncio parece ser paz e não um silêncio opressor, sente uma necessidade, em alguns momentos, de preenchê-lo com perguntas. Descreve algumas situações de silêncio como produtoras de uma sensação de inutilidade no pesquisador/cuidador: “talvez o silêncio do outro me incomode; não sei se seria uma necessidade de buscar tornar o ambiente mais integrado ou movimentado, ou de repente de que se não fizermos nada eu fique com a sensação de não estar contribuindo de alguma forma com o sujeito” (p. 27). Tal situação leva-me a constatar como é difícil para nós, profissionais, mantermos-nos na posição de reserva, explicitada por Figueiredo (2007), que tem como objetivo evitar os excessos de implicação do cuidador, de modo a *deixar ser*, não impedindo que algo aconteça ou seja, abrindo espaço e dando tempo.

Quanto à dificuldade para *deixar ser*, também aparece nos diários de campo uma sensação de desconforto e mal-estar que surge em diferentes momentos que não apenas os de silêncio: sentir-se deslocado por **não ter uma tarefa ou função específica** e um temor de **invadir o espaço do outro**. Giovani (diário G4) descreve, por exemplo, um momento em que se sente um pouco desconfortável por sentar-se ao lado de Rodrigo, que estava isolado, não interagindo com as outras pessoas, e não ter muito o que falar. Insiste um pouco e acabam conversando um pouco. Parte do desconforto advém de não saber se Rodrigo, naquele momento, gostaria de conversar ou se estava tranquilo em seu silêncio. Lisa (diário L1), em seu primeiro dia na atividade de convivência, relata:

Com os outros, quando tentei conversar, tive a impressão de que estava atrapalhando e recuei (...) Me senti estranha ao realizar este trabalho, pareceu que eu estava tentando invadir um espaço no qual as pessoas pareciam realmente querer não interagir com ninguém. Isso talvez se deva ao fato de eu não ser conhecida por ninguém, pode ser que isso melhore com a frequência das visitas. Ao interagir com os acompanhantes tive a impressão de não estar trabalhando (p. 96).

Em suas intervenções posteriores relata que “cheguei ao CAPS me sentindo ainda bastante deslocada (...) Passei um tempo tentando interagir, mas sem sucesso” (LISA, diário L2, p. 97); “me senti bastante improdutiva, embora não deslocada. Tive muitas vezes a impressão de não estar fazendo nada e, conseqüentemente, me sentia ansiosa por não estar dedicando mais tempo à monografia” (LISA, L4, p. 100). Algumas semanas depois, Lisa (diário T9) sente-se sem lugar, desta vez, por uma razão aparentemente positiva: o grupo de usuários está interagindo e funcionando bem sem sua presença: sente-se desnecessária. No entanto, diferente de Giovani (diário G4), que em situação semelhante se alegra e compartilha, Lisa sente-se dispensável, questiona-se sobre a necessidade de sua presença e vai embora. Por que não testemunhar? Se não estamos no “centro”, se não somos “necessários”, é insuportável mantermos-nos na posição de reserva, que também faz parte do cuidado, em sua forma de disponibilidade silenciosa? Segundo Figueiredo (2007), o testemunho está na base de uma das funções do cuidado – o reconhecer: um cuidar silencioso cuja disponibilidade se resume a prestar atenção e a responder sob medida, quando e se for pertinente.

Em alguns momentos, seja em função do mal-estar gerado pelas dificuldades descritas, seja por questões pessoais que minavam naquele momento a disponibilidade em direção ao outro, **não era possível sustentar um interesse genuíno pelo outro.**

(...) houve um episódio em que uma mulher estava tentando uma vaga no CAPS (...) Não me senti bem conversando com ela, acredito que pelo fato de ela ser bastante queixosa e talvez um pouco arrogante em sua fala. Senti sono e não estava presente na conversa. No fim, ela não ficou satisfeita com o atendimento que recebeu [no acolhimento] e acabou agredindo o Daniel [funcionário do CAPS] verbalmente. Ele não teve muita paciência e respondeu às ofensas dela, dizendo que eles (o pessoal do CAPS) sabem passar informações, ela é que não sabe entender. Ela saiu esbravejando ao celular e eu me senti culpada por não ter tido antes uma postura mais paciente com ela (LISA, diário L4, p. 100).

Ou quando, por exemplo, fazemos perguntas automáticas (“como você está?”) que, em sua forma mecânica, revelam uma falta de interesse autêntico pelo outro. Em um outro episódio, Fabiano (diário F8) relata que, neste dia, em especial, não estava

se sentindo bem por causa de alguns problemas pessoais. Após conversar por alguns minutos com Nelma, uma usuária que já está há algum tempo no CAPS, relata que:

No final da conversa, contou-me que tem muita vontade de fazer algo pelo CAPS quando tiver alta. Contou-me que quando chegou ao CAPS estava sofrendo muito, não conseguia falar apesar de ser ‘faladeira’, como me disse. Mas hoje sente-se bem, apesar de ainda tomar alguns remédios fortes. Hoje, chega ao CAPS e quando vê que “alguém está muito mal” tenta ajudar. Disse: “a gente vai convivendo com pessoas diferentes aqui no CAPS e vai criando algum tipo de laço. Acho que vocês também, estudantes, profissionais também sentem isso né”. Concordo plenamente com ela, digo que na convivência formamos vínculos muito fortes, até mesmo com o CAPS que representa o espaço viável para esta convivência. Mas ao longo desta conversa, começo-me a sentir melhor, esqueço de alguns dos meus problemas, a convivência me fez bem (FABIANO, diário F8, p. 21).

É um episódio repleto de significações, ao que parece. Inicialmente, como vinha desenvolvendo, se o profissional não está bem, em alguma medida, o potencial para a convivência, para o encontro com o outro, no esforço de construir o cuidado através de relações intersubjetivas, fica prejudicado. Por outro lado, a mutualidade do cuidado, sugerida por Figueiredo (2007), aqui se desdobra, pois desta vez, no encontro com Nelma é Fabiano que, a partir da convivência (enquanto ato e tema da conversa!), se sente melhor. Destaco ainda que, para Nelma, o CAPS foi um espaço onde ela encontrou cuidado e, após ser cuidada, de forma solidária, ela se disponibiliza agora para também cuidar... A mutualidade do cuidado e a solidariedade são temas centrais que serão retomados ao longo deste trabalho.

### c) Dimensões do cuidar

As atitudes e características acima discutidas desvelam a potencialidade do cuidar que se desdobra da convivência.

Primeiro, a atividade de convivência surge como uma oportunidade diferenciada para **acolher demandas** – e não apenas gerenciar necessidades – quando estamos lá disponíveis conforme a necessidade do sujeito. Neste sentido, a atividade configura-se como um *dispositivo sob medida*: conversar e *estar com* quem não consegue ou deseja, naquele momento, estar nas atividades propostas pelo CAPS e que por não se “enquadrarem” naquele momento ao que foi oferecido pelo CAPS ficam sem atenção e cuidado. É a **dimensão ética** que se desdobra no estar disponível para o outro, tentando diferentes estratégias para cuidar de cada pessoa. Eis-me aqui:

face a face, responsável sem reciprocidade, pois ser indiferente, Lévinas nos ensina, é ser cúmplice.

Fabiano (diário F2) pode ajudar sobremaneira uma pessoa por estar disponível e disposto:

Neste momento, um senhor entra na casa [no CAPS] e dirige-se a uma servidora que estava na recepção. Ele parecia agitado, estava dizendo que o medicamento que o médico lhe havia receitado estava piorando a sua situação. A servidora, por sua vez, o indicou a procurar o HSVP [único hospital psiquiátrico da região] para marcar uma consulta com o psiquiatra [para receber o medicamento, não para ser internado]. O senhor então sai, vejo que ele estava desorientado, pois apesar de a servidora ter-lhe explicado o percurso ao HSVP, o mesmo tomou a direção contrária. Esta situação mobilizou a todos que estavam presentes na sala de espera. Então peço licença a Maria [mãe de uma usuária com quem Fabiano estava interagindo quando esta cena se desenrolou] e me ofereço a acompanhá-lo ao HSVP. Então, junto aquele senhor, perguntei seu nome, ele me respondeu que era Josimar, disse-me que vinha do Ceará. Chegando a esquina ele me disse que já havia se localizado. Perguntei-lhe então por onde ele deveria ir, porém, ele me apontou a direção contrária ao HSVP. Eu, por minha vez, disse que era na direção contrária e que iria acompanhá-lo até lá, se ele não se importasse, ele então agradeceu minha disponibilidade (FABIANO, diário F2, p. 5).

Fabiano (diário F2) o acompanha até o hospital. No percurso, Josimar conversa um pouco sobre como está se sentindo agitado, sobre sua família, a filha que acabou de nascer, sobre seu time de futebol e a cidade onde vive e Fabiano nota que o sr. Josimar está menos agitado. Fabiano (diário F2) o acompanha até a recepção: “ele me disse que já se sentia bem melhor e que eu poderia voltar aos meus afazeres. Agradeceu-me dizendo: Deus lhe pague, meu filho” (FABIANO, diário F2, p. 6).

Penso que este episódio é emblemático. Por um lado, o descuido e descaso da profissional do CAPS que entende que seu trabalho se encerra com algumas informações e nem mesmo se ocupa com o fato de que o sr. Josimar, agitado e desorganizado como estava naquele momento, não conseguiu assimilar as orientações. Por outro lado, a gentileza e persistência de Fabiano que parece fazer efeito, para além da questão prática – chegar ao hospital: ao encontrar uma interlocução cuidadosa, sr. Josimar se sente menos agitado. Mas o “Deus lhe pague” parece indicar que o sr. Josimar vê como favor. Certamente Fabiano foi gentil, mas o que fez não é – ou não deveria ser – um favor.

Estar disponível para acolher as demandas, tais como estas surgem, diferentemente de obrigar os usuários a se adaptarem aos dispositivos e estratégias que temos disponíveis, configura-se essencialmente como uma dimensão ética do cuidado: “eis-me aqui”, “eu mais responsável do que todos”. É mais do que fazer meramente a obrigação; é sentir-se responsável pelo outro, naquele momento, e agir

de acordo com as necessidades do sujeito e não apenas a partir do cronograma oficial de atividades e dos procedimentos protocolados.

Além disso, a convivência pode funcionar como uma espécie de “liga”, “cola”, das atividades, quebrando um pouco com a institucionalização das atividades no CAPS, possibilitando uma certa **continuidade** no/do cuidado: “seu horário”, “seu grupo”, “sua atividade” e qualquer necessidade, movimentação ou desejo do usuário fora do projeto terapêutico singular (PTS) não é reconhecido, aceito ou valorizado. Giovani (diário G2) conversa com Dani, quando esta é a única que não estava na atividade:

Perguntei a ela como estava e ela disse que ficou internada por um tempo, mas estava bem. Disse que teve um problema com a mãe, mas que já havia mandado construir uma divisória porque não queria saber mais da mãe. Perguntei a ela sobre os motivos, e ela disse que não aguentava mais a mãe, que não entendia o problema dela e não a tratava bem. Falou que assim que saiu do hospital continuaram os desentendimentos com a mãe e que as vozes começaram a voltar, ordenando que ela comprasse uma faca para matá-la. Ela comprou, mas não teve coragem de se matar, ligando para o CAPS. Conversou com a Helena [profissional do CAPS], que recomendou que viesse ao CAPS. Após ter conversado com Priscila [psicóloga do CAPS], Dani decidiu trazer a faca para o CAPS, entregando a Flávia [enfermeira] na sexta passada e relatou que desde então parou de ouvir as vozes. Disse que Flávia é o máximo, a única que consegue fazer com que ela pare de ouvir vozes; disse que parece que quando escuta as vozes elas formam uma membrana impenetrável no seu ouvido que só a Flávia consegue penetrar. Pensei então na questão do vínculo, ao mesmo tempo que me arrepiou aquele tipo de colocação e do quanto é importante tratarmos todas as pessoas de lá com o máximo de zelo e compreensão, pois assim conseguimos evitar a internação e fazer com que o sujeito possa significar e ser significado (GIOVANI, diário G2, p. 32).

Apesar de não estar na atividade, Dani tem muito a compartilhar e elaborar. Além disso, este momento de Giovani com Dani foi útil quando esta entrou em crise no CAPS em episódio relatado abaixo, pois, a partir deste diálogo Giovani tentou fazer, como Flávia, ao cuidar de Dani na crise. Ou seja, Giovani se coloca em uma posição de, ao invés de estar no centro, se permite aprender com os usuários, a partir da convivência, produzindo intervenções sob medida.

Em um outro momento, Giovani, ao realizar a atividade de convivência no intervalo entre as oficinas, conversa com Lúcio. Giovani havia convidado Lúcio a cantar em uma das oficinas, pois percebeu que desta forma se sente integrado e valorizado, em um esforço para buscar formas de tornar a atividade deste grupo com um pouco mais de sentido para Lúcio. Lúcio havia concordado, mas neste dia acaba não participando. No intervalo, Giovani diz que sentiu falta dele no grupo e das músicas que ele iria cantar. Lúcio então se oferece para cantar neste momento no

pátio e o faz olhando Giovani nos olhos. Quando termina de cantar é aplaudido pelos usuários que estão no pátio (GIOVANI, diário G3). A atividade de convivência, ao acontecer nos intervalos das atividades programadas, permitiu construir uma continuidade no cuidado, potencializando os outros dispositivos.

Uma outra potencialidade para o cuidado, que foi construída na atividade de convivência, é a possibilidade de **mediação com a equipe**. Ao longo da atividade de convivência, é possível, ao acolher a demanda naquele momento de uma pessoa, buscar a equipe para ajudar a resolver ou encaminhar diferentes questões. Por exemplo, Giovani ajuda Vanusa a conversar com a assistente social e a gerente sobre o passe livre: seu cartão foi cancelado, pois uma outra pessoa estava usando em seu lugar. Vanusa se sente à vontade para solicitar a Giovani ajuda e afirma que nem todos têm a mesma disponibilidade no CAPS. Apesar de não conseguir resolver imediatamente, os contatos que Giovani fez com a equipe geraram um agendamento, de modo que parece que a disponibilidade de Giovani para ajudar e mediar é suficiente, naquele momento, para que Vanusa se sinta cuidada. Este esforço de mediação me parece ser uma estratégia de reação ao autoritarismo de alguns profissionais, demarcando a **dimensão política** da atividade de convivência. Em outro momento, Giovani (diário G7) se propõe a conversar com Claudiana (profissional de limpeza do CAPS), pois dona Helena, muito angustiada, diz que Claudiana estava falando mal dela, pois na semana passada tinha ido, a pedido de Claudiana, acordar um dos funcionários da limpeza, mas esta entendeu que dona Helena também o seduziu.

Como não havia conversado com Claudiana (como na vez passada com Simone [terapeuta ocupacional do CAPS] quando Helena apresentou delírio com ela), preferi explorar mais a queixa (...) Disse que iria conversar com Claudiana (assim como fiz quando ela teve um conflito com o segurança Marcos) e que lhe daria o retorno. Disse inclusive que poderia ser um mal-entendido assim como tinha sido com Marcos e ela concordou. Perguntei a ela se havia conversado com Claudiana em algum outro momento após o fato e ela disse que não (GIOVANI, diário G7, p. 58).

Neste relato, é possível perceber que, com certa frequência, Giovani tem realizado mediações de Helena com a equipe. Neste esforço de mediação, lidamos com questões práticas (ajudar a conseguir o passe livre, a conversar com a médica, marcar uma consulta, negociar com a médica o horário do medicamento...) e questões clínicas (ideações delirantes, percepções distorcidas, alucinações...). De qualquer forma, é fundamental considerar o que o sujeito diz e a situação em si; encontrando

estratégias para lidar com os conflitos que se desdobram. Em outro momento, Giovani (diário G7) auxilia Joana a marcar uma consulta com o clínico geral, em função de uma afta na boca que a incomoda há vários dias e, apesar de se queixar a várias pessoas, sua fala não se desdobrou em nenhuma ação concreta por parte das pessoas e profissionais que a cercam. Miranda e Onocko-Campos (2012), em sua pesquisa sobre o papel de referência nos CAPS, relatam que os usuários valorizam, na convivência com os profissionais, o fato de que estes acreditam em suas vivências e os auxiliam a lidar com elas, contribuindo para que eles sejam ouvidos e compreendidos também por outras pessoas.

A mediação com a equipe, a princípio, não deveria ser uma necessidade, afinal é, por definição e direito, a relação de cuidado. O episódio relatado por Milena (diário M1) é revelador: ao conversar com um usuário, este diz que não está bem, pois sua medicação foi trocada e ele sentia muito sono e cansaço. Milena sugere que na semana seguinte converse com o psiquiatra sobre estes efeitos e peça uma alteração na medicação. A resposta do usuário foi uma risada: “esta risada me fez imaginar que não importa o que ele falasse sobre suas impressões seu medicamento não seria alterado” (p. 85). A disponibilidade dos pesquisadores para acolher demandas e mediar com a equipe coaduna-se com a função do técnico de referência: responsável direto pela elaboração, acompanhamento e avaliação do projeto terapêutico do usuário para quem serve de referência (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2012). A institucionalização e a burocratização dos CAPS ameaçam de tal forma o cuidado, que se fez necessária uma referência no CAPS, a partir da atividade de convivência, para ajudar os usuários, em algumas circunstâncias, a se relacionarem com a própria equipe...

Abrir mão do poder técnico é tarefa que torna o conviver – antes silenciado pela exclusão social, nas instituições psiquiátricas – conflituoso e angustiante. Conviver - por mais absurdo que pareça, pois a princípio estamos juntos com as pessoas no conjunto das atividades cotidianas nos CAPS – despídos de nossas tarefas (medicar, fazer oficinas, entrevistas, clinicar...), em uma atuação não codificada (MARAZINA, 1997), pode ser muito desorganizador. Para lidar com a desorganização e angústia, tendemos a institucionalizar: organizamos o espaço e tempo de modo que não haja tempo livre ou apropriação criativa do espaço para que o jogo vincular não se torne ameaçador (MARAZINA, 1997). O antídoto para romper com a rotina e o desinteresse progressivo, elementos da face alienante do encontro, é

conviver de modo a preservar a possibilidade do conflito (BASAGLIA, 1985, 2005), des-burocratizando as relações (LANCETTI, 2008). A condição para a preservação das trocas, rompendo com o abismo entre as intenções e o que realmente se faz (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993), é manter presente a capacidade de pensar e sonhar dos cuidadores (WINNICOTTI, 1975) e das pessoas que acompanhamos.

Penso que exatamente porque a convivência desafia e incomoda, pois nada está codificado, se conseguirmos vencer nossas resistências e temores, reside aí justamente sua potencialidade: se não está, de antemão, codificado como me relacionar, fica facilitada, desde que eu me disponha a isso, a criação em mim de um espaço para o outro, tanto na proposição de “eis me aqui” desnudo, quanto de me deixar ser afetado pelo outro em sua radical alteridade (LÉVINAS, 1986a/2010).

A disponibilidade para **acolher demandas e mediar com a equipe**, se compreendidas de forma conjugada, reorientam a **dimensão clínica** da atividade de convivência no contexto do CAPS. Algumas coisas são compartilhadas na convivência e não em outros dispositivos, de forma a abrigar, espontaneamente, o sofrimento e também as queixas em relação ao cuidado ou à falta de cuidado no CAPS. Por exemplo: Bela se sente à vontade para dizer, durante a atividade de convivência, que é obrigada a fazer atividades de que não gosta no CAPS. Dona Helena, Nelson e Carlinhos saem durante uma atividade (de recortes sobre o que fazia bem para as pessoas e o que elas gostavam de fazer), sentam ao lado de Giovani e comentam que a atividade, do modo como estava sendo feita, não servia para muita coisa (GIOVANI, diário G9). Uma usuária se queixa com Lisa (diário L5), várias vezes, que era obrigada a fazer atividades das quais não gostava no CAPS. Estas queixas foram compartilhadas nos espaços informais de convivência e não nos grupos e atividades organizadas pelo CAPS.

Uma potencialidade da atividade de convivência não poderia ser ouvir com seriedade esta queixa e realizar uma mediação com a equipe para, quem sabe, rever o projeto terapêutico singular (PTS)? Através da convivência, está presente o esforço para levar em consideração o modo específico de ser e de simbolizar próprios de cada sujeito, que ultrapassam, em larga medida, um PTS institucionalizado. Basaglia (1985) nos ensinou que é preciso sempre negar a instituição: se o plano terapêutico individualizado foi um esforço para ultrapassar a homogeneização do hospital psiquiátrico, vem mostrando ao longo do tempo, a depender do modo como é

implementado, um retorno à institucionalização. Não é incomum nos CAPS no DF um usuário que chega ao serviço em uma dia diferente do indicado em seu cartão (que resume seu PTS) seja convidado retirar-se e voltar para casa, pois não é o “seu dia” de estar no CAPS.

Conforme discutido no capítulo 4, um certo número de fracassos dos dispositivos de cuidado provém da inadequação dos mesmos em relação às problemáticas dos pacientes. Roussillon (2010) afirma que, na construção de um dispositivo de cuidado, como não é possível determinar de antemão tudo o que o sujeito vai precisar no processo, apenas podemos pressentir: é necessário poder efetuar ajustes ao longo do trabalho. O enquadre não deve ser um fetiche; deve encarnar as necessidades do sujeito. Se o enquadre simboliza a simbolização, ele deve assim funcionar para aquele sujeito: é a simbolização em função das capacidades e particularidades daquele sujeito singular (ROUSSILLON, 2010). O esforço na pesquisa foi o de constituir a convivência como dispositivo sob medida, isto é, sensível às necessidades e particularidades dos sujeitos implicados, a cada vez e a cada momento. Neste sentido, é fundamental nos familiarizarmos com a “semântica existencial” de cada um (SAFRA, 2004), em uma posição ética de não-saber que visa entrar em contato com os gestos, palavras e coisas que cada um utiliza para compor, de forma própria, seu mundo pessoal. Tal postura permite sonhar com a construção de um PTS que conte com a participação efetiva do usuário e que vai sendo construído e reconstruído a partir das demandas e necessidades do usuário, acompanhadas na convivência, conforme será sugerido ao final deste trabalho.

Com esta disponibilidade ética-política para acolher demandas e mediar com a equipe, importantes momentos terapêuticos se desencadeiam na atividade de convivência. De fato, alguns relatos são feitos somente durante estes contatos “informais” e não nos grupos terapêuticos. Por exemplo,

Nelson disse que queria retirar todo o sangue do corpo para que a humanidade pudesse ter mais gente e procurei explorar isso mais um pouco com ele. Disse-lhe que se fizesse isso acabaria morrendo e que poderia ajudar as pessoas fazendo doação de sangue. Ele disse que já tinha alguns chips instalados nos braços, mas que estava cansado e que queria retirar o sangue todo do corpo (GIOVANI, diário G9, p. 70).

Giovani não tenta “normalizar” a experiência de Nelson, tentando suprimir ou negar sua experiência. Esforça-se para estar na mesma paisagem, sem julgar ou interpretar, mas tentando acompanhar o processo de Nelson. Por certo que não

conseguimos estar integralmente e inteiramente no lugar do outro, mas o esforço para compreender e vivenciar a experiência abre espaço para o vínculo e para a relação intersubjetiva que sustentam as possibilidades clínicas. Segundo Mosher e Hendrix (2004), não é necessário um treinamento muito especial para desenvolver esta habilidade: é preciso interesse, atitude e boa vontade “para suspender a própria realidade e não se preocupar com isso” (p. 33, tradução livre).

Giovani (além de pesquisador também é estagiário neste CAPS), que acompanha Nelson em outros grupos e sabe que este *não compartilha* este sofrimento nos grupos terapêuticos do CAPS, aflige-se e afirma que

durante os grupos a maioria das pessoas acaba não falando o que talvez seria mais premente para atender uma necessidade da proposta do profissional que está coordenando a atividade e na atividade de convivência esses conteúdos acabam surgindo de uma forma bastante espontânea e natural; isso ocorre no caso de Nelson, pessoa que acompanho desde o início do ano, mas que no grupo não costuma falar de questões pessoais, de seus delírios e alucinações (que aliás têm aumentado nesses dois últimos meses) (GIOVANI, diário G9, p. 71).

Por que Nelson não compartilha nos grupos: não se sente à vontade? Não há espaço? Não seria acolhido? Sente que não seria acolhido? Depreende-se que os dispositivos clássicos de cuidado (como os grupos terapêuticos) podem estar sendo implementados nos CAPS sem uma reflexão ética-política sensível às necessidades e particularidades dos sujeitos, conforme acima mencionado e, acima de tudo, sem ouvir as demandas dos usuários. No capítulo 3 foi problematizado que o objetivo de reinserção social, alcançado por meio do empoderamento dos usuários, só é possível se os profissionais abrem mão de sua posição – autoritária e prescritiva - de centro, horizontalizando as relações, de maneira que o cuidado seja uma construção conjunta entre profissional e usuário. A convivência, tal como está sendo abordada neste trabalho, para além de uma atividade que combate à burocratização e institucionalização do CAPS, pode ajudar a potencializar os outros dispositivos de cuidado, provocando-os acerca deste posicionamento<sup>140</sup>.

Samara (diário S1) conta que Alves a chamou para conversar e começa a contar das vozes que está ouvindo que ordenam que ele faça “besteiras”.

---

<sup>140</sup> Esta questão será retomada nas considerações finais.

Me perguntava se aquilo era real, se as vozes realmente existiam. Ele estava com medo de ser louco, que os outros achassem que ele estava louco. Perguntei o que as vozes diziam para ele e ele dizia apenas que eram besteiras (...) Me contou que nem sempre as vozes estavam falando com ele, naquele momento não estavam. No CAPS normalmente não estavam. Ele estava aguardando a consulta com a médica. E após o primeiro momento de desabafo, me pediu desculpas em muitos momentos por estar tomando meu tempo. Disse que ele não estava tomando meu tempo e que eu estava ali justamente para conversarmos. Após esta nossa conversa, ele me pareceu ainda ansioso, mas bem mais calmo (SAMARA, diário S1, p. 107).

Neste exemplo, quanto ao cuidado oferecido por Samara a Alves, que está compartilhando aspectos de seu sofrimento, ressalta-se o fato de que, para Alves, tal cuidado é um favor que Samara presta a ele, revelando a situação de desempoderamento dos usuários que mesmo quando se sentem melhor no serviço, ainda entendem um gesto de escuta e atenção como um favor.

Além do compartilhar, de forma mais espontânea, suas histórias, seu sofrimento e suas queixas em relação às atividades que participam no CAPS, a mutualidade do cuidado, na convivência com os pesquisadores, em uma forma particular de compartilhar o sofrimento, também esteve presente.

Tal como na experiência dos estagiários acima relatada durante a convivência nos lanches (que é posterior à realização da atividade de convivência e da reflexão engendrada a partir desta, tendo já produzido, portanto, efeitos no modo de atuação dos estagiários no CAPS), os pesquisadores puderam presenciar episódios que revelam a mutualidade do cuidado, tanto na dimensão de troca entre cuidador e as pessoas que estão sendo cuidadas, como o cuidado que se produz entre os usuários. Como afirma Figueiredo (2011), a saúde do indivíduo nos remete ao mundo interpessoal dos cuidados recíprocos, o que inclui

a capacidade de estabelecer relações de mutualidade com o objeto dos cuidados, evoluindo para um padrão de justo compartilhamento. Cuidar, deixar-se cuidar e ser cuidado fazem parte do “saudável” no indivíduo e, por extensão, nas coletividades. O cuidado com o ambiente físico, natural e social são formas sofisticadas deste mesmo princípio: o *fair shares* passa a incluir as relações com a natureza e o ecossistema (FIGUEIREDO, 2011, p. 26).

Em um contexto de saúde, as modalidades instituídas de *justo compartilhamento de cuidados* entre agentes e pacientes (FIGUEIREDO, 2011) devem prevalecer sobre as configurações marcadamente assimétricas, em que algumas pessoas ficam cronicamente privadas das oportunidades de receber e de oferecer cuidados.

Um episódio exemplifica. Luciana [usuária], junto com outros profissionais,

ajuda Dani em um momento de crise, conforme relato de Giovani (diário G4, p. 43-4):

Então, começamos a ouvir alguns gritos estridentes, muito altos e desesperadores (...) Ao chegar na entrada do CAPS, vi que Dani estava sendo contida [por quatro pessoas]. Não havia nenhum usuário perto, fruto da orientação que tiveram para não ficarem no local (...) Procurei falar no ouvido dela, chamando-a pelo nome (que é o que Flávia faz quando Dani surta). Ela começou a deitar de bruços no chão, mas parecia não ouvir o que estávamos falando. O sofrimento era muito intenso, de alguém que anseia por viver desesperadamente, ao mesmo tempo que enuncia que quer se matar. Dani brigava com as vozes através do corpo, e elas comandavam sua cabeça. (...) Passou a escutar a voz de Priscila [psicóloga] que pedia para que ela olhasse para cima e reconhecesse sua voz; Dani olhou um pouco, mas voltou a gritar, falando que as vozes estavam mandando ela se matar. Quando esboçou que ia dar cabeçadas no chão, Priscila colocou as pernas logo abaixo da cabeça e passou a segurá-la para que não se ferisse. (...) Marlene e Simone [profissionais do CAPS] trouxeram alguns colchonetes para que ela não ficasse em contato direto com o chão ou se machucasse com os movimentos de atrito. (...) Priscila pediu que olhasse para ela, perguntando quem era e ela começou a chorar desesperadamente, chamando “mamãe, mamãe, mamãe!”. Priscila e eu começamos a fazer carinho nela, passando a mão em suas costas e nos cabelos de Dani. Após o choro, e aos poucos, Dani foi voltando à consciência, passando a reconhecer nossas vozes e rostos e parecendo estar surpresa por aquela situação toda. Luciana (usuária) chegou na sala e pediu a Dani que reconhecesse sua voz, dando um abraço e beijo nela. Dani pediu um copo de água, sendo atendida pela amiga (GIOVANI, diário G4, p. 43-4).

Neste episódio, há uma confluência de atitudes em direção a Dani no momento em que seu sofrimento é vivenciado como insuportável. Interessante notar que, mesmo mobilizando algumas pessoas, são algumas atitudes que parecem surtir melhor efeito. Priscila (psicóloga), Giovani (estagiário-pesquisador) e Luciana (usuária), em função do *afeto* que demonstraram, tiveram atuações mais efetivas. Por certo, a convivência fez diferença (Priscila a acompanha; Giovani já havia acompanhado outro momento de crise de Dani e Luciana, a partir do conviver nas atividades, é amiga de Dani), acima de tudo por vir acompanhada, creio, com gestos de carinho e cuidado. Luciana, em especial, precisa vencer a resistência do CAPS, que julgou no momento que nenhum usuário deveria aproximar-se para não ficar perturbado, e conseguiu ajudar Dani, levando uma certa “normalidade” (no sentido de despatologizar a crise) à situação.

Interessante realçar que, em uma reunião de supervisão, fui informada que meu estagiário foi criticado por profissionais que não presenciaram ou não ajudaram neste episódio de intenso sofrimento de Dani por estar muito disponível e que “se ele ficasse falando no ouvido e acariciando as usuárias todas iriam surtar”. Destaco que esta foi uma intervenção sob medida de Giovani com Dani, ofertando o que naquele momento ela parecia precisar e construído com base no Dani compartilhado com ele através da convivência e não um hábito do estagiário. E, diferente do que foi sugerido

pelos profissionais, até o presente momento, cerca de três anos após este episódio, Dani não “provocou” novas crises para ter a atenção de Giovani. Tal como as palavras para produzirem um efeito terapêutico não são “retalhos” de teoria, o corpo como instrumento terapêutico, frente a situações de sofrimento intenso e experiências de desintegração, também é utilizado sob medida: tocar ou não tocar; descobrir qual gesto, qual movimento tem a potencialidade para se converter, naquele momento, em uma experiência de integração é um desafio clínico.

Em relação à reciprocidade do cuidado na convivência, este também chega até nós pelos usuários, produzindo efeitos. Fabiano não estava muito bem, pois, neste o dia, o pesquisador apresentou a pesquisa para um dos grupos terapêuticos e sentiu-se ansioso em função de uma dificuldade para falar em grupo que aflorou:

Ao final da conversa ela disse que me achou muito simpático e que gostou de conversar comigo, expressei o mesmo sentimento para com ela. Esta conversa foi muito confortante para mim, que estava um pouco ansioso por conta do episódio com o Grupo Terapêutico. Refleti sobre como a convivência emerge em uma relação dialética, onde ocorrem trocas intensas que beneficiam ambas as partes. Logo, sendo terapêutico não somente para o sujeito em sofrimento psíquico (FABIANO, diário F3, p. 9).

O quadro abaixo resume a caracterização das funções acolher demandas, mediar com a equipe e compartilhar e sua articulação com as dimensões ética, política e clínica do cuidado.

**Quadro 5** – Dimensões do cuidar

<b>Dimensões do Cuidar</b>		
<b>Dimensão ética</b>	Acolher demandas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivo sob medida</li> <li>• Continuidade no cuidado</li> </ul>
<b>Dimensão política</b>	Mediar com a equipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reação ao autoritarismo</li> </ul>
<b>Dimensão clínica</b>	Compartilhar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofrimento e histórias</li> <li>• Queixas em relação ao serviço</li> <li>• Mutualidade do cuidado</li> </ul>

A partir do acolhimento das demandas (como uma reação à burocratização, em um dispositivo sob medida que, ao invés de “enquadrar”, ajusta-se ao sujeito,

possibilitando uma continuidade do cuidado, e não meramente a participação em atividades diferentes do CAPS que não se comunicam) e da mediação com a equipe (como uma reação ao autoritarismo), a dimensão clínica é ressignificada. Surge a possibilidade de um cuidado onde as queixas, as histórias e o sofrimento são compartilhados de formas mais espontâneas, criando espaços de cuidados mútuos.

No esforço de aprofundar a análise da dimensão clínica, apresento abaixo o percurso e o efeito da atividade de convivência com dona Helena.

### **Dona Helena: como ela consegue?**

Em especial, Fabiano e Giovani interagiram diversas vezes com dona Helena durante a atividade de convivência. Ela parece ter sido a pessoa que mais uso fez desta possibilidade de ser acompanhada e ouvida de uma forma não institucional, sem “hora marcada”. Com Fabiano é interessante notar que, apesar de ser estagiário, além de pesquisador, o vínculo e o desdobramento do cuidado junto a dona Helena aconteceu exclusivamente na atividade de convivência e não nos momentos e atividades formais de estágio. O primeiro contato entre Dona Helena e Fabiano inicia-se quando ele a cumprimenta, no momento do lanche, e percebe que ela está chorando muito. Se aproxima, diz que não está bem e pede para conversar com Fabiano, compartilhando os problemas que está enfrentando em casa, com sua filha, genro e também uma vizinha (FABIANO, diário F5). Após este momento, dona Helena participa de um grupo e Fabiano a encontra aparentemente mais calma. No entanto, pouco depois, ele a vê na recepção chorando. Fabiano se aproxima novamente e dona Helena diz que está com muita raiva da vizinha, que gostaria de matá-la com uma pedrada, pois se sente traída – a vizinha havia contado a sua filha que dona Helena não gosta do genro. Fabiano legitima o que dona Helena sente e, em seguida, a convida a pensar em outros modos para manifestar sua raiva. “Disse que confiava em mim para contar algum segredo, pois sentia-se segura e eu não iria fazer fofocas sobre ela. Agradeço a confiança” (FABIANO, diário F5, p. 13).

Giovani e dona Helena também protagonizam vários episódios de convivência, marcados por cuidado e solidariedade. Dois dias antes de conversar com Fabiano, dona Helena conta a Giovani o episódio com a vizinha. Após relatar o episódio da vizinha, Helena disse estar aflita, pois seu namorado a largaria, caso continuasse tomando as medicações em excesso. Dona Helena ingere os medicamentos psiquiátricos, especialmente a carbamazepina, quase como se fossem balas e

consegue (de um forma impressionante, se considerarmos as dificuldades no DF para ter acesso à medicação prescrita) na rede pública novos medicamentos, muito além do prescrito em sua receita.

No diário G1, Giovani se emociona, pois dona Helena se oferece para dividir seu almoço com ele: “me senti pequeno em relação a ela, pois se propôs a dividir uma refeição que é trazida e obtida com dificuldade e ainda assim não se importou em me oferecer” (p. 26). Dona Helena havia conversado com Giovani no início da manhã sobre como ele faz para lidar com o ciúmes, pois ela está aflita com seu namorado que é cobrador do ônibus e que olha para as meninas de saia e short curtos: quer saber como Giovani lida com o ciúmes para que ela possa lidar também. Dona Helena vai experimentando suas reações e emoções através de Giovani, em uma função de suporte afetivo. Winnicott (1975, p. 161) defende que o processo terapêutico é um complexo derivado do “rosto que reflete o que há para ser visto”<sup>141</sup>, em um complexo e delicado trabalho emocional que nos permite sermos, temporariamente, tratados como parte do sujeito, colocando em suspenso, temporariamente de novo, aspectos de nossa individualidade.

Além de compartilhar com Fabiano e Giovani sua história, sofrimento e conflitos, dona Helena também faz uso da atividade de convivência para que **diferentes demandas suas sejam atendidas e que ajudemos na mediação com a equipe**. Helena pede, por exemplo, que Giovani a ajude a entrar em contato com os alunos de Direito do PRISME por ter vivenciado duas situações de descaso e humilhação por motoristas de ônibus.

Giovani a apresenta para os alunos de Direito para que, juntos, eles possam ajudar dona Helena, em uma ação que gera um registro de queixa na ouvidoria. Giovani, ainda neste dia, ajuda Helena em uma mediação com Marcos (segurança). Este, a pedido dela, recolheu seus remédios, mas pegou por engano um outro remédio. Após a mediação de Giovani, Marcos se desculpa com Helena, esta se acalma e a equipe começa a se organizar para melhor lidar com o excesso de medicamentos que dona Helena, misteriosamente, consegue na rede e começa a se preocupar com a adição de dona Helena com os medicamentos psicotrópicos.

No diário G6, temos um importante episódio. Dona Helena está muito agitada, pois acusa Simone (terapeuta ocupacional) de ter ido a sua casa na semana anterior e

---

<sup>141</sup> “Quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver. Olho agora criativamente” (WINNICOTT, 1975, p. 157).

jogado um monte de roupas suas no poço. Helena está muito nervosa e diz que iria bater em Simone assim que terminasse a sua atividade.

Comecei dizendo que as duas já haviam conversado antes do GT e que Simone havia dito que não havia passado em sua casa, muito menos pegado qualquer roupa dela e que ela não poderia fazer isso de forma alguma. Além disso, gosta muito dela e não tem motivos para fazer isso. Perguntei a ela da possibilidade dela estar se confundindo e ela disse que talvez; perguntei se não poderia ter sido sua vizinha ou a filha e ela disse que não. Perguntei a ela sobre o dia, e o que havia acontecido, para que ela tentasse se recordar. Helena então falou algo parecido como: “sabe o que é Giovanni, na verdade a Simone não fez nada e eu nem fui na vizinha lavar roupa; é que as vozes é que estão falando isso para mim. Eu sei que a Simone não esteve lá e que não perdi nenhuma roupa. Eu, Helena (colocando a mão no peito), não acho isso da Simone e não quero acusar ninguém, o problema são as vozes”. Perguntei a ela como estava fazendo para lidar com as vozes e ela não soube responder (GIOVANI, diário G6, p. 53).

Nem sempre a vivência sintomática de Helena é delirante, às vezes são distorções da percepção (ainda mais se considerarmos o uso abusivo da medicação, não é possível nem mesmo avaliar claramente o que é sintoma e o que é efeito colateral) e/ou erros no ajuizar, portanto, flexíveis à argumentação, desde que esta seja sustentada no vínculo. No entanto, se por definição psiquiátrica o delírio não responde à argumentação ou à apresentação de dados de realidade (DALGALARRONDO, 2000), Leal (2007) destaca como os delírios podem sofrer, em alguma medida, influência das experiências intersubjetivas:

O paciente em questão estava internado há mais de dez anos no hospital de agudos e naquele momento encontrava-se também sob responsabilidade do CAPS para desinstitucionalização. Além de todos os obstáculos sociais para o seu retorno à vida comunitária, havia a dificuldade determinada especialmente pelo conteúdo de sua trama delirante: “sabia” que se pusesse o pé fora do hospital seria morto. O constrangimento imposto à sua liberdade por tal verdade nos deixava basicamente duas alternativas: ou o tiraríamos de lá à força, ignorando a experiência catastrófica que se anunciava toda vez que essa possibilidade era ventilada, ou iríamos buscar trabalhar com ele a partir dessa experiência. Visitas sistemáticas da residente ao hospital associadas a encontros regulares e contato com a família por ele solicitado resultaram em que, um dia, não muito tempo depois de iniciado este trabalho, ele nos dissesse: - “Já posso sair do hospital para visitar minha família”. *Com este fragmento quero sublinhar a permeabilidade do delírio à relação intersubjetiva.* O trabalho com essa pessoa não foi centralizado sobre a oposição aparente entre necessidade de sair do hospital versus impossibilidade determinada pelo delírio. Com ele discutiu-se como deveria ser difícil e dura a experiência de sentir-se morto, que alternativas teríamos para ajudá-lo a atravessar essa árdua experiência, já que permanecia vivo, e o que faríamos juntos nesse tempo de vida. Para concluir, quero apenas sublinhar que (...) o delírio, tão diverso em sua dimensão experiencial, não é um fenômeno que possa ser definido apenas como possibilidade de cura, ou sintoma que subtrai o sujeito do mundo compartilhado. A sua definição está principalmente na dependência do jogo intersubjetivo, relação complexa onde diferentes variáveis se articulam e determinam que um delírio se caracterize de um modo ou de outro (LEAL, 2007, p. 86, grifo meu).

A convivência, em sua dimensão clínica, configura-se como uma forma de cuidado que se estrutura a partir do jogo intersubjetivo. Com dona Helena, Giovani vai aprendendo como conviver com as alterações, sintomas e sofrimento e como ajudá-la em momentos em que estes a atormentam demasiadamente. Trata-se inclusive de aceitar e tolerar estados alterados de consciência e de comportamentos estranhos, inclusive, permitindo a expressão da agressividade no limite do possível, em um esforço para sintonizar-se com a experiência da pessoa, ao invés de apenas reprimi-la (MOSHER; HENDRIX, 2004). Quanto mais convive e conhece dona Helena, mais Giovani compreende sua experiência e consegue articulá-la com sua história e necessidades.

No diário G10, assim que Giovani chega de uma visita, Helena já o aguardava na recepção. Não havia participado da atividade, pois estava muito gripada e pede a Giovani que vá com ela ao HSVP. Ao estilo da clínica peripatética (LANCETTI, 2008), no caminho, conversam muito: a relação com o namorado, o cachorro, os gatos novos, a filha, a neta, as dificuldades com o genro. “Chegando no São Vicente, ela disse num tom mais sério com a voz – quando viu as pessoas pegando medicação – que eu não poderia deixá-la ir pra lá também” (GIOVANI, diário G10, p. 74). Giovani acompanha Helena ao tomar a medicação injetável no HSVP.

Helena não se sente bem, após a medicação, e Giovani a auxilia a caminhar, apoiando-a. Ele se ressentido, pois as pessoas na rua olham e se assustam, pois Helena, bem diferente de quando saiu do CAPS, mastiga a língua, em movimentos longos e lentos, ficando com um rosto transtornado. Ele pede que ela respire fundo e diz a ela que está ali para ajudá-la (GIOVANI, diário G10). Helena decide ir para casa, ao invés de voltar para o CAPS e Giovani, muito preocupado, a auxilia em todo o processo: na parada, entra no ônibus com ela, conversa com o motorista. “Percebi que ela é uma guerreira e consegue lutar contra o transtorno e vencer alguns obstáculos” (GIOVANI, diário G10, p. 75).

No diário G11, a atividade de convivência, em vários momentos, gira em torno de Helena. Ao chegar, Helena já veio conversar com Giovani e diz que tem um assunto sério. Helena diz que está preocupada com sua filha que está se “deitando” com o vizinho e pergunta a Giovani o que deve fazer: “perguntou a mim o que ela deveria fazer e devolvi a resposta, perguntando-lhe o que ela havia feito. Disse que tinha conversado e alertado a filha mas que não adiantava mais falar” (GIOVANI,

diário G11, p. 77). Conversa longamente com Giovani e tem muito a **compartilhar**: os problemas da filha, a neta que se lambuzava com cocô, o genro que a incomoda, os gatos... Giovani pergunta como vai o atendimento familiar (frente a tudo que está acontecendo organizamos pelo PRISME encontros familiares com uma dupla de alunos de Psicologia e Enfermagem) e Helena disse que não queria mais vir, pois está mexendo “com coisas ruins e desagradáveis com a filha e que não estava sendo bom” (p. 78) e se queixa de que o aluno de Enfermagem é espírita e não gosta de pessoas assim. Giovani tenta **mediar**, conversando um pouco sobre religião e que o processo familiar é doloroso, mas que pode ajudar.

O último diário da atividade de convivência de Giovani é o ápice de sua relação com Helena, pois passou literalmente a manhã inteira com ela: foi ao HSVP tomar remédio, conversaram, ela vomita várias vezes, fica com ela na parada... Giovani a acolhe e cuida de Helena a manhã inteira. Em uma postura diferente da habitual, Giovani é bastante firme com Helena quando esta, no HSVP, diz, irritada, que vai pegar carbamazepina: “respondi a ela rigidamente, dizendo que ela não iria pegar e que estava ali justamente, *a pedido dela*, para impedi-la” (GIOVANI, diário G12, p. 81). Ela concorda e parece ter-se acalmado. Pediu para ser internada. Giovani diz que não e a lembra dos horrores que já vivenciou na internação. Helena, no fim da manhã, diz a Sônia de que tem a sensação de que esta é a última vez que a vê. Sônia se aflige e pede que Giovani a acompanhe na parada, pois sentiu “uma pontada no coração por causa do que Helena lhe falou. Acalmei Sônia e lhe disse que iria ligar para a filha para que prestasse um apoio mais cerrado para Helena” (p. 82). Após falar com a filha de Helena ao telefone, Giovani sai com Helena em direção ao ponto de ônibus: Helena vomita seis vezes ao longo do percurso. Giovani se surpreende com a força e tranquilidade de Helena: parece que nem liga para as pessoas e seu mal-estar e insiste com ele que fosse embora, pois o ônibus estava demorando. Esperam por mais de quarenta minutos o ônibus.

Neste momento, estava sentindo um certo cansaço, pois desde cedo estava conversando com Helena, que demandou bastante disposição de minha parte (...) Continuam conversando até que um ônibus chega e Giovani se assegura de que este a deixará perto de casa: “esperei ela achar um lugar para sentar e antes disso ela me olhou, acenando com um olhar de gratidão, que me tocou bastante (...) e aí me encontrei de novo, vivendo no “ali e agora”, percebendo-me sozinho no meio da praça, andando, retornando para o CAPS. Parece que estava sem um pedaço, não sei se em virtude de ter passado a manhã inteira com Helena ao lado – o que deixou meu corpo mais extenso, preenchido, tipo com um anexo (mas no sentido de que o anexo tinha um sentido) ou se porque estava sem energia. Observei as pessoas na rua, senti

o vento e os sons; achei isso estranho, mas pensei que deve ter sido em virtude de que em mais de quatro horas naquela manhã toda minha atenção esteve voltada para Helena, os pensamentos que ela despertou e os sentimentos todos voltados para ela, e que de repente não tinha mais aquilo. Realmente a convivência é difícil, estar disponível para o sujeito com sofrimento psíquico grave é difícil, mas ao mesmo tempo é um difícil agradável – mesmo que uma parte de nós seja removida após o contato com as pessoas (GIOVANI, diário G12, p. 83-4).

Esta última reflexão de Giovani me remete à afirmação de Figueiredo (2007) de que o cuidado possui uma dimensão prazerosa: mesmo que algum sacrifício esteja associado, “não é o espírito do sacrifício que o move” (p. 24). Giovani, ao longo da atividade de convivência, principalmente neste último relato, alterna as funções do cuidar, descritas por Figueiredo (2007): acolhe, reconhece (testemunhando e espelhando<sup>142</sup>) e interpela. Um cuidado que se dá em ato: corpo<sup>143</sup>, gestos e atitudes estão implicadas, em um relação marcada pela afetividade e pelo respeito.

Dona Helena, com suas dificuldades, sintomas e efeitos colaterais, seus inúmeros problemas em casa, consegue fazer do CAPS um espaço de convivência e, de certa forma, a equipe o permite: consegue ficar o dia inteiro (não é, de forma alguma, comum no CAPS que isto aconteça), vai quando precisa, conversa fora dos espaços formais. Por que é possível para ela e não para os outros?

#### **d) Limites da Atividade de Convivência**

O esforço para circunscrever as potencialidades da atividade de convivência como um dispositivo que visa o cuidado no contexto do CAPS seria por demais restrito, se não estivesse presente o mesmo esforço para reconhecer e refletir sobre os limites encontrados, tanto na implementação da atividade, quanto os limites mesmo da experiência em si. Como Demo (2006a) nos ensina, a informação qualitativa não busca ser neutra ou objetiva, mas se pretende permeável a uma argumentação crítica e consensual, em um meio termo sempre difícil: “num extremo estará o questionamento de tudo, sem que nada fique de pé; no outro, a crença fácil em tudo sem atinar para o implícito e o contraditório” (p. 30). Aqui partimos do pressuposto de que toda e qualquer experiência de pesquisa - e a análise que dela se desdobra - é dialética e

---

<sup>142</sup> “O espelhamento que não inclua o autêntico testemunho não poderá efetivar a tarefa de reconhecimento” (FIGUEIREDO, 2007, p. 18).

<sup>143</sup> “A chamada linguagem pré-verbal é um fenômeno estético. Nele, lemos o corpo do outro com nosso próprio corpo (...) um corpo não transfigurado pela presença de outros é corpo-coisa e não encontra meios de perceber subjetivamente a vida no mundo” (SAFRA, 2005, p. 50).

limitada e de que a convivência é fenômeno complexo e não-linear (DEMO, 2005), de modo que os desencontros, limites e confrontos fazem parte da experiência, podendo, em algumas circunstâncias, potencializar ou paralisar o cuidado.

O quadro abaixo resume os principais limites e dificuldades encontrados na implementação da atividade de convivência:

**Quadro 6** – Limites da atividade de convivência

<b>Limites e dificuldades</b>
<b>Modo como o CAPS está organizado</b>
<b>Impossibilidade de aprofundar alguns temas, em algumas circunstâncias</b>
<b>Confrontos</b>
<b>Limites do cuidador</b>

Em relação à implementação da atividade de convivência, fica nítido que a **organização do CAPS não favorece, em alguns momentos, a convivência**. Por exemplo, Lisa (diário L5) angustia-se e fica com a sensação de trabalho inacabado, pois Mariana, com pesar, estava compartilhando algo muito importante: “tentei matar o meu menino”, quando uma técnica ordena “o lanche acabou, saiam daqui”: “ambas [as usuárias Mariana e Laura] se levantaram rapidamente e eu fiquei com a impressão de um assunto inacabado, jogado e não trabalhado” (p. 102). O que motiva a implementação da convivência como esforço para ajudar na desinstitucionalização<sup>144</sup> do CAPS e potencializar o cuidado é também uma das dificuldades para a realização da atividade de convivência. É possível construir um CAPS um pouco mais desorganizado, sem tantas regras, horários e condições para cuidar? É possível um CAPS onde a circulação seja mais livre e aberta, fazendo deste um local de referência: quando preciso, vou e sei que serei acolhido? “As pessoas são sensíveis e reagem muito mal quando colocamos condições para tratar delas: a clínica do sofrimento mental grave tem uma dimensão necessariamente incondicional” (LOBOSQUE, 2003,

<sup>144</sup> O termo desinstitucionalização está sendo aqui utilizado em um sentido mais amplo, não apenas no sentido físico de estar encarcerado/institucionalizado, mas também em um sentido metafórico, como na expressão “manicômio mental” de Pelbart (2009) ou como nas reflexões de Lancetti (2008) e Merhy (2004) sobre a burocratização do cuidado nos CAPS que tem como consequência uma prática que não visa a autonomia e o empoderamento. Conforme discutido no capítulo 4, a experiência italiana nos ensinou que, para além de não mais morar no hospital, trata-se de ajudar as pessoas a reencontrarem um lugar social e seu poder contratual.

p. 26). Giovani (diário G4) fica feliz por, finalmente, ter muita gente para a atividade de convivência, pois muitos esperavam para a consulta com o clínico! Não há muita liberdade de circulação de modo a fazer do CAPS um espaço de referência e convivência: tudo é sempre agendado...

Nos desorganizamos na convivência! Exige uma disposição para lidar com o inusitado e suportar o imprevisível. Esta disposição para lidar com o inusitado é algo que penso ser fundamental para caracterizar o que seria necessário para a construção de uma convivência igualitária. Um esforço de não reduzir tudo ao mesmo, de não criar rotinas em excesso e institucionalizar, uma disposição para se surpreender e encontrar a diferença no outro.

Em vários momentos, para os profissionais e mesmo, em alguns momentos, para os pesquisadores a atividade de convivência não parece “trabalho”. Simone (terapeuta ocupacional), em duas circunstâncias diferentes, diz a Giovani que “tá só na convivência hoje, né, Giovani. Tá de boa...” (GIOVANI, diário G8, p. 64; GIOVANI, diário G9, p. 71), pois este não estava engajado em nenhum grupo ou atividade programada do CAPS. Na segunda vez, Giovani começa a se incomodar e sente que alguns profissionais não entendem a atividade de convivência. Estar disponível para o outro, sem agenda, em um esforço para construir um espaço aberto, livre e vazio (BOHM, 2005) não parece trabalho.

Em um outro sentido, Giovani (diário G10), ao ser solicitado para fazer uma visita, entende que a atividade de convivência foi interrompida. Atender demandas e situações emergenciais parecem ser o âmago da atividade de convivência, e não, ao contrário, sua interrupção. Por outro lado, compreendo a preocupação de Giovani, no sentido de que, se estivermos ocupados todo o tempo, é difícil conviver: se a convivência aparece como a última ação/preocupação, mero passar tempo, o efeito é que simplesmente deixamos de conviver...

Lisa (diário L4) também teve uma difícil experiência com Simone, onde sente que a mesma desmerece e “perverte” o sentido da convivência:

Como também não haveria a oficina de literatura (...) a técnica responsável trouxe alguns jogos. No entanto, ela expressou em sua fala uma impressão de obrigatoriedade em fazer alguma coisa. Chamou quem não estava jogando para a mesa e para algumas pessoas passou atividades específicas como o quebra-cabeças para ‘melhorar a atenção e a memória’. Dona Selma recebeu um desses quebra-cabeças e notei que ela não estava muito confortável tentando montá-lo. Em algum momento, a técnica chegou falando com ela como se ela fosse criança. Praticamente dizia o que ela devia fazer e reforçava exageradamente e teatralmente os seus acertos.

Enquanto ela esteve ali, fiquei ao lado de dona Selma, calada. Assim que ela saiu, voltei a fazer o que estava fazendo antes. Dona Selma é bastante quieta e sempre demonstra não estar nas atividades em que já a vi inserida. No entanto, depois de algum tempo ela me perguntou quem eu era, demonstrando bastante interesse. A partir daí, fiz algumas perguntas sobre ela. Embora não desse continuidade à conversa, ela parecia não se incomodar com as perguntas, respondendo até com certo entusiasmo. Terminado o quebra-cabeça, a técnica passou perguntando se ela tinha gostado de montar, mas não ficou para escutar a resposta. Dona Selma continuou falando quando viu que eu estava escutando. Disse que não se sentia bem quando não conseguia fazer alguma coisa. Eu mostrei o quebra-cabeça montado e disse que, no fim, tinha dado certo e disse que era uma questão de costume, para que ela tivesse mais facilidade em montar (...) eu disse que hoje seria realmente difícil [montar um novo quebra-cabeça] porque tínhamos pouco tempo, mas perguntei se ela aceitava montar comigo na próxima semana, com mais tempo. Ela sorriu, disse que podia tentar, me deu um abraço, agradeceu muito e foi embora ( LISA, diário L4, p. 101).

A postura de Lisa - que, de modo discreto, investe e convive, em um modo de intersubjetividade interpessoal (FIGUEIREDO, 2007) que visa prestar atenção ao outro na medida, em uma postura de testemunho e antecipação, apostando no sujeito - parece ter efeito em dona Selma. Contrasta com Simone, que parece não apenas burocratizar a convivência (as pessoas são **obrigadas** a fazer as atividades e elas tem um “objetivo” – montar o quebra-cabeça para estimular a memória), mas mesmo recusá-la (nem espera a resposta...): parece que para ela o valor de sua ação está no que ela propõe como sendo eficiente e o efeito/ resultado no outro – “alvo” da ação – não parece ser relevante.

Lisa é a pesquisadora que mais dificuldade tem para implementar a atividade de convivência, o que é parcialmente explicado pelo fato de ser a única pesquisadora sem experiência prévia neste CAPS em particular (sua experiência no PRISME foi em outro CAPS no DF). Noto, em seu diário L6, que Lisa de novo, sem se dar conta, foge da atividade de convivência, desta vez conversando (até a hora do lanche!) com uma pessoa que esperava para o acolhimento e que não tinha perfil para o CAPS. Como destacado na caracterização da atividade de convivência, uma certa familiaridade com o espaço e as pessoas é um facilitador para a convivência.

Para além dos limites institucionais apontados, a atividade de convivência também trouxe em si limitações. A principal delas é a **dificuldade para, em algumas circunstâncias, aprofundar alguns temas durante a atividade de convivência**. Neste sentido, mais do que pensar a atividade de convivência como uma resposta para todos os impasses e problemas do CAPS, desvela-se a importância de a convivência estar articulada com os outros dispositivos do CAPS. Poder, por exemplo, continuar

em outros espaços do CAPS acolhendo a dor que Mariana compartilhou com Lisa, na atividade de convivência, sobre ter tentado matar seu menino.

Além disso, mesmo considerando a abertura e a espontaneidade que caracterizam a convivência, uma prática prescritiva pode ter lugar: o “manicômio mental” pode nos seguir em qualquer espaço... Por exemplo, quando Fabiano (diário F2) pontua para uma mãe, na sala de espera, que é importante sua filha estar seguindo o tratamento no CAPS e às prescrições médicas. Fabiano não sabia nada a respeito desta família, de seu sofrimento e tampouco das “prescrições”. Vamos assumir, por definição, que as prescrições são o melhor para o sujeito, sem ouvi-lo?

Na atividade de convivência, estiveram presentes não apenas momentos de cuidado e potencialidades transformadoras: **os confrontos e desencontros** também tiveram lugar. Por exemplo, na brincadeira homofóbica que um usuário faz por Giovani estar conversando com Mauro.

A convivência, nas mais variadas dimensões do ser humano, não se dará de maneira harmoniosa; o encontro com o outro pode se manifestar como um “choque de subjetividades”, de ideias contrárias, de desentendimentos entre pessoas (NISHIKAWA, 2012). O conflito também faz parte constituinte da convivência entre pessoas; o autor narra um episódio na Inverso:

(...) aconteceu uma intriga entre Tomé e José, por conta das cadeiras. Pois Tomé havia levado uma cadeira e José sentou-se nela, Tomé ficou reivindicando o lugar e a cadeira que arrumou para si mesmo. Mas José não queria ceder o lugar, muito irritado com a situação ameaçou até a agredir Tomé, que pareceu não temer a ameaça e ficou em pé esperando que José saísse. José pediu para Pedro [coordenador da oficina] resolver a situação, mas ele preferiu não intervir neste conflito, pediu que ambos se resolvessem por si mesmos ((NISHIKAWA, 2012, p. 80).

Nishikawa (2012) reflete que, diante da situação conflituosa acima narrada, o coordenador não assumiu uma posição de omissão ou de desassistência, mas de “deixar acontecer”; de uma presença em reserva (Figueiredo, 2007), que se insere em uma dimensão de cuidado, ao acreditar nas potencialidades do sujeito em solucionar os próprios problemas, de modo a manejar os próprios conflitos que podem surgir na convivência. Ou seja, significa uma tomada de posição estratégica, para deixar o sujeito expressar-se ativamente em seu próprio processo de transformação (Figueiredo, 2007).

Mas, por vezes, há conflitos nos quais o cuidador deve assumir uma presença implicada (Figueiredo, 2007), que é uma dimensão de cuidado em que o agente está

implicado no fazer algo juntos. Porém, ainda segundo Figueiredo (2007), deve-se atentar à questão dos excessos que o cuidado pode assumir em uma forma que sufoca e não dá sossego (Figueiredo, 2007).

Por mais bem intencionada que seja a ação deste cuidado, o excesso de uma presença implicada pode manifestar-se de forma tirânica sobre o sujeito “objeto” do cuidado. É sob esta mesma “boa intenção” que a institucionalização da loucura tutelou o sujeito, o expropriou de sua condição humana. Desta forma, ao cuidador é dado o desafio constante de buscar um equilíbrio entre estes dois modos de colocar-se presente ao outro, de “manter-se simultaneamente como presença implicada e presença reservada” (Figueiredo, 2007). Atingindo-se este equilíbrio no espaço da convivência, no ato de dispor-se a estar junto com o outro, o cuidado não assume uma dimensão de excessos, rompendo com manifestações tutelares que podem se ocultar no âmbito do cuidado ou mesmo com o “não-cuidado”; com a desassistência (NISHIKAWA, 2012, p. 81).

Não se trata de fugir ou negar os confrontos em uma fantasiosa expectativa de convivência apenas harmônica. A convivência igualitária se faz, afinal, com uma dose de solidariedade e uma dose de confronto (DEMO, 2005). Trata-se de evitar que o confronto encontre como resposta uma posição autoritária do profissional, mas, ao contrário, que seja espaço para o empoderamento de todos implicados.

E, finalmente, conforme mencionado acima, a atividade de convivência vê-se, inevitavelmente limitada, **quando o cuidador não está bem**, impactando no potencial do cuidado. Quando o cuidador não está bem é preciso oferecer cuidado: questão a ser discutida na parte final deste trabalho.

### 6.2.2 Grupo de Convivência

Na análise formal do grupo de convivência, este será descrito e suas características serão articuladas às dimensões ética e política, entendidas como propiciadoras, no sentido de dar condições, para que a dimensão clínica do cuidado floresça. Este esforço se sustenta na necessidade de problematizar a dimensão clínica no campo da saúde mental, ressignificando-a a partir das dimensões ética e política, tal como foi discutido no capítulo 4. As dimensões, no entanto, não são estanques, são **suplementares**, só produzindo sentido em sua relação recíproca e não inteiramente redutível: “em alguma parte, alguma coisa não pode-se preencher de si mesma, não pode efetivar-se a não ser deixando-se colmar por signo e procuração” (DERRIDA, 1967/1999, p. 178).

Será feito um esforço para caracterizar o cuidado e suas funções que se desdobraram do grupo de convivência, seus alcances e limites. O esforço será caracterizar a convivência como um dispositivo de cuidado em suas suplementares dimensões política, ética e clínica do cuidado, analisando, a partir dos diários de campo dos pesquisadores e das transcrições das reuniões que fizemos com a equipe do CAPS (e do apoio complementar das atas das reuniões de pesquisa), a experiência do grupo e articulando-a com o referencial teórico apresentado nos quatro primeiros capítulos. As informações qualitativas, em especial, os diários de campo (ainda que articulados com as transcrições das reuniões com a equipe e com as atas de nossas reuniões) serão tomados como uma narrativa<sup>145</sup> que conta a prática de convivência que desenvolvemos no CAPS.

O quadro abaixo resume os tópicos da etapa da análise formal do grupo de convivência:

**Quadro 7 – Análise formal do grupo de convivência**

<b>O grupo de convivência</b>
<b>a) Como o grupo se desenvolve: características e princípios</b>
<b>b) Impasses sobre o início e o encerramento do grupo</b>
<b>c) Limites</b>
<b>d) A dimensão clínica do grupo de convivência como dispositivo de cuidado</b>

O grupo, em seu primeiro semestre, teve início no dia 19/09/12 e foi encerrado no dia 19/12/12, em um total de 14 encontros. Inicialmente, participavam do grupo Milena, Rafaela e eu, mas por questões pessoais, Rafaela afastou-se do grupo no segundo mês, embora continuasse participando do grupo de pesquisa. Em vários encontros, participaram alunos voluntários do PRISME, em especial, Daniela e Bianca. No segundo semestre, o grupo continuou por interesse dos usuários, do CAPS e da equipe de pesquisadores, totalizando novos 19 encontros (06/02 a 03/07/13). Neste semestre, além de Milena e eu, Rafaela – agora estagiária – reintegra o grupo e Giovani e Amanda também passam a participar.

Após apresentação em assembleia no CAPS, ao longo das duas semanas que

<sup>145</sup> Conforme problematizado no capítulo anterior que apresentou o percurso metodológico.

antecederam o grupo, a equipe de pesquisa circulou nos diferentes grupos do CAPS, apresentando a pesquisa, seus objetivos, convidando a participar e colhendo as assinaturas do TCLE. Especificamente em relação ao grupo de convivência, foi também entregue, nestes momentos, um convite para participar do grupo, com data e horário. Por definição, o grupo é aberto, estão todos convidados (usuários, familiares, profissionais, visitantes, estagiários...) e não há qualquer tipo de obrigatoriedade na participação, o que causou muito espanto e mesmo incompreensão por parte de vários usuários e alguns profissionais (especialmente aqueles que não participam das reuniões de equipe do CAPS e, portanto, não participaram de nossas discussões sobre a implementação da intervenção).

Em reunião de pesquisa, após analisar e refletir sobre o período de imersão no CAPS e conversar sobre as propostas de intervenção com a equipe do CAPS, decidimos que, no primeiro encontro do grupo de convivência, gostaríamos de construir o espaço mais aconchegante possível, como se estivéssemos recebendo as pessoas em nossa casa (ATA DE REUNIÃO, 13/09/12). Levamos vasos com flores, bonitas toalhas de mesa e lanches: bolos, biscoitos, sucos e frutas. Decidimos também que haveria música e tentaríamos disponibilizar diferentes atividades e jogos.

A relação do CAPS com o grupo foi muito emblemática neste primeiro dia. Por um lado, recebemos um apoio muito grande. Marcelo (psicólogo do CAPS), neste primeiro dia, explica aos usuários como o grupo vai funcionar e me apresenta. “Foi extremamente gentil e convidou o grupo que coordena [neste mesmo horário] para participar da atividade” (TANIA, diário T1, p. 113). Rafaela (enfermeira do CAPS) me pergunta se pode convidar pessoas de seu grupo para participar e digo que todos são bem-vindos. Ao todo, cerca de 40 pessoas, incluindo alguns familiares, participaram deste primeiro encontro.

Tenho a impressão de que todo mundo que estava no CAPS veio para a atividade. Marlene [gerente do CAPS] passa por lá para falar comigo, diz que está impressionada com o clima, como todos parecem estar bem e se surpreende com o fato de que as pessoas estão de forma livre se servindo, ao invés de serem servidas. Converso com Marcelo, pois o vejo um pouco aflito, após cerca de 30/40 minutos de atividade. Nesse momento, ainda temos algumas pessoas que parecem deslocadas e uma foi embora. Converso com ele, digo que se preferir pode reunir o grupo ou parte dele para ficar com ele. Ele diz que não lhe parece necessário, está um pouco incomodado e diz que parece uma confraternização o grupo. Apesar desta fala não ser dita em tom de elogio, é uma crítica, mais precisamente uma preocupação, fico feliz. Um clima de confraternização combina com a convivência. Um tempo depois me diz que vai fazer uma atividade fora do CAPS com a Marlene. Penso duas coisas: por um lado está mais confiante com a atividade, por outro não quer fazer parte (TANIA, diário T1, p. 114).

Fizemos um esforço para fazer o ambiente agradável e o mais livre possível, sem exigências de como se comportar ou de falar sobre determinado tema. Em meu diário, relato a impressão de que as pessoas não pareciam querer ir embora: “já eram 16:00, a atividade deveria acabar às 15:30. Procuo saber da próxima atividade, não haverá. Me dizem: vá ficando com eles, quando você for embora eles estão dispensados”.

Um dos nossos principais objetivos neste primeiro dia, além de bem acolher as pessoas e criar um espaço de convivência e familiaridade, foi tentar desenvolver com os participantes como eles gostariam que o grupo se organizasse. Um primeiro contratempo, que já esperávamos, é a dificuldade em conviver. As pessoas tiveram dificuldade para escolher o que gostariam de fazer ou até mesmo compreender realmente do que se tratava naquele momento, pois a proposta assumiu uma forma bem diferente das atividades realizadas no CAPS (MILENA, diário M4).

#### **a) Como o grupo se desenvolve: características e princípios**

O esforço aqui é tentar refletir sobre como as características e princípios do grupo, prioritariamente, a partir de suas dimensões suplementares política e ética, podem dar condições para caracterizar e ressignificar, em próximo tópico, a dimensão clínica do cuidado. O que estou chamando de convivência é uma certa forma de estar disponível e cuidar e, sendo a convivência não linear, dinâmica, complexa, ambígua e ambivalente (DEMO, 2005), a caracterização fará o esforço para apontar, a cada vez, as potencialidades e os limites. Além disso, em um tópico específico, apresentarei uma reflexão sobre os limites encontrados na implementação do grupo de convivência, bem como os limites da experiência de conviver em um CAPS.

As características e princípios do grupo foram subdivididos em três constelações: 1) Modo de funcionamento do grupo; 2) Respeito à alteridade, visando construir uma convivência fraterna; 3) Estabelecimento de relações horizontais, visando a convivência igualitária. As constelações foram criadas a partir da análise de diferentes episódios, ao longo do grupo de convivência, e posteriormente, analisadas com base no referencial que sustenta este trabalho. O termo ‘constelação’ neste trabalho substitui o termo ‘categoria’, pois “possibilita arranjos mais variados, já que os fenômenos podem se mostrar de diversas maneiras” (FRANCO; SZYMANSKI, 2010). Conforme os autores, apoiados em uma abordagem fenomenológico-

hermenêutica, várias constelações podem ser delineadas, tal como um céu estrelado, assumindo uma organização idiossincrática que reflete a compreensão do pesquisador, embora não corresponda necessariamente a uma expectativa anterior do mesmo.

### 1) Modo de funcionamento do grupo

Nesta constelação, destaco as características do grupo que ajudaram e/ou visaram construir um espaço ético – *eis me aqui* – e político – cuidar para emancipar.

**Quadro 8** – Constelação: modo de funcionamento do grupo de convivência

Modo de funcionamento do grupo	
Dimensões política e ética	Ser aberto
	Poder escolher
	Dialogar com o CAPS e articular com o território
	Ser uma equipe

#### Ser aberto

Desde o início, em nossas reuniões de pesquisa e nas reuniões iniciais com a equipe do CAPS, decidimos que, a partir do modo como entendemos a convivência, o grupo só faria sentido se fosse aberto<sup>146</sup>. Esta abertura desvela-se em vários sentidos:

- não há obrigatoriedade para participar do grupo;
- não há obrigatoriedade na forma de participação: as pessoas podem ir só uma vez, todas as semanas, quinzenalmente, quando tiver vontade, quando

<sup>146</sup> Não são obrigados? Podem vir se quiserem? Não vão levar faltas? Não vão perder a consulta com a psiquiatria se faltarem? E se um dia não quiserem vir, não tem problema? Eles podem escolher? Respondemos incansavelmente nas primeiras semanas que: as pessoas não são obrigadas a participar, é um convite; não vão levar falta nem perderão consulta, sua participação no grupo é voluntária, depende exclusivamente do desejo de participar e não implica em nenhuma mudança no plano terapêutico; podem vir um dia e se gostarem, voltam; se não gostarem, não precisam voltar; podem ir uma semana e voltar um mês depois porque tiveram saudades; podem escolher quando vir, se querem trazer alguém e o que gostariam de fazer... A participação de familiares e amigos foi inclusive uma sugestão que surgiu na assembleia com usuários e familiares quando apresentamos a pesquisa e colhemos opiniões e sugestões para as intervenções.

sentir que precisa, pode chegar em qualquer momento do grupo que será acolhido, pode ir embora no momento que desejar;

- usuários, familiares, amigos, profissionais e visitantes podem participar, embora todos, em especial os “visitantes” – mais comumente os alunos dos diferentes cursos de diferentes instituições de ensino que recebemos, seja por convite nosso, seja, como com certa frequência aconteceu, encaminhados pela gerência do CAPS – fossem orientados para *participar e conviver, ao invés de observar*.

Na relação que o grupo foi desenvolvendo com o CAPS, de modo inclusive a assumir diferentes funções (como abaixo será descrito), a partir de determinado momento, algumas pessoas começaram a ser encaminhadas para o grupo como parte do plano terapêutico, inclusive passa a ser escrito “convivência” em seus cartões de acesso ao CAPS. O que, certamente, gera uma situação ambivalente: se faz parte do plano terapêutico há uma obrigatoriedade; é regra no CAPS que três ausências em atividades do plano terapêutico sem justificativa implicam em desligamento (alta administrativa) do CAPS. Esta regra tem por objetivo demarcar que o tratamento no CAPS não se limita às consultas psiquiátricas – maior demanda dos usuários, inclusive pela ausência deste profissional na rede de saúde do DF – e que a participação nos grupos e oficinas faz parte do tratamento. A premissa para esta regra, embora válida e importante, acaba por estabelecer condições para cuidar: “as pessoas são sensíveis e reagem muito mal quando colocamos condições para tratar delas” (LOBOSQUE, 2003, p. 26). Apesar desta obrigatoriedade, *nunca obrigamos ninguém a ficar no grupo*. Por vezes, alguém chega já dizendo que quer ir embora e nossa posição foi sempre dizer que ele pode ir quando quiser, mas sempre também buscando saber antes se está tudo bem, se ele precisa de algo, se podemos ajudar... Em muitas ocasiões, esta postura de interesse genuíno possibilitou que as pessoas acabassem por ficar e ter bons momentos no grupo. Em outras circunstâncias, o desejo de ir embora – seja por estar, por exemplo, com dor de cabeça ou simplesmente por não estar com vontade – prevaleceu e não teve qualquer implicação punitiva: as pessoas assinavam a lista e assim cumpriam o critério do CAPS. Essa obrigatoriedade chegou a criar alguns problemas, pois nós – o grupo de pesquisa – não evoluíamos nos prontuários, apenas deixávamos a lista de presença disponível no CAPS. No entanto, conforme será relatado abaixo, algumas pessoas foram questionadas na

consulta psiquiátrica por sua “ausência” no CAPS, já que não havia evoluções no prontuário, o que os levava a ter que comprovar que estiveram no CAPS. Esta situação resultou em algumas mudanças que fizemos – por exemplo, o caderno da convivência – para garantir que os usuários tivessem como “provar” sua participação e poder assim responder aos profissionais. Ainda que reconheça que o CAPS seja cuidadoso em não seguir rigidamente esta regra, desligando sem reflexão os usuários<sup>147</sup> – afinal, pode ser justamente por estar sofrendo muito que alguém não consegue ir ao CAPS – esta ameaça está sempre presente e demarca uma relação por demais assimétrica, em uma intervenção que facilmente degenera-se em efeito de poder (DEMO, 2003).

Em relação aos familiares, cabe salientar que tivemos diferentes formas de participação. Alguns familiares participaram de forma esporádica, especialmente, nas primeiras vezes em que vieram ao CAPS. Alguns usuários trouxeram seus familiares (em especial, filhos e netos e amigos íntimos) para encontros específicos para apresentá-los para o grupo. Por outro lado, alguns familiares (sobretudo, de três usuários) tiveram uma participação ativa e frequente, tornando-se efetivamente parte do grupo. Por exemplo, no oitavo encontro havia 18 pessoas no grupo, sendo quatro familiares (TANIA, diário T7).

Quando fizemos o passeio à Torre de TV, Milena registra em seu diário que

Pessoalmente, fiquei muito feliz com a presença de Manu e seu esposo, pois percebi que ambos estavam empolgados com a atividade. E a presença do esposo me sinalizou o quanto aquele espaço era aberto, de uma forma muito peculiar. O convite havia sido feito de forma abrangente, mas partiu de “profissionais” e no espaço do “CAPS”, o que significa que era um convite contextualizado e associado a rótulos. A presença do esposo me deixou com a sensação de que estávamos produzindo laços diferenciados (MILENA, diário M10, p. 304).

Em relação aos profissionais, a despeito de uma relação intensa e ambivalente que se estabeleceu com o grupo, conforme descrito na reinterpretação, o grupo esteve aberto para acolher usuários de diferentes grupos, profissionais e mesmo intervenções sugeridas por eles.

No último encontro do primeiro semestre, registro que Marlene (gerente do CAPS) encaminhou para o grupo um senhor que, em sua avaliação, não tinha

---

<sup>147</sup> Em um outro CAPS do DF, se os usuários chegam com 15 minutos de atraso para a atividade são mandados embora, não importa a razão: se o ônibus atrasou; se não tinha dinheiro e por isso teve que vir andando; se estava tão deprimido que se arrastou, em um esforço hercúleo, até o CAPS...

exatamente demanda para o CAPS, mas que está em situação de abrigo e solidão e me pede para acolhê-lo (TANIA, diário T13). O grupo vai, gradativamente, mesmo aos olhos da instituição, tornando-se um espaço para *acolher quem não tem lugar...*

No primeiro encontro do segundo semestre, recebemos cerca de 30 pessoas: do nosso grupo, do grupo de Marcelo (psicólogo) a seu pedido, dois residentes de medicina e um grupo de auxiliares de enfermagem, a pedido da gerência. Neste dia, registro que foi um começo tumultuado, pois havia muitas pessoas que não conhecíamos (TANIA, diário T14). É mais difícil quando não conhecemos: como o grupo é aberto, é um desafio organizar para não ficar monótono e, ao mesmo tempo, termos chance de conhecer as novas pessoas... Aos poucos, o grupo foi caracterizando-se como uma espécie de “cartão de visitas”: quem quer conhecer o CAPS acaba por ser encaminhado ao grupo de convivência.

Sempre tivemos o cuidado de orientar os visitantes em relação à sua participação no grupo. Uma certa postura professoral, potencialmente presente na formação de todos os profissionais de saúde (típica de centros de reabilitação, após internação, que incentivam que as interações entre a equipe e os usuários sejam marcadamente temporárias e tutoriais/pedagógicas, conforme MOSHER; HENDRIX, 2004), não se adequa ao modo de estar disponível na convivência, caracterizada pela abertura e informalidade. Por outro lado, o desconforto nosso, dos visitantes e também dos usuários por não termos um modo de atuação protocolado, coloca-nos no “mesmo barco”, na mesma paisagem (OURY, 1989) e incentiva a criação de estratégias inusitadas e relações autênticas. Para Mosher e Hendrix (2004), a ausência de um modelo teórico e procedimentos (protocolos, manuais ou hierarquia) a serem seguidos em Soteria, se, por um lado, aumentava potencialmente o estresse, a insegurança e conflito; por outro, permitia a criação de estratégias variadas e únicas para os residentes e desenvolvidas diferentemente por cada membro da equipe.

A característica de ser aberto construía a possibilidade de o grupo ser uma referência: se e quando não estiver bem, posso ir que serei acolhido e não serei cobrado ou obrigado a participar de uma forma específica, o que, afinal de contas é a função e o papel de um CAPS (LOBOSQUE, 2003). Ser aberto coaduna-se, prioritariamente, com a dimensão ética: *eis-me aqui* (LÉVINAS, 1986a/2010), não seremos cúmplices da indiferença, não responderemos a uma pessoa que ela não pode ficar, pois aquela não é atividade dela ou seu dia para estar no CAPS...

**Poder escolher:**

No oitavo encontro, os usuários que fazem parte do grupo da Vanessa (enfermeira do CAPS), em função de seu atraso, não sabem o que fazer, pois eles têm participado quinzenalmente do grupo e está um pouco confusa a relação deste grupo com o nosso. Nossa posição é sempre um esforço para que as pessoas possam escolher e decidir o que preferem. Portanto, neste dia, digo que as pessoas podem escolher: fiquem à vontade para escolher participar do grupo ou esperar a Vanessa (diário T7).

Acolhendo a demanda de Luíza de ir ao cinema e o desejo de muitos de passear, passamos duas semanas decidindo conjuntamente, o grupo envolvido nas decisões, como ir ao cinema. Conversamos sobre nossas opções: ir com o carro do CAPS, ir de metrô, esperar a resposta (que não chega) da carta que a Marlene fez para o cinema liberar nossas entradas, vender as cestas (realizadas no grupo sob a supervisão de um usuário) para pagar as entradas. “Conversamos um bom tempo (parecia uma assembleia do “Dá para fazer”!) e decidimos: nos encontrar na quarta que vem às 12:30 (Cristina que calculou o tempo que acha que precisamos)” (TANIA, diário T8, p. 133).

Para além de um esforço continuado de negociação para possibilitar que as pessoas pudessem fazer escolhas, que se sustenta na dimensão ética da convivência onde deixo de ser o centro e me concentro no outro (BOFF, 2011) e na dimensão política onde fazemos uma auto-questionamento de nossa formação e atuação autoritárias, uma característica pessoal facilitou a implementação deste modo de funcionar. Minha dificuldade para tomar decisões simples (Como as frutas devem ser cortadas? Esperamos alguém que se atrasou ou seguimos o horário?) é útil, ainda que desconfortável para mim que me vejo, com frequência, impotente e confusa: precisamos decidir juntos e preciso, de forma muito concreta, da ajuda de todos para tomar decisões (TANIA, diário T9).

Na ida ao cinema, em nosso nono encontro, pergunto como preferem ir e a decisão foi utilizar o transporte do CAPS (TANIA, diário T9). Quando, no primeiro encontro do segundo semestre, Marcelo (psicólogo) solicita que fiquemos com seu grupo, mas ao mesmo tempo sugere que façamos algo relacionado ao carnaval, minha resposta sustenta a liberdade de escolha como princípio do grupo: todos são bem-vindos, podemos oferecer ao grupo como *mais uma* atividade a quem se interessar

(TANIA, diário T14).

No encontro seguinte, esta característica de poder escolher causa estranheza em pessoas de outros grupos do CAPS que se juntaram ao grupo de convivência, neste dia, em função da ausência de alguns profissionais.

Disse a eles que faríamos como na semana passada, e que poderiam iniciar as atividades, organizando-se de acordo com a preferência, e alguns já foram tomando suas posições. Algumas pessoas do grupo do Marcelo e Carla permaneceram meio que estáticos, como se aguardassem um “estalo” (GIOVANI, diário G15, p. 212).

Poder escolher – se fica ou se vai embora, se faz ou não faz; se conversa ou se cala; discutir meios e fins - é nossa aposta, às vezes antecipada (FIGUEIREDO, 2011), de que, mesmo em profundo sofrimento ou desorganização psíquica, ali está presente um sujeito. Novamente, temos aqui a convivência articulada com a politicidade, acreditando que a forma de combater a desigualdade – inclusive entre nós, pois, enquanto profissionais já estamos em uma posição de poder – é desenvolver uma convivência igualitária. Uma convivência entre iguais e diferentes, ao mesmo tempo, de modo que as diferenças, ao invés de evoluírem para desigualdade, possam ser geridas e negociadas (DEMO, 2005).

**Dialogar com o CAPS e articular com os profissionais e quaisquer recursos outros que permitam que o cuidado tenha incidência efetiva e concreta no cotidiano:**

Especialmente a partir do sétimo encontro, começam a surgir diferentes demandas não relacionadas diretamente ao grupo, mas diferentes necessidades que são endereçadas a mim com a expectativa de que eu possa, de alguma forma, ajudar. Para além da disponibilidade afetiva, diretriz ética-política-clínica no modo de organizar o grupo, um episódio, particularmente, parece ter sido um desencadeador neste dia. Flávio, na apresentação, se mostra irritado e se queixa de dor nas costas. Tomo uma decisão, deixo momentaneamente o grupo com Milena e saio para ajudá-lo, a princípio a ir para o hospital<sup>148</sup>. Quando volto ao grupo, após este episódio, diferentes pessoas de forma espontânea me buscam com diversas demandas: passe, benefício, receitas vencidas...

---

<sup>148</sup> Este episódio e seus desdobramentos foram relatados quando apresento o percurso de Flávio no grupo.

Apesar de me tirar um pouco do grupo, ajudar a resolver estas demandas me parece que foi importante, pois exigiu articulação com a equipe. Ao invés de “vamos ver o que dá para fazer”, realmente fazer: Mara, a assistente social assumiu duas das demandas e Marlene resolveu outra. Converso com Mara, me desculpo por estar arrumando trabalho para ela: é simpática e me diz que não há problema algum, que foi bom, pois pode resolver. Às vezes - ela diz - nós marcamos atendimento e eles acabam não vindo e não conseguimos resolver nada. (TANIA, diário T6, p. 129).

Aqui, na descrição da profissional, aparece o reconhecimento de uma certa ineficácia dos encontros agendados...

Em diferentes ocasiões, quando as pessoas compartilhavam sua preocupação com entes queridos (familiares ou amigos) que não estavam bem, convidávamos, sem nenhuma burocracia, a vir ao grupo para juntos tentarmos ajudar.

Às vezes, não é nem mesmo necessário desdobrar uma ação; é suficiente a oferta. Por exemplo, no vigésimo primeiro encontro, Suzana está aflita, pois seu filho está em crise e combino com ela de, após o grupo, subirmos para conversar com a gerente. Ao final, agradece e me diz, mais calma, que não será necessário, pois vai trazê-lo no dia seguinte para o acolhimento, uma sugestão que já havíamos dado na semana anterior (TANIA, diário T18). Algumas semanas depois, Suzana, em profundo sofrimento, compartilha comigo seu plano de “fuga” para o Rio de Janeiro, em função do sofrimento oriundo da relação com seu esposo. Me pede para cuidar de seu filho que agora está também no CAPS. Pergunto se gostaria que a ajudássemos com seu esposo, através de atendimentos familiares, e ela se interessa. Após o grupo, articulo com Carla (psicóloga) e organizo para que eles sejam atendidos pelos meus alunos extensionistas na segunda-feira (TANIA, diário T27).

No vigésimo terceiro encontro, Zazá, Roberta e Miriam não estão bem. Para tentar ajudá-las foi necessário, de diferentes formas, negociar e fazer parceria com outros profissionais do CAPS. No caso de Zazá, quando noto que não está bem, converso com ela, sua filha e com Sônia (enfermeira) para conseguirmos gerenciar um encaminhamento para o neurologista.

Miriam, por sua vez, já chega chorando, pois recebeu a notícia de que “estava de alta” do CAPS. Fala sobre seu receio de sair do CAPS e se queixa que a psicóloga que comunicou a alta não a conhece e nem a acompanha. Nos preocupamos e cuidamos de Miriam, ouvindo e validando seu incômodo com uma “alta” que a pega de surpresa e seu sentimento de não ter sido devidamente escutada por alguns profissionais. Miriam participa do grupo, ajuda a fazer as cestas, enquanto continua conversando e desabafando. Nos comprometemos a ajudá-la a resolver a situação.

Enquanto isso, em determinado momento, percebo que Roberta saiu: vou atrás, preocupada. Está dentro do carro na frente do CAPS, me ajoelho e começo a conversar com ela. Chora muito, diz não ser compreendida por ninguém, o desejo de morrer e a dificuldade de se aproximar de seu filho de 03 anos. Fico com ela, tento acalmá-la, a convido para estar no grupo: me diz que virá na próxima semana (TANIA, diário T20). Quando retorno ao CAPS, descubro que Roberta recebeu alta administrativa, pois não está seguindo as orientações da psiquiatra.

Digo que não sabia e que a convidei para o grupo semana que vem. Não me meto, não comento, nem dou sugestões: não compreendo alta administrativa. Acho que está um clima difícil no CAPS hoje: **questões administrativas atrapalhando o manejo clínico...** Miriam chora porque recebeu alta. Marlene me explica a razão, penso que é mesmo o melhor a fazer, mas certamente o modo de fazer foi equivocado. Me coloco à disposição para ajudar. Marlene, com seu amor e paciência infinitos, junto com Giovani, e seu amor e paciência infinitos, articulam novas possibilidades mais cuidadosas, me parece, para Miriam, Roberta e o filho de Suzana. (Passamos também o telefone do Gipsi para Suzana). Miriam vai ficar no grupo da convivência, a psiquiatra vai continuar a atendê-la e um estagiário meu servirá de acompanhante terapêutico para ajudar na construção de um projeto de vida e saída do CAPS. Roberta será atendida por outro psiquiatra. Vão tentar a vaga para o filho de Suzana. Semana que vem Sônia (enfermeira) trará o encaminhamento para a neurologia do HUB para dona Zazá (TANIA, diário T20, p. 172).

De fato, neste dia, conseguimos fazer a mediação em difícil situação de conflito [no caso de Roberta] e conseguimos um bom resultado. Nossa posição foi de parceria: não questionamos ou criticamos as decisões tomadas pela equipe do CAPS, mas nos colocamos à disposição para cuidar e usar todos os nossos recursos de forma a aumentar as possibilidades terapêuticas das pessoas. Na semana seguinte, Amanda (minha estagiária que passou a integrar o grupo no segundo semestre) assume junto com Miriam um trabalho de acompanhamento terapêutico para ajudá-la a organizar seu projeto de vida (TANIA, diário T22). Dois encontros de Amanda com Miriam no grupo de convivência foram suficientes para ajudá-la a se organizar em um novo trabalho e poder sair do CAPS mais confiante e reassegurada de que, se precisar, estaremos lá.

Além da mediação e diálogo com o CAPS, no esforço para ajudar as pessoas e acolher suas demandas, utilizamos os mais variados recursos: os estagiários de Psicologia, os alunos extensionistas do PRISME, encaminhamentos para o CENFOR (serviço aberto à comunidade da instituição em que leciono, com atendimentos em Psicologia, Direito, Nutrição e Fisioterapia), para a Inverso. Ao longo da implementação do grupo, organizamos com estes recursos, sob minha supervisão,

atendimentos individuais, atendimentos familiares (dupla de extensionistas de Psicologia e Enfermagem), orientações jurídicas e acompanhamento terapêutico. Buscamos também com a equipe recursos outros na comunidade que o CAPS conheça e com os quais mantenha parceira: outros serviços, outras instituições de ensino, ONGs, etc.

Este esforço de diálogo e articulação coaduna-se com a posição de Tenório (2001), de que toda e qualquer esfera do viver faz parte do cuidado em saúde mental, haja visto que nosso objetivo não é “curar” uma suposta “doença”. Também se alinha com a noção de saúde de Figueiredo (2011) que remete ao mundo da experiência cultural, equivalendo à capacidade de participar criativamente da vida cultural e institucional, o que se desdobra, em minha opinião, no reconhecimento de que não apenas dispositivos oficiais de saúde, mas todo e qualquer dispositivo voltado para as outras esferas da existência fazem parte das estratégias de saúde mental. Assim, acionar os recursos do CAPS e da instituição em que leciono e quaisquer outras parcerias possíveis situa-se na dimensão ética do cuidado, “eis-me aqui”, e na dimensão política de cuidar para emancipar, em uma convivência articulada com a politicidade: “não podemos tudo, mas podemos muito se soubermos negociar e aprimorar nossas potencialidades” (DEMO, 2003, p. 4).

### **Ser uma equipe**

Tania e Paulo estavam tentando colocar o som para funcionar, e quando cheguei perto de Mariazinha, perguntei como estava. Ela disse que estava com saudades, pois não tinha conseguido vir na semana passada, e começou a chorar, falando sobre o glaucoma. Olhei para trás para pegar uma cadeira rapidamente, e assim que voltei Tania já estava ao lado dela para conversar (GIOVANI, diário G18, p. 226).

Em um outro dia, é o oposto que acontece: Miriam chega chorando, mas antes que eu me aproxime, Giovani já a acolhe: “Penso em me aproximar, mas vejo que Giovani está gerenciando e continuo então cuidando do grupo” (TANIA, diário T20, p. 172). Há uma “divisão” de trabalho entre nós pesquisadores-clínicos: *uma confiança no cuidado que cada um pode oferecer que fomos construindo e que nos permite evitar uma posição de centro.*

Em um outro encontro, Giovani dá continuidade à minha intervenção. Inicialmente, de forma delicada, tentei intermediar a relação entre Paulo e Paula, pois este a apelidou de um modo que a incomodava. Giovani, que neste dia esteve muito

próximo de Paulo fazendo a cesta coletiva, a partir de minha primeira intervenção, continua conversando com Paulo ao longo do encontro<sup>149</sup> (GIOVANI, diário G20).

Por outro lado, na nossa relação com os alunos extensionistas ou visitantes, temos uma posição, que eu, particularmente, assumo, de orientar tanto em relação ao modo de estar no grupo (participando e não observando) como de orientar em algumas ações. Por exemplo, é comum que eu peça para um aluno extensionista aproximar-se ou ficar perto de alguém que não está bem ou está isolado, quando estou impossibilitada eu mesma de fazer isso. Esta orientação se faz necessária seja em função de ainda estar em construção para estas pessoas seu lugar como cuidadores, como também pelo fato de a convivência tornar um pouco mais difícil a construção desta posição de cuidador. Justamente onde está sua potencialidade está também, em uma relação dialética e paradoxal inevitável em fenômenos complexos, seu desafio e potenciais dificuldades. Facilmente podemos nos distrair com as atividades e deixar de estar atentos ao cuidado.

No diário seguinte, uma sincronia:

Engraçado, comecei o diário de campo, dizendo que Giovani teve a ideia de fazer os cartões de aniversário, mas lembrei que a ideia foi minha! Hoje quando comprávamos o bolo ele me perguntou sobre o fim do grupo, estou há três semanas com isso na cabeça, pois não consigo imaginar o fim do grupo, mas também não sei como continuar e ao mesmo tempo fazer as outras atividades do doutorado. Ele ter perguntado, de alguma forma, *espelhando minha preocupação*, foi atordoante e emocionante, ao mesmo tempo. Penso que é por isso que comecei com um ato falho o diário de campo (TANIA, diário T23, p. 178).

Neste mesmo encontro, Rafaela registra que ficou aliviada por ver que Amanda conseguiu conversar com Breno, pois ela havia tentado e não teve êxito (RAFAELA, diário R8). Reflito sobre como é importante ter diferentes pessoas cuidando, pois, como cada um tem um modo de ser e habilidades diferentes alcançamos pessoas diferentes (MOSHER; HENDRIX, 2004; DIATKINE, QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993).

Quando, por questões pessoais, não estou muito disponível afetivamente em nosso passeio ao CCBB, permito-me não aprofundar as questões com Mariazinha, pois Giovani estava disponível: “me tranquiliza saber que conversou com Giovani e não aprofundo o assunto” (TANIA, diário T26, p. 193).

Constituímos-nos enquanto uma equipe solidária e que confia no cuidado

---

<sup>149</sup> Este episódio será relatado no tópico que desenvolve a história de Paulo no grupo.

ofertado por cada um é característica fundamental para construirmos um espaço ético e político de cuidado que ressignifica o sentido e o alcance clínicos. Mosher e Hendrix (2004), em sua experiência em Soteria, descrevem que havia um incentivo para que cada membro da equipe fosse reconhecido por seus talentos e habilidades próprias e não se esperava que uma pessoa pudesse dar conta de tudo, desenvolvendo relações solidárias e de apoio entre as pessoas da equipe. Em semelhante direção, Figueiredo (2007) afirma que “o agente de cuidados melhora a qualidade do que faz quando compartilha seus fazeres e decisões com outros agente cuidadores” (p. 22). Reconhecermos que somos incompletos e insuficientes favorece uma atuação mais crítica e política.

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

Nesta constelação, destaco o modo como nos esforçamos no grupo para acolher as diferenças, entendendo a alteridade como traço fundamental do laço fraterno, de modo a não permitir que a diferença signifique inferioridade ou incapacidade, o que aprofundaria as desigualdades. Nos posicionamos de modo a não estar siderados por teorias e técnicas, em uma disposição para ouvir e compartilhar, construindo algo juntos.

**Quadro 9** – Constelação: respeito à alteridade

<b>Respeito à alteridade, visando construir uma convivência fraterna</b>	
<b>Dimensões política e ética</b>	Acolher as diferentes formas de participação
	Estar disponível a cada um, construindo conjuntamente a partir do desejo e do vínculo
	Sustentar uma dialética entre familiaridade e novidade

## **Acolher as diferentes formas de participação através de diversas possibilidades de expressão**

Para dar conta das diferentes demandas e desejos, organizamos várias atividades ao mesmo tempo: argila, jogos, confecção de cestas de papel, crochê, confecção de sacolas de presentes, música, instrumentos musicais, passeios, atividades na cozinha e tudo mais que as pessoas desejem e que tenhamos possibilidade de disponibilizar. No diário T6, descrevo como “montar” o grupo exige um certo esforço, pois cada dia temos mais materiais compondo nossas atividades.

Milena, ao refletir sobre a fala de Silvana a respeito de seu filho, Nero, que fica mais introspectivo em outros espaços que não o grupo de convivência, registra que

Os participantes não são obrigados a participar da atividade de maneira padronizada. Eles podem se sentar como, quando e onde quiserem. O que por si só já é uma demonstração de vontade. O contato não precisa ser feito de maneira padrão e usual. Os sujeitos não são obrigados a olhar nos olhos ou falar. É justamente o tempo, que marca a convivência, que trata de “ajustar” as relações que se estabelecem. O meio termo só é alcançado após um tempo de convivência, quando ambas as partes se “mobilizam” para o contato. Pensando desta forma, imagino que nos ambientes a que o participante referido tenha acesso, não deem o tempo necessário para que o mesmo se sinta mobilizado a manter contato (MILENA, diário M8, p. 294).

No décimo terceiro encontro, com o grupo muito cheio (mais de 30 pessoas) registro que precisamos de várias atividades para envolver a todos e ainda falhamos com uma pessoa (TANIA, diário T12).

Algumas pessoas aproveitam a diversidade de expressões e circulam entre as atividades. Outras preferem sempre fazer a mesma coisa. Alguns preferem não fazer nada. Alguns querem conversar; outros não. Acolhemos as diferentes formas de participação no grupo, respeitando ritmos e desejos, sem exigir um modo específico de participação. O que não é, de modo algum, o habitual no CAPS: de forma geral, espera-se nas oficinas e grupos, que as pessoas façam o que foi demandado: seja falar sobre determinado tema – mesmo que o sujeito não queira – em um grupo terapêutico; seja fazer determinada atividade, cantar ou desenhar, por exemplo - mesmo que o sujeito não queira.

Historicamente, no campo da saúde mental, as pessoas que não se interessam pelas atividades que ofertamos são descritas em termos patológicos – o nome do sintoma é negativismo – ou julga-se este comportamento como “não adesão ao tratamento”. Parece ser pouco comum, mesmo em serviços substitutivos – ao menos

nos serviços do DF – que os profissionais reflitam que talvez as atividades que estão sendo ofertadas *não façam sentido* para os usuários. Desta maneira, acolher as diferentes formas de participação, inclusive em sua forma aparentemente negativa - “não quero fazer nada” – articula-se à dimensão política de reconhecer as necessidades singulares das pessoas, tanto do ponto de vista do sofrimento psíquico quanto das condições sociais, em uma convivência articulada com a politicidade. Habilidade de não se impor em demasia (DEMO, 2006b), em um esforço para nos colocarmos em reserva porque apostamos antecipadamente na capacidade (FIGUEIREDO, 2011) do sujeito de escolher.

### **Estar disponível a cada um, buscando o que faz sentido para aquele sujeito e construindo conjuntamente a partir do desejo e do vínculo**

Esta postura configura-se em um dos aspectos da dimensão ética na implementação da convivência, tal como a idealizamos. Fez-se, portanto, a despeito de nossos limites e de alguns impasses institucionais, como um esforço constante. Desde o primeiro dia<sup>150</sup>, o esforço foi convidar a falar e ouvir sobre os desejos, necessidades e demandas. As reuniões de pesquisa, acima de tudo, durante o período de implementação do grupo, tiveram como objetivo avaliar os efeitos de nossas ações, compartilhar nossas impressões e aquilo que nos foi dito e procurar formas de fazer do grupo um espaço de convivência que produzisse sentido, cuidado e acolhimento para cada um. Isto se revelou no esforço para ajudar a cada um a ensinar ou aprender, a acolher dores e desgostos, programar passeios para ajudar a realizar antigos desejos (ir ao cinema para Luíza) ou sonhos presentes (ir à Torre para Paulo) e encontrar formas para que as pessoas se sentissem integradas e acolhidas. Em um movimento dialético, se a proposta é intersubjetiva, estamos convivendo, está presente, ao mesmo tempo, um esforço para que nos relacionarmos com cada sujeito, a partir de sua história e seu movimento. É neste sentido que as características e princípios organizados nas constelações de sentido (modo de funcionamento do grupo, respeito

---

<sup>150</sup> Ao longo da atividade, de uma forma mais espontânea – diferente de dispositivos terapêuticos formais não fiz uma roda e pedi que cada um obrigatoriamente falasse – fui conversando informalmente e perguntando o que as pessoas gostam de fazer. “Em determinados momentos, perguntar sobre suas preferências se constituiu em uma forma de me aproximar, especialmente daquelas pessoas que não estavam interagindo muito e, ao mesmo tempo, de me ocupar” (TANIA, diário T1, p. 114). Ao final, anotei no *flipchart* – que havíamos levado justamente para este fim - as sugestões das pessoas e fizemos uma votação. A esta altura, éramos quase 50 pessoas e o resultado da votação foi: passear, fazer artesanato, aprender, comer e cozinhar, ensinar e cantar.

à alteridade e estabelecimento de relações horizontais) se entrelaçam com as dimensões ética e política do cuidado que possibilitam uma ressignificação da dimensão clínica no campo da saúde mental.

No vigésimo sexto encontro, Giovani faz um esforço grande para incluir Breno que está sempre um pouco afastado. Breno diz que nada que fazíamos no grupo o agradava. Giovani conversa com ele, tenta descobrir seus interesses (videogame, inglês, filmes) até encontrar a música. A partir deste interesse, pega os violões e começam a conversar e tocar um pouco, o que interessa outras pessoas (GIOVANI, diário G24). Apesar de Breno, neste encontro, não tocar, disse que “estava enferrujado”, a partir do interesse e movimentação de Giovani, começa a conversar mais, fazer perguntas e trocar experiências sobre seus estudos, seu trabalho e seu futuro.

No trigésimo encontro, Amanda relata que, ao se movimentar atenta a todos, nota que Mariazinha está sem fazer nada: “perguntei a ela se haveria algo que gostaria de fazer. Ela pegou minha mão e disse que gostaria de conversar” (AMANDA, diário A12, p. 332).

A despeito de ser nossa postura fundamental estar atento a cada um e encontrar formas para estar no grupo que façam sentido para cada pessoa, pois, com Lobosque (2003), entendemos que não se trata de propor “molemente” atividades para preencher o tempo; pelo contrário, “trata-se justamente de fazer com que o tempo não se confunda com um vazio sem fim a ser preenchido, devolvendo-lhe ritmo e corpo” (p. 27), nosso contato com duas pessoas ilustram de forma especial esta característica: Luzia e Nilson. Nossa história com Luzia será apresentada no tópico sobre a dimensão clínica da convivência como dispositivo de cuidado. Segue o relato de nosso encontro com Nilson.

No segundo encontro que Nilson participa de nosso grupo, noto que ele está ainda um pouco isolado. Amanda e Rafaela tentam uma aproximação: conversaram um pouco, montaram quebra-cabeça. “Mas sinto que o Nilson ainda não tem muito espaço no grupo (...) Em supervisão, Rafaela, Amanda, eu e Giovani combinamos de estar mais próximos de Nilson” (TANIA, diário T24, p. 186). Evidencia-se o nosso esforço para não desistir até encontrar um lugar para cada um.

Em diferentes encontros, tentamos aproximação e diálogo: eu, Giovani, Rafaela, Amanda. Nilson sempre sinaliza os mesmos interesses, armas brancas e

cachorros, *o que nos deixa sem ação*: não sabemos como incluir os interesses de Nilson no contexto do grupo. No passeio ao CCBB, Giovani finalmente consegue achar algo em comum:

Rafaela olha pra mim e sinaliza que Nilson está sozinho, para que eu sentasse com ele (boa ocasião para conversarmos um pouco sobre sua vida e sobre o que gostaria de fazer no grupo). Ele não estranha minha aproximação, e começa a falar que gosta de armas e das que teve em casa, mas que foram apreendidas pela polícia. Conversamos um pouco sobre armas de fogo, fuzis, pistolas, revólveres; lhe expliquei que fui atirador de equipe de fuzil (...) O papo foi bem fluido, e aproveitei para falar um pouco do grupo de convivência, que disse que não tem muita coisa que gosta de fazer. Perguntei o que gostaria de fazer, e disse que gosta de cachorros, que está fazendo um cursinho de auxiliar de veterinário. Conversamos um tempo sobre isso. (...) No violão não se interessa muito, então pra ele não seria bom ficar conosco. Perguntei se sabia tocar mais algum outro instrumento, e disse que já teve um trompete (...) mas que acabou se irritando por não conseguir tocar direito, (...) mas ainda pensa em tocar trompete. Disse que estava aprendendo, e que na próxima semana poderia trazer caso ele se interessasse. Falou que tudo bem; combinamos então que ele levaria um bocal dele (tinha ainda mais cinco guardados), e eu levaria o trompete (GIOVANI, diário G26, p. 263).

No encontro seguinte, Giovani leva o trompete e a relação de Nilson com ele e com o grupo muda finalmente. Eles tocam juntos, conversam e riem. Giovani, em seu diário, se emociona, pois nunca havia ouvido a gargalhada de Nilson. Ele conta histórias sobre sua infância e mostra seu álbum de cachorros. A música que Nilson produz chama a atenção de uma das psiquiatras do CAPS que sai de seu consultório: “e para nossa surpresa Dra. Aline chega ao pátio. Veio atraída pelo som do trompete, e diz: “ué, esse som é aqui mesmo?” Respondi que sim e que o Nilson era quem estava tocando. Ela o elogia, dizendo que estava muito bom” (GIOVANI, diário G27, p. 268-70).

No encontro seguinte, Nilson e Giovani voltam a tocar e a conversar. Nilson também começa a interagir com outro usuário, Ronaldo: “Nilson conversou um pouco com Ronaldo, e deixei os dois, indo guardar os violões e o trompete. (...) acredito que hoje Nilson já se abriu um pouco mais e que daqui pra frente possa estabelecer vínculos com outras pessoas do grupo” (GIOVANI, diário G28, p. 276-78).

Além disso, Nilson compartilha com Giovani importantes histórias sobre sua vida profissional enquanto segurança, a intensidade de seu trabalho, os plantões excessivos, as pessoas que ajudou a salvar de tentativas de suicídio e sua primeira crise.

Como Giovani não poderia participar do encontro seguinte, em reunião de pesquisa, onde semanalmente vamos refletindo em como fazer o grupo melhor e

como melhor cuidar (as reuniões auxiliam na dimensão clínica do grupo), peço a Lisa que venha ao grupo, cobrir a ausência de Giovani. É o reconhecimento do meu limite: não entendo de música e nunca consegui desenvolver, por mais que tentasse, um vínculo mais estreito com Nilson. Para não interromper o processo com Nilson, como Lisa também é música, ela vem nos ajudar no grupo. Eles tocam um pouco juntos e começam a conversar sobre suas experiências com música. Nilson começa espontaneamente a contar sua história: compartilha que na adolescência seu interesse por música é transferido para armas de fogo, sobre sua coleção de armas e facas, seu envolvimento com a justiça por porte de armas, sua relação com o pai e a escolha de sua profissão que deriva desta relação, sobre suas crises, sua tentativa de suicídio. Conta ainda sobre seu hábito de se automutilar e como o faz agora através de choques, ao invés de cortes, para não incomodar aos outros.

Nilson contou, então, que se automutila desde a adolescência. Falou que não sente dor, nada, e que sente que é bom fazer isso. Disse, também, que sente grande prazer em ver machucado, sangue. Contou que diminuiu muito as auto mutilações com a ajuda do CAPS, mas que ainda sente um pouco de vontade. Disse que atualmente ele mantém apenas os choques. Achou que essa era a melhor forma de fazer isso, pois o choque não deixa marcas e ele não precisa ficar se explicando pra ninguém. Nesse momento, ele me olhou de uma forma como se buscando compreensão para o que ele faz. Eu disse, então, que devia ser bastante difícil pra ele ter que fazer isso escondido e ele confirmou, falando que, de certa forma, ele precisava daquilo. Disse que o CAPS o ajuda também a ficar mais ativo, já que, se fica em casa, sua tendência é ficar sempre trancado no quarto escuro. Disse que também aprendeu no CAPS a identificar sinais de que vai entrar em crise (...) Contou que, apesar de gostar de se cortar, ele não suporta ver corte nos pulsos. Associou isso ao fato de uma ex-namorada ter tentado suicídio dessa forma depois de ele terminar o relacionamento, ainda na adolescência. (...) Admito que em alguns momentos fiquei um pouco assustada durante a conversa com o Nilson. Os conteúdos que ele trazia eram bastante pesados e potencialmente perigosos. No entanto, não fiquei muito tempo nesse sentimento. Seu olhar, enquanto confiava em mim e contava todas essas coisas, me lembrou um olhar de menino assustado com seus próprios monstros (LISA, diário L7, p. 353-5).

Este foi o *primeiro encontro* de Lisa com Nilson! Certamente que é um encontro que vem associado a uma continuidade do cuidado: estávamos ocupados na supervisão em encontrar formas de incluir Nilson e de nos aproximarmos dele. A música funcionou como um mediador que, como afirma Delion (1984), não é um mero acaso, mas, ao contrário, está articulado com a história de um sujeito. A partir de nosso movimento de estar disponível a cada um, buscando construir conjuntamente uma convivência a partir do desejo do sujeito e do vínculo, foi possível mergulhar na “semântica existencial” (SAFRA, 2004) de Nilson.

Para que a convivência enquanto dispositivo de cuidado revele sua potencialidade clínica, favorecendo novos processos de simbolização, é preciso encontrar formas para contemplar o gesto do outro, o estilo do outro e o idioma do outro. O idioma aparece “em sua maneira de ser, em seu discurso, em seu gesto, nas coisas que ele colhe para compor seu ambiente, na maneira como ele constitui seu percurso de vida” (SAFRA, 2004, p. 116). A música, e também o *compartilhar* da música que entrelaça a vida de Giovani, Nilson e Lisa na convivência, funciona como um “símbolo orgânico-estético”: experiências sensoriais que permitem que o sujeito articule uma concepção sobre si mesmo, se abrindo para outras experiências discursivas (SAFRA, 2005).

No trigésimo primeiro encontro, “tento cuidar para que todos estejam integrados, acolhidos, se sentindo parte... A música parece ter funcionado com o Nilson. Está sorrindo e envolvido com o trompete” (TANIA, diário T27, p. 196). No trigésimo terceiro encontro, Nilson não se interessa em tocar, prefere agora conversar com outras pessoas do grupo (GIOVANI, diário G29). O mediador não é mais necessário, Nilson já faz parte do grupo.

O cuidado aqui aparece como desvelo e solicitude, como resposta para a solidão e incomunicabilidade entre as pessoas (BOFF, 2011), exigindo um esforço para conviver além do falatório e da curiosidade (HEIDEGGER, 1927/1995), não cedendo à indiferença de uns com os outros (LÉVINAS, 1986a/2010), afinal é fácil descuidarmos daqueles que não demandam, portanto, não “incomodam” a instituição. Em sua dimensão política, é um cuidado mais sensível à pluralidade humana, pois se esforça – como vemos no encontro entre Lisa, Giovani e Nilson – para reconhecer as necessidades singulares das pessoas.

### **Sustentar uma dialética entre familiaridade e novidade**

No segundo dia, Paulo pergunta pelo jogo de damas que está faltando. Justamente por Paulo nunca ter jogado, me ocorre, pela primeira vez, que “parece ser importante ter algo familiar e conhecido nos encontros” (TANIA, diário T2, p. 117).

No segundo encontro, levo a argila e não produz efeito: ninguém se interessa, apenas eu e Milena a utilizamos. Curiosamente, no encontro seguinte a argila faz sucesso.

Parece que a familiaridade é algo importante: as pessoas ficam felizes de encontrar

rostos conhecidos (já havíamos notado), mas também atividades e materiais conhecidos (Paulo no segundo encontro pede as damas e Luíza e Juliano agora pedem a argila). É, portanto, agora um hábito de nosso grupo: acrescentamos atividades, mas deixamos sempre presente a opção por atividades já realizadas (TANIA, diário T3, p. 121).

No décimo oitavo encontro, um acaso – uma chuva fortíssima com raios e trovões – nos leva a uma novidade: decidimos fazer a oficina na cozinha, pois estava frio e molhado lá fora. Cristina é uma das pessoas do grupo mais sensível à novidade; algo novo, de maneira geral, a mobiliza. O efeito nela me faz pensar na “importância da novidade; de não permitir que o grupo caia na rotina ou no tédio. A familiaridade e o pertencimento não precisam se confundir com *mesmice...*” (TANIA, diário T18, p. 161).

Utilizamos materiais que estão disponíveis no CAPS, compramos materiais que são de interesse de alguns usuários, outras atividades são inseridas a partir das habilidades dos usuários e seu desejo de compartilhar. No vigésimo quinto encontro, Giovani teve a ideia de usar telas que já estão no CAPS há muito tempo sem destino. “As pessoas gostaram da novidade: várias delas quiseram pintar e levaram os quadros para casa. Também está fazendo muito sucesso as bonecas de Paula [usuária] (...) trouxe bonecas que faz com lã e várias pessoas estão empolgadíssimas” (TANIA, diário T22, p. 175).

Nesta dialética entre novidade e familiaridade está presente nosso respeito pela alteridade e pelo reconhecimento do ser humano em sua complexidade, combatendo a redução do sujeito à “doença” e aos sintomas como preconizado no modelo hospitalocêntrico, sintomatológico e manicomial. Gestos muito simples, como manter sempre a possibilidade da novidade e surpresa, sustentam-se em uma visão ética do ser humano, reconhecendo e apostando em sua potencialidade (FIGUEIREDO, 2007, 2011). Os materiais e atividades tornam-se objetos sem forma e sem pulsação, se não estão articulados à história e ao movimento existencial de quem convive. Aqui, parte-se do princípio, não apenas do respeito à alteridade, no sentido de cada um poder sustentar sua singularidade, mas também do reconhecimento de que o sujeito não é idêntico nem a si mesmo, “residindo o singular de cada qual não em sua unidade suposta, mas numa discordância fundamental; trata-se de interpelar tal singularidade, convidando o sujeito a sustentá-la com o estilo que é o seu” (LOBOSQUE, 1997, p. 22).

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

Nesta constelação, reflito sobre o nosso esforço para estabelecer relações o mais horizontais possíveis, sem descurar do cuidado. Nosso esforço foi uma tentativa de construir o cuidado através de uma convivência igualitária: entre iguais e diferentes, de modo que as diferenças, ao invés de evoluírem para desigualdade, possam ser geridas e negociadas segundo oportunidades iguais. A convivência aparece articulada com a politicidade (DEMO, 2003): habilidade para equilibrar autonomia e empoderamento; habilidade de não se impor em demasia, em ceder sem abrir mão do ser; visando combater a pobreza política (DEMO, 2006b), não aceitando a posição de seres humanos que mendigam direitos, mas ajudando-as a se “armar” para o combate ao sustentar seu ser, desejos e direitos.

**Quadro 10** – Constelação: estabelecimento de relações horizontais

Estabelecimento de relações horizontais, visando a convivência igualitária	
Dimensões política e ética	Ser um espaço de afetividade
	Ensinar e aprender
	Ser um coletivo
	Valorizar as interações, visando a construção de redes solidárias
	Horizontalizar

#### **Ser um espaço de afetividade: circularidade e mutualidade do cuidado**

De forma rápida e que me surpreendeu, o grupo se torna um espaço de afetividade. Sorrisos, abraços, pequenos gestos de cuidado se tornam cotidianos e são recíprocos: entre eles, entre nós e eles, entre o grupo de pesquisa. Na minha participação nas reuniões de equipe, para compartilhar o que estava acontecendo na atividade de convivência e no grupo de convivência e receber o *feedback* da equipe do CAPS, o tema do afeto e do cuidado recíproco esteve sempre presente:

a relação entre as pessoas está cada vez mais forte, uma coisa que me chama muito a atenção é como eles são cuidadosos uns com os outros. Não sei se vocês sentem isto em todos os grupos, mas eu sinto muito isto no grupo, assim de alguém não tá bem,

de sinalizar que este alguém não tá bem, de cuidar, de oferecer (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 27/11/12).

No dia em que fizemos o passeio ao cinema, comento ainda nesta reunião, que Manu, Nete e Luíza conversaram muito no percurso, trocando várias experiências de vida. Chego a comentar que “foi muito gostoso, na verdade, foi a melhor parte da minha semana” (Reunião com a equipe do CAPS, 27/11/12). Continuo desenvolvendo que, nesta nossa aventura peripatética (LANCETTI, 2008), as relações se estreitaram, produzindo uma potencialização dos vínculos, de forma intensa e rápida.

Eu até brinquei com o meu orientador assim, que eu fiquei muito surpresa, porque eu não sou uma pessoa que me vinculo facilmente, então se eu penso na convivência tenho que analisar a convivência em mim também. Eu sou bem devagarinha, [risos] eu vou me abrindo muito devagarinho pro outro e eu fiquei muito surpresa como, o que pra mim é muito rápido [pausa], as relações eram afetivas no grupo. Não só deles em relação a mim, como de mim em relação à eles, como de uma maneira muito rápida que não é comum pra mim, eu me afeiçoei mesmo as pessoas no grupo e entre eles (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 27/11/12).

Marlene segue na reunião me pedindo para falar sobre como a convivência tem me modificado, pois sugere que as modificações em mim podem também representar potenciais mudanças nos usuários, considerando que a convivência é uma fenômeno intersubjetivo. Respondo que me tornei mais afetiva:

eu sempre senti as coisas de uma maneira muito intensa, mas sempre fui muito cuidadosa em demonstrá-la ou não. Faz parte de quem eu sou, faz parte da minha formação, do meu tipo de clínica [alguém comenta que sou psicanalista e nós rimos], enfim, então tá tudo isso junto. Eu acho que teve a ver com o fato de que foi a primeira vez que eu me lembro em muito tempo em que eu estou no espaço onde eu abandonei os meus papéis, eu não era aqui a psicanalista, não era aqui a professora, não era a supervisora, não era a clínica exatamente, tudo isso em alguma medida estava presente, e esses diferentes papéis eram solicitados em diferentes momentos. Então na hora que a Rose estava fazendo crochê e me fala da vontade de morrer dela, a clínica acende, tem uma escuta diferente, mas eu estava Tania, eu estava pessoalmente, isso é uma coisa realmente bastante diferente pra mim, e uma coisa que eu sempre achei meio perigosa [riso], mas foi muito bom. É perigosa porque a gente tem que ter cuidado para não estar inteiramente, a gente conversou demais disso na quinta-feira, de achar esse equilíbrio entre estar junto, estar presente, isso implica a gente pessoalmente, mas de uma maneira reservada no sentido que a gente sabe que é prioritariamente para o outro (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 18/12/12).

Safra (2004) destaca que, na dimensão transferencial, está em jogo um princípio ético fundamental possível apenas quando nos despimos de qualquer onipotência. O autor, em seu texto, está ocupado com o cuidado de fraturas originárias

na constituição do self e de agonias decorrentes de situações de exclusão e desenraizamento. Suas reflexões parecem férteis para pensar o tipo de relação que buscamos estabelecer na convivência, sobretudo em sua dimensão afetiva: “então compreendemos que nossa biografia é diferente da de nosso paciente, mas somos companheiros de viagem pelas intempéries da existência” (p. 147).

Ao longo dessa reunião, continuamos falando sobre a potencialização do vínculo na convivência e o quanto nos parece que esta potencialização está ligada a uma disponibilidade diferente que passa, inclusive, por uma certa flexibilidade nos papéis, bem como o equilíbrio buscado entre as funções implicadas do cuidado e sua reserva (FIGUEIREDO, 2007), de modo que *estar com* e *fazer junto* sejam mediados pelo *deixar ser*.

Nesta “rapidez” na construção de vínculos afetivos, já no terceiro encontro, Rafaela relata sentir alegria ao encontrar novamente as pessoas no espaço de convivência (RAFAELA, diário R2). Neste mesmo encontro, Sílvia (usuária), ao chegar a atividade, beija Rafaela e diz que sentiu sua falta no grupo passado: “me senti muito bem, me senti querida por ela” (RAFAELA, diário R2, p. 341). O gesto de Sílvia ajuda Rafaela a estar mais à vontade no grupo, menos desconfortável, o que permite que Rafaela possa conviver mais e melhor cuidar.

Vários outros pequenos exemplos afetivos podem ser destacados: toques gentis, palavras que confortam e expressam saudade, preocupação e zelo, sorrisos, gestos como se preocupar se todos comeram, que não se machuquem, entregar cartões. Os exemplos de cuidado entre todos nós - *oriundo de todas as direções*, entre os usuários, entre os usuários e os cuidadores em ambos os sentidos, entre os cuidadores – são inúmeros. Este me parece um outro ponto importante na convivência: as pequenas gentilezas e cuidados que temos um com o outro e que nos aproximam e nos faz bem. Seguem alguns breves exemplos aqui.

No primeiro encontro do segundo semestre, registro que “cumprimento com alegria e prazer várias pessoas. O moço da entrada reclama com Sílvia que ela exagera no abraço, digo para ele que está tudo bem, que estamos com saudades...” (TANIA, diário T14, p. 151). Quando foram com Giovani ao supermercado comprar frutas para nossa salada de fruta, Sílvia e Cristina (usuárias) seguiam conversando de braços dados (GIOVANI, diário G15).

No encontro seguinte, Milena, que havia faltado a dois encontros, registra que Paulo demonstrou estar feliz ao vê-la: “o sorriso dele é acolhedor e me sinto bem

recebida. Vou ao seu encontro e nos abraçamos” (MILENA, diário M11, p. 307). No trigésimo encontro, Amanda explica aos participantes que, em função de uma sinusite, não poderia estar no grupo naquele dia: “todos ficaram com pesar pela ausência e estimaram melhoras” (AMANDA, diário A12, p. 331). Ao final do grupo, enquanto cantavam parabéns aos aniversariantes, o grupo disse mais uma vez que Tania fazia falta (AMANDA, diário A12).

No trigésimo primeiro encontro, Manu (usuária) parece bem, está animada, mas comenta, de forma cuidadosa e preocupada que Cristina (usuária) não está muito bem. Também havia notado e passou boa parte do grupo perto dela. Luiza (usuária) também compartilha sua preocupação com Cristina (TANIA, diário T27). No décimo oitavo encontro, Giovani se sente novamente cuidado: “quando fui pegar os milhos que sobraram da panela que não tinham virado pipoca, Silvana disse: ‘cuidado meu filho, que a tampa tá quente, você pode queimar; deixa comigo que eu jogo’. Me senti cuidado por ela” (GIOVANI, diário G17, p. 224).

Revelando a mutualidade do cuidado também entre os cuidadores, em vários momentos, registro em meu diário o cuidado de meus alunos comigo. Durante o quarto encontro, Milena, de forma voluntária, cuidou do som, mudando ao longo da atividade de modo que não tocasse apenas as músicas religiosas que me cansam e afetam o meu cuidar. Ela o fez, assim descubro em nossa reunião de pesquisa seguinte, para que eu não ficasse perturbada (TANIA, diário T6).

No oitavo encontro, Daniela vê que estou só (Rafaela se afastou temporariamente do grupo e Milena perdeu o ônibus) e se oferece para ficar no grupo: “estou bem tranquila, mas aceito sem hesitar: além de gostar da presença de Dani e do modo como ela convive e interage com os participantes, fico mais disponível para as pessoas se outros pesquisadores-participantes estão junto” (TANIA, diário T7, p. 132).

Se toda ação de cuidado está inscrita em uma economia da violência, afinal, por mais “bem intencionada”, nossa ação está sustentada em um relação de poder, a construção de relações afetivas neutraliza parcialmente esta assimetria, permitindo uma ação mais amorosa e política: somos todos incompletos e insuficientes e a mutualidade do cuidado nos aproxima. Este modo de relação exige, conforme discutido no capítulo 3, mudanças na formação tradicional, autoritária e prescritiva, dos profissionais de saúde. O que nos leva à próxima característica do grupo que foi um primeiro passo para construir relações mais horizontais, ao permitir que

experimentássemos – profissionais e usuários – papéis diferentes, em um intercâmbio vivo e espontâneo.

### **Ensinar e aprender**

Ensinar e aprender surge como uma sugestão de vários frequentadores no primeiro dia do grupo. Não apenas a sugestão foi dos usuários, como eles eram os responsáveis por ensinar, compartilhando no grupo suas habilidades. Aprender a construir cestas, fazer crochê e tocar instrumentos ocuparam momentos privilegiados e estratégicos no grupo. Contudo, este modo de *estar com e fazer junto*, baseado em ensinarmos e aprendermos, esteve sempre presente cotidianamente nos nossos encontros, quando jogávamos ou fazíamos artesanato, por exemplo.

No décimo sétimo encontro, Giovani relata que, ao final do dominó, decidimos jogar baralho, “e a senhora que estava conosco interessou-se bastante para aprender. Cristina [usuária] e eu explicamos e jogamos algumas partidas. Ao final da atividade, ela nos agradeceu (...) pois nunca havia aprendido antes, e tinha muita vontade” (GIOVANI, diário G16, p. 220). No diário do vigésimo sexto encontro, registro que “Silvana [familiar] mostra orgulhosa para o grupo a boneca flamenguista que fez. Presta homenagem à mestra Paula [usuária]” (TANIA, diário T23, p. 183). No trigésimo encontro, Amanda relata que Nete (usuária) se revezava para ensinar Mariazinha e Débora (usuárias). Ao ser elogiada por sua atuação como professora, Nete fica feliz e afirma gostar do que está fazendo (AMANDA, diário A12).

O subgrupo da música que foi criado no esforço para acolher alguns homens – em especial Breno, Nilson, Nando e Ronaldo - que não se identificavam com as atividades do grupo, vai se tornando um espaço de aprendizagem e troca. Durante esses momentos musicais, conversam bastante e contam suas histórias de vida.

No segundo encontro, relato que

A argila foi um fracasso. Ninguém quis fazer. Milena e eu ficamos mexendo. Como esperado, sou um desastre e não consigo fazer absolutamente nada com a argila. Paulo [usuário] (que vai ao longo do encontro assumindo um lugar muito interessante, um espécie de *host*: circula, opina, interage) me ajuda. Me ensina, passo-a-passo, faz por mim, quando desiste da minha inabilidade... **Penso que é um efeito interessante para todos a minha posição de não saber.** No mínimo gera uma certa curiosidade. Uma certa proximidade (TANIA, diário T2, p. 118).

Paulo ensina a todos: pesquisadores, usuários, estagiários, visitantes. Seu interesse em ensinar fazer as cestas é a porta de entrada para quem chega ao grupo.

Paulo ensina Juliano que, por sua vez, ensina Giovani... Na reunião com a equipe, converso sobre o papel de professor/coordenador de Paulo<sup>151</sup>, o que gera uma discussão sobre os usuários ocuparem na vida, na família e no próprio CAPS uma posição de inutilidade, de incompetência, de “patinho feio” (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 02/10/12).

O ensinar e aprender permitiu uma circularidade<sup>152</sup> de papéis entre todos nós, aproximando-nos de uma convivência um pouco mais igualitária, o que foi construído de forma espontânea e algo fortuita. Havia pessoas interessadas em aprender crochê outras em ensinar; Paulo se interessa por ensinar a construir cestas o que atrai, a cada vez, muitas pessoas; não tenho habilidade manual nenhuma e pouco pendor para jogos de modo que eu não sabia fazer nada que nós fazíamos no grupo<sup>153</sup>. Neste sentido, ainda que tenha sido uma escolha e decisão acolher a sugestão dos frequentadores de que ensinar e aprender seria uma das tônicas de nosso grupo, a minha inabilidade para as atividades escolhidas me colocou, desde o início, em uma posição de aprendiz que penso ter sido transformadora para mim e para eles. Um importante incentivo para a construção de relações mais horizontais. Para Figueiredo (2007), um modo de evitar o excesso de implicação no cuidado que tem como efeito despotencializar e desqualificar quem está na posição de ser cuidado é ter uma “boa dose de modéstia e a aceitação do acaso como elemento significativo nos processos humanos” (p. 22). Safra (2004) afirma que para fazermos frente às situações inusitadas que caracterizam a prática clínica é preciso nos posicionarmos como “eternos aprendizes”.

### **Ser um coletivo**

---

<sup>151</sup> Na análise da dimensão clínica do cuidado o percurso de Paulo no grupo será descrito em profundidade.

<sup>152</sup> Em um singelo e emocionante momento, quando estou me queixando que não consigo produzir nada com a argila, Luíza me diz: “Bom, você até não consegue mesmo fazer muita coisa, mas você tá gostando de mexer com essa argila, né?”. Respondo que ela tem razão: “eu não sei te dizer porque, afinal de contas, estou só aqui apertando e sujando a minha mão. Mas de alguma maneira eu estou gostando mesmo”. E ela diz pra mim: “É terapêutico”. Todos na reunião riem e eu digo feliz: “não é legal?” (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 02/10/12).

<sup>153</sup> “O psicanalista americano H. Searles (1979) nos apresenta inúmeros exemplos e uma interpretação teórica convincente acerca da importância desta reversão de expectativas: deixar-se cuidar – na justa medida e sem exploração – pelo objeto de cuidados tem a função de confirmar a potência e a significação do sujeito; ao mesmo tempo, é uma chamada à ativa responsabilidade como uma confirmação e um reconhecimento do outro, seja um bebê, um aluno, um doente, um louco ou um velho debilitado” (FIGUEIREDO, 2007, p. 22).

Nossos passeios ajudam a ilustrar o movimento de nos tornarmos um coletivo. Coletivo aqui entendido não como um grande coletivo massificado, mas um coletivo singular, “de grande expressividade, constituído pela articulação de diversas singularidades entre si” (LOBOSQUE, 1997, p. 22).

No primeiro dia do grupo, quando perguntamos pelos interesses, passear foi a atividade mais mencionada pelos usuários. Nosso primeiro passeio foi ir ao cinema: uma demanda que surgiu de Luíza, que não ia ao cinema há mais de 10 anos, e que despertou o interesse de várias pessoas. Nossa mobilização e tomada coletiva de decisões para tornar possível a ida ao cinema já foi descrita no tópico **Poder escolher**.

Chegamos ao cinema e fomos comprar os ingressos. Estava um pouco mais caro do que prevíamos, mas com a ajuda de cada um e da venda das cestas (vendi uma para minha mãe, para uma aluna e a última ainda estava para ser vendida – acabei vendendo para o meu filho de 07 anos!) compramos todos os ingressos e ainda sobrou dinheiro para um balde de pipoca que compartilhamos (TANIA, diário T9, 135).

Ao entrar no cinema, havíamos escolhido, na semana anterior, assistir ao filme *Gonzaga: de pai para filho*, eles escolhem sentar no fundo, em uma fileira sem espaços, assim podemos ficar todos juntos (TANIA, diário T9). Milena registra que, apesar de termos pouco dinheiro para a pipoca, Cristina faz que questão que compremos e compartilha a sensação: “entendi o que ela quis dizer, pois de fato a experiência de ir ao cinema é associada a comer pipoca. E também gostaria que Luíza vivesse plenamente nossa ida ao cinema, por isso concordei com Cristina e fiz questão da pipoca também” (MILENA, diário M7, p. 293).

A volta também foi muito animada na kombi, pois foi o momento em que todos conversaram sobre o filme, o que viram e pensaram (MILENA, diário M7). Éramos simplesmente um grupo, indo juntos ao cinema e compartilhando as mesmas experiências de prazer com o filme. Em nossa ida ao cinema, não estávamos preocupados com intervenções “terapêuticas” ou com propiciar momentos de aprendizagem de habilidades da vida diária, não havia necessidade de teorizar ou justificar o que estávamos fazendo. A ida ao cinema tem valor pelo que é: ajudar Luíza a realizar um desejo e estarmos juntos fazendo algo que escolhemos fazer. Na convivência, o foco está na *qualidade dos relacionamentos*, em uma posição próxima, neste aspecto, da experiência de Soteria (MOSHER & HENDRIX, 2004).

Mas não apenas nos nossos passeios, também no nosso cotidiano, durante o

grupo, é feito um esforço para nos constituirmos enquanto um coletivo. Neste sentido, fazia parte de nossa postura na convivência o reconhecimento e a valorização de cada um e de seus gestos. No décimo nono encontro, por exemplo, antes de servir a salada de frutas, que, como sempre, fizemos conjuntamente, avisamos a todos que a salada daquele dia era uma cortesia de dona Zazá que trouxe as frutas para nós.

No vigésimo primeiro encontro, Paulo levou uma caixa de bicicleta e Giovani sugeriu que fizéssemos uma cesta grande coletiva. Paulo acha a ideia interessante e a oferecemos para o grupo. Apesar de aceitar, no final, nem todos participam (alguns ajudam o Paulo, alguns fazem rolinhos, ao final quatro de nós ajudamos a começar a tecer a cesta). Não conseguimos terminar, pois levou muito tempo para preparar o fundo. Quando ficou pronta, tornou-se nossa cesta para guardar o material do grupo. Nomeei este diário de “Uma cesta (quase) coletiva, uma parceria inusitada e algumas dores”. Penso que é interessante que uma proposta vinda de nós não se torna uma obrigação. As pessoas se sentem à vontade o suficiente no grupo para poder escolher fazer algo diferente do que foi sugerido.

O passeio na Torre de TV foi um importante momento de troca, carinho e convivência. Se o passeio ao cinema foi inspirado pelo desejo de Luíza, a ida à Torre foi inspirada em ajudar Paulo a vender suas cestas. Milena registra que, “ao chegar ao CAPS, foi nítido o empenho e a espera de algumas pessoas por aquele momento” (MILENA, diário M10, p. 304). Quando chegamos à Torre, após uma boa caminhada da rodoviária até lá, pergunto se querem passear ou fazer o piquenique.

Nos organizamos e começa a chover. Vamos andando, fugindo da chuva e eles vão decidindo o lugar. Acabamos armando o piquenique na própria feira, em frente a uma barraca (...) O clima entre nós fica muito agradável, após e durante o lanche. Compartilhamos, tiramos fotos. Manu diz feliz: “cada um contribuindo um pouco temos um lanche muito legal”. Me sinto feliz, as pessoas parecem felizes... Cristina diz sorridente que vai colocar as fotos no *face* (TANIA, diário T19, p. 167).

Depois do lanche, começamos a passear e vamos até a barraca *Semeando Arte*, que vende os artigos produzidos nos serviços de saúde mental do DF. Conversamos um pouco com a pessoa responsável. Manu comenta que sabe fazer as blusas de crochê que estão sendo vendidas nas barracas. Digo a ela para perguntar o preço, pois assim ela pode também tentar vender. Nos surpreendemos como tudo é caro. Cristina, Manu e eu compramos bichinhos de gude – um clássico da Torre – para nossos pequenos (TANIA, diário T19).

No vigésimo quarto encontro, vamos ao teatro assistir a *Estamira*. Em função do ônibus que quebrou, nos dividimos em carros e fomos todos juntos. Conversamos, pegamos chuva e nos emocionamos no teatro. Muitas pessoas comentaram que se sentiram especiais, pois os produtores da peça, informados do nosso atraso em função do ônibus, nos esperaram para a peça começar (GIOVANI, diário G22).

No vigésimo sexto encontro, quando realizamos uma festa de aniversário por sugestão de dona Silvana, Giovani faz reflexões interessantes que mostram tanto a dimensão coletiva que o grupo foi construindo:

Olhei ao redor, e todos estavam conversando. Nem parecia o CAPS do horário do lanche, letárgico em muitos momentos, em que as pessoas não conversam, e ficam todas sentadas à mesa. Parecia que estávamos num outro lugar, numa festa de aniversário mesmo, assim como as festas de aniversários que vemos por aí. E foi interessante essa experiência de podermos trazer uma festa de aniversário “comum” para um espaço de tratamento como o CAPS, procurando fazer com que as pessoas ficassem à vontade, e fazendo desmoronar por alguns instantes as paredes brancas do CAPS, colorindo-as com os sorrisos e as conversas das pessoas (GIOVANI, diário G24, p. 255).

Ao invés de um espaço formalizado de tratamento, o que construímos no grupo de convivência foi um movimento para *estar com e fazer junto* solidário. Safra (2004), embora em seu trabalho esteja pensando a clínica em seu dispositivo clássico, o consultório, considera a solidariedade, que compreende o amor e ódio, um princípio ético fundamental, onde o cuidado demanda uma relação entre alteridade e comunidade. No capítulo 3, foi desenvolvida a ideia de que cultivar dimensões como modéstia, solidariedade e generosidade são estratégias para combater a pobreza política (DEMO, 2006b) e os preconceitos de incapacidade e periculosidade, em um forma de cuidado mútuo que se esforça para prescindir da tutela. Ao sermos um coletivo, experimentamos uma forma de conviver, combinando energias contrárias, ambivalentes e não lineares, de modo que a solidariedade não degenere em efeito de poder, desfazendo a capacidade de confronto: a partir do coletivo, ajudar a “gestar o sujeito que reivindica e impõe seus direitos, bem com o solidário, tão capaz de reconhecer seus direitos, quanto respeitar os dos outros” (DEMO, 2003, p. 18).

Em nossos passeios (fomos ao cinema, ao teatro, à Torre de TV, ao CEUB para participar de evento comemorativo ao dia nacional da luta antimanicomial...) buscamos, enquanto um coletivo, participar da vida cultural, invadindo o território.

## Valorizar as interações, visando a construção de redes solidárias

Ao longo dos encontros, uma função importante que assumimos foi exatamente de ajudar as pessoas a se relacionarem e a se conhecerem: encontrar alunos para quem deseja ensinar; encontrar professores para quem deseja aprender; formar pares para jogar dama; formar grupos para jogar dominó ou cartas; encontrar quem possa ajudar alguém que está com dificuldade, por exemplo, para montar um quebra-cabeça ou com um problema familiar; etc.

Na volta do passeio ao CCBB, Rafaela ficou com Nilson e Anderson e começou a conversar com eles, “mas logo fiquei excluída da conversa (hahaha) o objetivo foi alcançado! Os dois têm a mesma profissão e conversaram muito sobre isso” (RAFAELA, diário R12, p. 351).

Reproduzo a seguir um momento emocionante que me leva, entre outros episódios neste dia, a nomear meu diário *De onde vem o clínico?*:

Débora chega e não está muito bem. Pergunto o que foi. Diz que esta semana não está muito bem. Tento conversar um pouco, me colocar disponível, parece agradecida, mas não quer muito conversar. Quando Nete [usuária] chega, ela senta ao seu lado. As duas conversam longamente. Mais para o final do grupo, quando me mudo de lugar na mesa para estar perto de outras pessoas, *ela me diz que Nete a ajudou muito, que por isso que esse grupo é bom (...)* **O que achei muito rico, foi que, apesar de minha oferta, quem Débora procurou e quem realmente a ajudou foi Nete.** Débora nem queria ficar na atividade e estava se sentindo muito melhor depois de conversar com Nete (TANIA, diário T24, p. 187-8).

Claramente, nem sempre o cuidado vem de nós, daí a importância de valorizar a troca entre eles e o potencial empoderamento que daí se desdobra. Vasconcelos (2003, 2013) apresenta os grupos de ajuda mútua como uma estratégia de empoderamento em saúde mental. O grupo de convivência, ainda que não seja formalmente um grupo de ajuda mútua (VASCONCELOS, 2013), certamente estimula e valoriza as interações entre eles, reconhecendo o saber das pessoas e da comunidade (ROTELLI, 2004), em uma forma de cuidar que visa a emancipação, desconstruindo progressivamente as assimetrias de poder, substituindo a submissão pelo protagonismo (DEMO, 2006b), através de um auto-questionamento de nossa formação e atuação autoritárias que nos coloca no lugar do saber e da consequente prescrição.

Cuidados recíprocos, sustentados em uma confiança mútua, são estimulados, de modo que o cuidador possa saber compartilhar e operar em relações complexas de colaboração:

sem prejuízo do que sabe e pode, e sem renegar o que sabe que sabe e pode, o agente de cuidados nem sabe tudo nem tudo pode. Reconhecer a finitude e o limite deixará o cuidador muito mais sensível aos objetos de seu cuidado, e muito menos propenso a exercer tiranicamente seus cuidados (FIGUEIREDO, 2007, p. 21).

No trigésimo primeiro encontro, Amanda registra que Roberta e Paulo, entrosados na confecção da cesta, implicam um com o outro e dão boas risadas (AMANDA, diário A13). No encontro seguinte, Amanda acolhe uma nova pessoa no grupo, mas percebe que Lilian também a acolhe, com palavras de incentivo e por isso deixa as duas e vai conversar com dona Zazá (AMANDA, diário A14). Noto, enquanto corto frutas e converso com algumas pessoas, que Mariazinha está sendo ajudada por Luíza, Lilian e dona Zazá (TANIA, diário T17). No passeio à torre de TV, Suzana conta um episódio, fora do CAPS, quando ajudou Mariazinha: “Mariazinha ficou aflita, pois o onibus fez um percurso diferente. Moram perto e fica claro o cuidado de Suzana com Mariazinha” (TANIA, diário T19, p. 166).

Nós não apenas valorizamos e incentivamos a troca entre as pessoas, mas também nos colocamos em uma posição de aprender com eles como cuidar. Quando adiante analisarmos o percurso de Luíza no grupo de convivência, retornaremos a esta questão: o quanto aprendemos a cuidar com Luíza. Segundo Figueiredo (2007), o cuidador “ganha muito se descobrir que o objeto de cuidados em diversos aspectos surpreendentes pode, também ele, exercer funções cuidadoras diante daquele que supostamente monopoliza tais tarefas” (p. 22). Além disso, com a análise do subgrupo do crochê, será ilustrada a possibilidade de construção de redes solidárias a partir da convivência.

### **Horizontalizar**

Enfim, ser um espaço de afetividade, onde aprendemos uns com os outros, flexibilizando nossos papéis (somos professores e aprendizes, cuidadores e objetos de cuidados), valorizando, de forma coletiva, nossas interações, nos permitiu o estabelecimento de relações mais horizontais.

Desde o início, por exemplo, todos assinamos a lista de presença: usuários, familiares, visitantes, pesquisadores e profissionais (quando estes não assinam, por estranharem a proposta – “não sou usuário!” – um de nós registra sua presença).

No sexto encontro, Milena, preocupada em pegar os materiais, pois hoje está a frente na condução do grupo, se aflige, preocupada em iniciar o grupo. Se surpreende,

quando chega, pois

embora estivessem presentes pessoas diferentes dos outros dias, a convivência já estava lá. Os demais participantes convocavam as pessoas para fazer as atividades disponíveis (argila, jogos, artesanato, baralho, crochê) e os novos membros participavam. Fiquei uns cinco minutos parada olhando o que acontecia, percebendo as risadas e conversas presentes. **Enquanto eu estava preocupada em começar o encontro, organizando os materiais, o encontro já acontecia sem mim** (MILENA, diário M6, p. 290, grifo meu).

Interessante que Daniela (aluna de extensão que estava apoiando o grupo neste dia) se preocupa e constantemente pergunta a Milena: eles não vão se apresentar? O que mais precisamos pegar? As listas? Quem vai assinar? Quando percebe que eles mesmos se organizaram e já assinaram a lista registra:

sorri ao ver isso. O caos que aquele encontro representava, no final das contas, representava apenas para mim, para Daniela. O encontro seguia, sem nossa interferência, e de uma forma ou de outra, as coisas que deveriam acontecer nele, estavam acontecendo (MILENA, M6, p. 290).

Especialmente algumas pessoas vão assumindo um lugar de cuidado diferenciado no grupo: se preocupam com as pessoas, ajudam a organizar os materiais, acolhem dores, sinalizam (como eu faço com frequência aos alunos) que alguém está precisando de uma atenção diferenciada; acolhem novas pessoas. O desenvolvimento de Luíza e Paulo no grupo - que protagonizaram, de formas distintas, este lugar de cuidado e a horizontalização das relações – será discutido adiante.

Em seu primeiro encontro no grupo, Amanda, que passa a fazer parte do grupo – como estagiária e pesquisadora – no segundo semestre, registra que não conseguiu identificar quem era usuário quem era familiar (AMANDA, diário A1). No vigésimo quinto encontro, não apenas Paulo e Luíza, além dos pesquisadores, organizam os materiais, mas gradativamente as pessoas vão se sentindo à vontade e percebendo que a lógica de funcionamento do nosso grupo é diferente. “Ao chegar no pátio, Roberta já estava praticamente com tudo arrumado. Paulo havia tirado a grande cesta e a colocado em cima da mesa” (GIOVANI, diário G23, p. 248).

Aos poucos, vamos trabalhando juntos e nos responsabilizamos em conjunto pela condução do grupo: pegar e organizar os materiais, acolher novas pessoas, cuidar de quem não está bem, servir o lanche ou tomar decisões são atividades que compartilhamos, sem hierarquia ou funções específicas. Por exemplo, Giovani

pergunta a Paulo onde acha que devemos fazer a atividade, em função da chuva e este decide que será no pátio: “ué rapaz, é claro, essa chuva não tá fazendo mal não”. (GIOVANI, diário G19, p. 230) ou quando foi ao supermercado comprar frutas com algumas pessoas, pede ajuda para encontrar as frutas mais maduras, julgando, acertadamente, que eles poderiam escolher melhor que ele (GIOVANI, diário G15).

Um episódio, no dia em que fomos a uma exposição no CCBB, novamente mostra – ainda que desta vez tenha sido algo casual – como nos aproximamos na convivência por estarmos em uma posição mais igualitária.

Um momento engraçado e algo embaraçoso: resmungo baixinho algo como “para de falar e deixa a gente entrar”, na entrada da segunda exposição, quando a guia não parava de falar. Realmente achei chato. Rafaela e Paula me ouvem – não era minha intenção! – e concordam e Paula ri. Se tornam mesmo meio cúmplices, Rafaela de forma mais discreta, na impaciência com a guia. **Apesar de algo embaraçoso – não pretendia resmungar - senti uma aproximação diferente de Paula após este episódio** (TANIA, diário T26, p. 194).

Em uma reunião com a equipe do CAPS, compartilho a mudança produzida em mim a partir do estabelecimento de relações mais horizontais:

Uma coisa que me assustou um pouco assim, que faz parte um pouco do próprio processo da pesquisa, tenho que ver isto também com meu orientador, é porque eu acho que eu estou gostando demais [risos], de não estar no lugar oficialmente de professora ou de clínica, que são sempre os papéis que formalmente eu ocupo quando eu estou trabalhando e de repente ali na pesquisa não é esse, eu não estou, tem uma escuta clínica, claro que tem, eu nem sei escutar de outro jeito, em um contexto como esse, então eu ouço estas coisas que estão acontecendo, eu percebo a movimentação, como as pessoas estão se sentindo, mas meu lugar especialmente é diferente, não é nem a professora e nem a clínica, eu não sou a psicóloga conduzindo a oficina, nós estamos juntos realmente fazendo e eu estou gostando mais do que eu acho que eu deveria de estar neste lugar, então eu acho que é uma coisa pra eu pensar também [risos de todos] (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 02/10/12).

Como sugere Demo (2006b), uma dose de solidariedade e uma dose de confronto é necessária para o estabelecimento de uma convivência igualitária. Não é simplesmente nos apagarmos enquanto profissionais, não esquecemos que nossa tarefa é cuidar, mas estamos também em uma relação interpessoal legítima, que se esforça para ser não codificada e não tecnicista, resgatando a possibilidade de uma atuação mais amorosa. Exige um esforço de reflexão crítica sobre o quanto nossa atuação constitui-se em uma relação de dominação. A pergunta a ser feita a nossas intervenções não é se a nossa interpretação é correta, mas, fundamentalmente, se as relações sociais que sustentam nossas ações são justas, como nos ensina Thompson (1995).

Noto, no entanto, como ainda é assustador e potencialmente desorganizador abrir mão do poder técnico, como revela minha afirmação acima na reunião com a equipe, a despeito de meu esforço consciente para estabelecer um outro tipo de relação que potencialize a convivência como um dispositivo de cuidado. Como lembra Marazina (1997):

as equipes que trabalham nesses estabelecimentos se angustiam muitíssimo diante da possibilidade de conviver com os pacientes. Isso pode parecer meio absurdo, afinal como pode ser? Passamos o dia inteiro na instituição com os pacientes, fazendo coisas com eles e nos desorganizamos diante da convivência? No entanto, é claro que esse espaço gera muitas resistências. Para os profissionais, quando se trata de medicar, interpretar, fazer entrevistas, oficinas, etc., está perfeito; agora, quando não há essa referência mais codificada (que pode ser um setting dado desde fora ou desde dentro) e quando não se fornece um modo de ser, um continente dentro de um vínculo codificado, o jogo vincular com o paciente torna-se ameaçador (p. 167).

#### **b) Impasses sobre o início e o encerramento do grupo**

Em reunião de pesquisa, decidimos que iríamos no início de cada grupo fazer uma apresentação, com dois principais objetivos: aprender os nomes das pessoas, em especial, se considerarmos que é um grupo aberto, portanto, está sempre presente a possibilidade de receber novas pessoas; e conhecermos um pouco mais de cada pessoa, seus gostos e desejos de modo a moldar o grupo sob medida (ATA DE REUNIÃO, 24/09/12). Para fugir da inevitável formalidade de apresentações, decidimos, a partir do segundo dia, convidar as pessoas a falarem de suas preferências a cada grupo.

Por exemplo, no terceiro dia, falo rapidamente do nosso grupo, peço para todos se apresentarem e dizerem algo que gostam de comer. Já no quarto dia, em nossa apresentação, falamos sobre lugares que gostamos de ir, mas, desta vez, sinto que não funcionou muito bem, *pareceu artificial* (TANIA, diário T4).

No quinto dia, falamos sobre filmes e programas de TV de que gostamos. É neste momento que Luíza nos conta que gostaria de ir ao cinema, pois há mais de dez anos que não vai.

No sétimo encontro, meu incômodo com as apresentações, apesar de reconhecer a importância de nos conhecermos e acolhermos os novos membros, é cada vez maior: “iniciamos, após buscar todos os materiais (cada dia tem mais!), com as apresentações e breve explicação sobre o grupo. Engraçado como Paulo anuncia e espelha meu mal-estar com este momento que é o mais ‘formal’” (TANIA, diário T6, p. 128).

A partir do oitavo encontro, começamos a nos apresentar de forma mais breve e descrevo novamente como o grupo funciona (TANIA, diário T7). Como não sabia mais o que perguntar e um certo constrangimento havia se instalado em mim, pois havia algo de artificial, paramos de, em nossas apresentações, falarmos mais de nós. Apesar de um possível tom formal e artificial, havia algo de interessante em nossas apresentações, pois era um – breve – momento onde estávamos todos juntos, já que as pessoas fazem diferentes atividades ao longo do grupo (TANIA, diário T10).

Penso que ao deixarmos de fazer as apresentações perdemos, por um lado, a oportunidade de termos um momento comum e de apresentar as novas pessoas a todo grupo. Agora cada nova pessoa foi sendo inserida ao grupo de forma gradual e espontânea: conhecia primeiro as pessoas que estavam na atividade que escolhia fazer, um de nós se aproximava e gradativamente, a partir das afinidades, as pessoas iam-se conhecendo. Por outro lado, abandonarmos as apresentações foi *um reflexo da aversão que sentíamos pela formalidade*, em uma postura muito próxima da experiência de Soteria, a que só tive acesso dois anos depois.

Segundo Mosher e Hendrix (2004), nos hospitais as técnicas, regras e procedimentos atrapalham ou mesmo impedem as interações da equipe com os usuários. Diferentemente, em Soteria, a estrutura fornecida não era baseada em um cronograma organizado de atividades diárias, protocolos, manuais ou hierarquia; mas em relações próximas. “Embora às vezes úteis, tais atividades prescritas usualmente não são individualizadas, flexíveis e responsivas o suficiente para satisfazer as necessidades do cliente” (MOSHER & HENDRIX, 2004, p. 260). Apesar de, em função do tamanho do CAPS, não seja possível fazer como em Soteria – uma estrutura pequena, acompanhando seis residentes em crise por vez – acredito que tanto a atividade de convivência como grupos de convivência mostram sua potencialidade para possibilitar que o CAPS seja um pouco mais responsivo, espontâneo e flexível às necessidades dos usuários.

A mesma preocupação de não permitir que a formalidade burocratizasse o grupo de convivência surge com o encerramento do grupo a cada dia. Desde o início, esta preocupação com o encerramento do grupo aparece registrado em nossos diários: faremos de modo mais formal (encerrando conjuntamente o grupo, próximo dos dispositivos grupais clássicos) ou de forma mais espontânea?

Minha tendência é para uma forma mais espontânea, enquanto Milena considera a presença de vantagens em um encerramento um pouco mais formal. Em

sua opinião, ao fechar o encontro, não está fechando a oficina:

E este encontro me mostrou que nem ao abrir o grupo damos início a convivência, mas que estas atitudes servem para resgatar ou traduzir o que estamos produzindo naquele momento. Acho que até o *feedback* possa ocorrer neste momento. Que talvez possa ser esse o espaço para os sujeitos falarem sobre os benefícios e malefícios de estarem ali, tendo em vista que cada encontro provocará sentimentos diferentes (MILENA, diário M6, p. 291).

Reconheço as vantagens sugeridas por Milena, mas pessoalmente, em minha experiência no grupo, um encerramento formal sempre me produziu um certo desconforto, uma sensação de artificialidade que não me parece combinar com a convivência.

No primeiro encontro do segundo semestre, tentei encerrar o grupo, mas “acho que ninguém ouviu... Desisto e deixo o grupo acabar como sempre, informalmente, lentamente, no seu próprio ritmo” (TANIA, diário T14, p. 152). Chama a atenção como oscilo em relação à finalização do grupo. Afinal decidimos, após amplas reflexões e discussões, que um dos objetivos do grupo era justamente tentar construir algo que fosse diferente dos dispositivos terapêuticos formais e estruturados, apostando na informalidade e horizontalidade da convivência. O que faz voltar a preocupação em encerrar formalmente o grupo? Será que sentimos que não estamos trabalhando – “tá de boa, né, só na convivência”, como nos disse uma das profissionais?

Segue um exemplo típico do modo que, apesar de nossa ambivalência, desenvolvemos para encerrar o grupo:

Um parêntesis sobre o final: é tão longo... Começo a guardar os materiais; o que não é pouca coisa. Preocupações sobre as listas e o caderno; a burocracia tem impacto em nós, pois afinal de contas, fazemos parte do CAPS. Converso com algumas pessoas que acompanhei apenas de longe durante o grupo. Me despeço. Há despedidas especiais e diferentes quase para cada pessoa: um olhar, um toque, uma palavra, um olhar mais tímido, um abraço, alguns minutos de prosa... Falar com a equipe (hoje em especial com Nadia e Marlene). Como não há um final formal, o fim do grupo coincide com o início do lanche e continuamos da mesma forma que estávamos antes, com a diferença de que as pessoas dos outros grupos começam a chegar e, em algum ponto, eu começo a guardar os materiais. Hoje, ao final, Rafaela veio me dizer que Débora pediu o crochê emprestado para ajudá-la a se acalmar em casa e que ela levaria emprestado e devolveria. No mesmo instante, começo a procurar em meu material (no material do CAPS isso não seria possível...). Pergunto qual tipo (crochê ou tricô), Rafaela pergunta a ela. Diz que é um laranja. Do outro lado, estamos em extremos no ambiente, grito para Débora: “é esse?” Ela confirma. Ali mesmo, com um sorriso, começa a tricotar. Tudo isto acontece no “final” (TANIA, diário T23, p. 182).

Em nosso combate à formalização e a à institucionalização, em seus diferentes

matizes, buscamos uma flexibilidade e espontaneidade que facilitam a expressão das necessidades de cada pessoa. Sem protocolos, lidamos com as situações na medida em que elas surgiam. Mosher e Hendrix (2004) consideram que esta postura – flexível e espontânea – facilitou, em sua experiência em Soteria, o desenvolvimento de relações mais horizontalizadas, produzindo um poderoso espaço terapêutico.

### c) Limites

Para além dos limites apontados ao longo da caracterização do grupo, neste tópico, destaco alguns limites – nossos e institucionais - que nos impediram de avançar no grupo, de bem cuidar e situações onde não encontramos resposta. Também descrevo, com pesar, momentos em que, a despeito de nossa posição ideológica e o esforço de reflexão sobre a nossa prática, o manicômio mental (PELBART, 2009) nos venceu. Na parte final da análise formal, quando apresento algumas histórias para ilustrar o cuidado oferecido na convivência, incluo nossos limites para cuidar, em especial com a narrativa do percurso de Flávio no grupo.

Uma das questões que mais nos ocupou em nossas reuniões e reflexões foi sobre como continuar cuidando no grupo, ao mesmo tempo em que tentamos respeitar o desejo de cada um. **Como insistir, para não desistir das pessoas, mas sem invadir?**

Na reunião com a equipe do CAPS compartilho essa dificuldade em avaliar o quanto convidar ou insistir.

Achar esse equilíbrio de respeitar que algumas pessoas podem não querer fazer nada, só estar ali mesmo, conversando e observando. Então, por exemplo, Juliano me deu esse *feedback*, uma hora ele me disse: “Olha, eu tô bem, tô aqui conversando, vendo vocês, é isso mesmo que eu quero”, então eu [pensei]: “Jóia, então recua”. (risos) (...) Nesse equilíbrio que eu disse pra vocês, por exemplo, com o Juliano eu acho que fiquei insistindo e não precisava, com ela [Luzia] eu senti que eu precisava. Ela tava visivelmente angustiada, ela chegou em algum momento a dizer: fazer nada aqui, fazer nada em casa. E nesta hora eu até digo pra ela: bom, já que você está aqui o que você **quer** fazer (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 02/10/2012).

No décimo terceiro encontro, apesar de oferecer diferentes opções, um moço “não quis participar de nada: ofereci várias atividades e ele disse que estava bem e não queria fazer nada” (TANIA, diário T12, p. 145). Em outro encontro, “fizemos a proposta para irmos a torre em um sábado e as pessoas parecem se interessar. Difícil saber o que é genuíno interesse e o que interessa apenas porque propomos...”

(TANIA, diário T17, p. 158). Se toda ação de cuidado está inscrita em uma economia de violência, conforme discutido no capítulo 2, afinal por mais “bem intencionada” que seja nossa ação ela está sustentada em uma relação de poder, em várias circunstâncias é difícil avaliar se nosso esforço para a todos incluir e nossas sugestões de atividades são aceitas porque interessam ou apenas porque oferecemos e as pessoas sentem que precisam nos agradar. Em nossa contextualização sócio-histórica, discutimos como ainda está presente em nossa capital uma posição assistencialista, onde, com frequência, ao invés de entender como direito, muitos usuários – e muitos profissionais - julgam que estamos fazendo “favor” ao cuidar.

Tal como discutido na atividade de convivência, **quando o cuidador não está bem emocionalmente a disponibilidade para o cuidar se modifica**. Senti isto muito intensamente quando, no vigésimo quarto encontro, fomos assistir à peça *Estamira*. Fiquei muito mobilizada, já havia assistido o filme algumas vezes. É um filme belíssimo e sempre me emociono com Estamira e sua firme decisão de “não ceder meu ser”. Além disso, de maneira geral, o teatro me deixa desconfortável, me sinto, com frequência, invadida. O resultado é que fiquei por demais mobilizada durante a peça e meu diário, que só tem uma página neste dia, se inicia assim: “Estamira... O dia em que eu não dei conta” (TANIA, diário T21, p. 174). Rafaela também se sentiu muito mobilizada este dia: “fiquei aliviada de não ter que dar carona a ninguém [na volta], a peça mexeu comigo” (RAFAELA, diário R7, p. 346). Meu consolo este dia é que antes da peça, apesar de já estar um pouco tensa com a ideia de ir ao teatro, me empenhei, quando as pessoas sinalizaram que gostariam de ir, para que todos pudessem ir. Foi uma grande confusão, pois um ônibus vindo de outro CAPS iria nos buscar. Depois de um tempo, todos esperando e na expectativa e chegando a hora da peça, resolvo ligar para este CAPS (o acordo para a realização deste passeio foi organizado entre os dois CAPS) e descubro que o ônibus quebrou (e ninguém avisou!). Rapidamente, nos organizamos para ir: na kombi do CAPS e nos carros disponíveis (meu e de meus alunos). Ligamos para Marlene que já estava no teatro e pedimos que ela tentasse atrasar a peça, pois estávamos a caminho. É uma forma de cuidado, pequena e simples, mas que não passa despercebida.

Em um outro encontro, novamente, mas agora por razões ainda mais narcísicas, registro minha dificuldade para cuidar.

Não consegui, penso, acolher bem Diogo. Ele se distrai um pouco, monta castelos com as cartas, falo com ele sobre quão impressionante é (pois realmente acho!)

Mas em determinado momento, me pergunta sobre o lanche, digo que ainda falta uns 20 minutos. Pergunto se ele está com fome. Ele diz que quer ir embora (...) Acho que faltou acolhimento de minha parte. Deveria ter oferecido o lanche a ele, o convidado para fazer algo... Ele vai embora, sem se despedir. Algumas pessoas do grupo é que sinalizam para mim que ele foi... (TANIA, diário T11, p. 143).

Desde quando no grupo nos preocupamos com questões formais, tal como “faltam 20 minutos para o lanche”? Registro em diário que uma das razões pelas quais não consegui acolher Diogo foi o meu aniversário.

Estava feliz, estou feliz com os momentos com o grupo e penso que hoje não consegui encontrar espaço em mim para abandonar a minha alegria para me disponibilizar para a confusão e sofrimento de Diogo... Ambivalência: uma certa vergonha e, ao mesmo tempo, uma certa condescendência comigo... Afinal, é meu aniversário... (TANIA, diário T11, p. 144).

Apesar da honestidade deste diário, ao analisá-lo, sinto muito mais vergonha: deixei de bem cuidar porque era meu aniversário.

No vigésimo nono encontro, quando o grupo vai a uma exposição ao CCBB, minha reserva para o cuidado está diminuída:

Ao final quando me despeço [de Paulo] na porta do ônibus comenta: você não vai voltar com a gente? Digo que não. Fui direto de casa para o CCBB para poder ficar mais tempo com as crianças. Pedro não está em uma boa semana e Felipe está impressionado com a batida do carro no domingo [meus filhos]. Como estamos também apenas com um carro, a logística em casa está um pouco mais complicada do que o normal. No entanto, a resposta de Paulo, “magoei”, me deixa ver que há algo mais. Sei que ele está brincando, mas sei também que sinaliza que hoje estou mesmo menos disponível afetivamente do que de costume. Está faltando reserva em mim hoje para cuidar... Paulo reproduz a queixa de Pedro [meu filho]: magoei, sempre que se queixa da minha ausência ou indisponibilidade afetiva... (TANIA, diário T26, p. 193).

Uma das situações em que senti que a disponibilidade para cuidar diminui é **quando estamos engajados em atividades que nos são pessoalmente desagradáveis**. É uma reflexão que surge, em meu diário do sexto encontro, quando pela primeira vez me sinto desconfortável no grupo:

Ser obrigada a fazer coisas que não gostamos: as cestas por minha falta de habilidade, a música religiosa, o truco e seus gritos... O momento mais difícil, de maior desencontro: estou quase indo fazer as cestas, Jesus me chama, consigo que Mara (assistente social) fale com ele (está interessado no benefício), mas ao sair ele deixa descoberto a mesa de baralho: Marcela diz, você o tirou, agora senta aí. Me sento e descubro para minha tristeza que é truco. Estamos Marcela, eu, Milena e Cristina. Destesto o truco e acho difícil conviver com Cristina e seus gritos de jogadora (TANIA, diário T6, p. 129).

Quantas vezes os usuários não fizeram atividades que não os agradavam só porque pedimos? Senti na pele neste encontro como podemos ficar afetados ao nos sentirmos obrigados a fazer algo com que não temos afinidade.

**A própria falta aparente de estrutura e a informalidade do grupo**, se são características que me parecem estar associadas à potencialidade da convivência como dispositivo de cuidado, por outro lado, deixam, em algumas situações, os pesquisadores desconfortáveis. Rafaela, no primeiro encontro do grupo, deixa transparecer em seu diário um certo desconforto e insegurança. No entanto, o que mais me chamou a atenção em sua atuação neste primeiro encontro foi que ficou tão concentrada em fazer a salada de frutas que não conseguiu conviver. Como todas as atividades propostas, a ideia da salada de frutas não era *fazer-por, mas fazer junto*. Em seu diário, Rafaela registra, sem se dar conta de que foi uma escolha dela, que não conseguiu “infelizmente” conversar com as pessoas, mesmo as que a buscaram, “porque fiquei presa na ‘cozinha”” (RAFAELA, diário R1, p. 339). Em seu diário do terceiro encontro do grupo, em sua segunda participação, Rafaela registrou que “hoje eu gostei muito da atividade e da possibilidade de conviver com essas pessoas, visto que no primeiro dia eu me senti mais como responsável pelas frutas” (RAFAELA, diário R2, p. 341). Por que Rafaela se sentiu responsável? É certo que pedi a ela e Lisa que gerenciassem esta tarefa, mas o objetivo maior, intensamente discutido em nossas reuniões de equipe e na preparação do encontro, era *estar com e fazer junto*. Será que seu desconforto e inseguranças iniciais a levam a “fugir” da convivência? Esta é uma dimensão para estarmos atentos: **nos ocuparmos fazendo coisas para não estar com**.

Giovani, no décimo terceiro encontro, mas o primeiro em que participou do grupo de convivência, se sente, por um momento, improdutivo, “por ter de estar ali sem ouvir nem falar nada; era diferente estar sentado ao lado de um monte de gente sem ter de ‘tratá-las”” (GIOVANI, diário G13, p. 205).

No vigésimo segundo encontro, o *setting* preocupa Giovani, quando acolhe Miriam em sofrimento:

Pensei em pegar um lenço ou papel, mas a minha presença ali era mais importante, olhando pra ela, até mesmo na posição em que estava (sentado no colchonete e com as mãos apoiadas no chão, a mais esdrúxula/displicente possível para uma escuta terapêutica, desafiando o que seja adequado ou ideal para o trabalho em saúde mental e/ou atendimento de urgência), e permaneci ali, pois nunca tinha visto ela falar tanto (GIOVANI, diário G21, p. 240).

Apesar de permanecer cuidando, Giovanni ainda se preocupa com o *setting*. Enquanto dispositivo sob medida, a convivência “perverte” o *setting*, destituindo-o de seu lugar de fetiche (Roussillon, 2010), extrapolando limites espaço-tempo, criando outras configurações. É uma aposta no ser com e no devir, ou seja, na vida e na existência, desafiando nosso movimento de controle e nossas expectativas, reposicionando o cuidador e as disciplinas de saúde.

**Algumas pessoas não conseguimos cuidar bem.** No último encontro do primeiro semestre registro:

Um momento marcante e doloroso: quando nos despedimos Lúcia começa a chorar (ela nunca havia chorado no grupo), Milena pergunta se ela se emocionou. Ela diz que sim. A abraço e pergunto se está bem: ela diz que antes fazia tanta coisa, era tão ativa e agora está como está. Digo a ela que podemos pensar juntas no próximo ano o que ela gostaria de fazer e conquistar. É um compromisso que estou assumindo. Lúcia é uma dessas pessoas que se dá pouca atenção. Ela não demanda e penso que está tão medicada e por isso tem muitas limitações. Mas apesar de não parecer, ela está lá, ela está presente e já mostrou que percebe e compreende muito mais do que todos pensam. Percebe inclusive como o resto do grupo não dá muita bola para ela. Vou me dedicar mais a ela. Aliás penso que esta é uma boa resolução para o ano que vem no grupo: estar junto de forma mais íntima com as pessoas que sempre estão no grupo. Uma atenção agora, não apenas no sentido de cuidar para que todos estejam bem e participando, se sentindo incluídos, mas também me deixar ficar mais tempo com cada um... (TANIA, diário T13, p. 149).

É uma promessa que não cumpri em relação a Lúcia: ela deixou de frequentar o grupo de convivência e passou a estar no grupo terapêutico que funciona no mesmo horário no CAPS: não sei se por escolha dela ou da instituição.

No trigésimo encontro, Milena, que não tem conseguido participar de forma constante de nossos encontros, registra seu espanto com **o tamanho do grupo**: “ao chegar na oficina, são tantas pessoas que estão presentes que por um momento sinto que o grupo não começou ou que vários grupos estão se reunindo ali” (MILENA, diário M12, p. 309). Sente que o grupo está tão grande que não sabe onde ficar ou o que fazer:

Percebi que no dia mais cheio que tinha visto, tinham pessoas sofrendo muito e que aquilo poderia ficar sem assistência. Fiquei pensando que se todos fossem encaminhados para aquele grupo, o objetivo iria acabar se perdendo. Me senti muito cansada nesse encontro, com muito calor e sem saber onde ficar (MILENA, diário M12, p. 310).

Milena também registra seu incômodo por não conseguir lembrar o nome de todas as pessoas. No último diário, Suzana, que, muito agoniada começa conversar

comigo assim que chega, registro que a conversa foi entrecortada, pois várias pessoas tentaram conversar comigo e tentei dar atenção a todos e me voltar em seguida para Suzana (TANIA, diário T29). Temos aqui também um impasse: para garantir a característica de ser aberto e, considerando a imensa demanda de atendimento do CAPS, não sabemos se teremos 10 ou 40 pessoas durante o grupo. Exige que nos adaptemos para continuar acolhendo e cuidando de quem chega e quer estar no grupo. Mas é preciso reconhecer que a chance de descuidar de alguém em um grupo muito grande é maior. Não é sem consequência estar com um grupo grande.

Por fim, relato alguns exemplos de nossos **momentos manicomiais**, onde nos surpreendemos com nosso preconceito, revelado na baixa expectativa acerca da capacidade e potencialidade das pessoas.

No dia em que fomos ao cinema, registro que

Manu e Nete haviam ido ao banheiro e Luíza comenta, com seu jeito cuidadoso, de que elas estão demorando. Tenho meu momento manicomial: pergunto aflita a Milena onde é o banheiro, vou em direção, já penso que as perdi (!?) e em 5 segundos elas aparecem. Que vergonha – e pública (Milena presenciou) – do meu momento manicomial (TANIA, diário T9, 135).

**Como subestimamos.** No dia do passeio à torre, “Mariazinha quer comprar uma joaninha para dar de presente para sua cunhada Joana. Encontra sozinha e compra. Com vergonha, reconheço que me surpreendi com sua desenvoltura” (TANIA, diário T19, p. 168). Em outro episódio, “Luzia ganhou várias vezes, para minha surpresa e de Silvana” (GIOVANI, diário G18, p. 227). Em um outro relato, desta vez de Amanda, também ligado a um passeio, desta vez para assistir a peça *Estamira*: “não sei se estava tão cansada (...) mas não gostei muito da peça e considereei muito pesada para os usuários. Acho que deveria ter sido aberta apenas para os profissionais e estagiários de saúde mental” (AMANDA, diário A6, p. 320). Ao ler seu diário, me surpreendo com sua reação. Mas reconheço que, em seguida, Amanda tenta refletir sobre sua reação. Conversa com Giovani e Rafaela que gostaram muito: “acabei me sentindo culpada e até fria demais por não ter tido a mesma reação dos dois e das outras pessoas que vi que também gostaram muito” (idem). Interessante que, quatro encontros depois, Amanda se emociona com a apresentação do teatro de um CAPS do DF no evento comemorativo do 18 de maio no CEUB: “quase desabei, mas de alegria e de satisfação em ver que o trabalho realizado por todos os profissionais que ali estavam faz valer a pena” (AMANDA, diário A10,

p. 328).

Superar o manicômio mental (PELBART, 2009) é um desconstrução que, para além dos muros do hospital, implica uma mudança interna e na nossa forma de nos relacionar com as pessoas em uma sociedade alérgica à diferença (SEN, 2011).

#### **d) A dimensão clínica do grupo de convivência como dispositivo de cuidado**

Tendo caracterizado o grupo de convivência, em especial, em suas dimensões política e ética, o desafio agora é pensar como as características do grupo podem dar condições para que a dimensão clínica do cuidado se estabeleça. A convivência, enquanto uma certa forma de estar disponível e cuidar, encontra seu lugar no entendimento de que os processos intersubjetivos são nosso instrumento de trabalho na construção de subjetividades. Trata-se, como afirma Lobosque (2001), do exercício constante de, a partir da interlocução, sustentar “a possibilidade do sujeito” (p. 24), sem excluí-lo da cultura. Afinal, “sem envolvimento interpessoal, resta a pessoa apenas material intrapessoal como guia para a mudança” (MOSHER & HENDRIX, 2004, p. 33, tradução livre). A dimensão clínica será destrinchada a partir das disponibilidades do cuidar: *estar com*, *fazer junto* e *deixar ser*.

**Quadro 11** – Dimensão clínica do grupo de convivência

<b>DIMENSÃO CLÍNICA</b>
<b><i>Estar com:</i></b> acolher dores e compartilhar histórias
<b><i>Fazer junto:</i></b> é possível compartilhar dores e alegrias
<b><i>Deixar ser:</i></b> reserva de si para o outro

**Algumas histórias**

- **Luzia:** achar uma voz...
- **Luíza:** a mestra do cuidado
- **Paulo:** um esforço para vencer a intolerância ao se tornar professor
- **Flávio:** ajudamos tão pouco...
- **Cristina:** risos que escondiam dor e confusão
- **Silvana:** as dores e os cuidados de uma mãe
- **O subgrupo do crochê:** construção de uma rede solidária

***Estar com: acolher dores e compartilhar histórias***

Milena faz um importante acolhimento de uma pessoa em crise, Fernando, sem nenhuma burocracia, apenas através da convivência. Fernando, que há muito tempo não comparecia ao CAPS, encontra Milena e a cumprimenta:

Fernando me contou que não estava mais em tratamento no CAPS, pois tinha acabado de sair de uma internação. Para ser específica, de duas no ano passado, muito longas. E então ele precisava vir ao CAPS para ser acolhido novamente. Eu o convidei para ficar na oficina, expliquei que era um espaço aberto, ele não precisa ser acolhido para participar. Ele disse que talvez ficasse. Também me perguntou como eu estava, lembrou meu nome e quis saber se já tinha me formado. Enquanto conversávamos, ele comentou que já que eu era uma psicóloga agora poderia dizer o que ele tinha e resolver seu problema. Eu dei uma risada de leve e antes que pudesse responder algo, ele tornou a me olhar e perguntou se era isso que eu sabia/devia fazer, resolver seus problemas. Eu disse que não cabia a mim resolver isso. Quando ele perguntou porque, respondi que eu não poderia cuidar da vida dele por ele e que os seus problemas era algo que ele deveria resolver, sendo o meu papel ajudá-lo nisso. Mas o trabalho seria dele. Ele abriu um meio sorriso e disse “Então eu é que devo tomar conta da minha vida? Sim, gostei disso!” Ele apontou o dedo para mim e disse que gostou do fato de controlar sua própria vida e que eu poderia ajudá-lo quando ele assim desejasse (...) Ao começar a atividade, percebi que ele estava lá. Todos se apresentaram e começamos a conviver. Fiquei na bancada organizando algumas coisas. Fernando veio até mim e começou a me contar o que aconteceu com ele durante sua internação. Disse que não se lembrava exatamente das coisas, parecia que fazia muito tempo que ele estava internado, como se estivesse com mil anos mas não se lembrava de nada da sua vida. Afirmou sentir que as pessoas escondiam fatos de sua própria vida, datas e situações, fazendo ele se sentir confuso. Como se os demais quisessem que ele ficasse confuso. Para me explicar melhor como se sentia, ele cantou versos da música *Quase sem querer* do Legião Urbana. No momento em que terminou de explicar seus sentimentos através da música, Fernando disse que estava cansado de ficar lá, onde tinha muitas pessoas. Ele iria embora. Nós nos despedimos e fui para as caixas no artesanado. Sentei-me na mesa e comecei a pintar algumas caixas junto com uma estagiária. Percebi que Fernando voltou e se sentou ao meu lado. Perguntei se não queria pintar algumas caixas e ele disse que sim (...) Fernando conversou bastante com a estagiária que estava visitando a oficina neste dia. Ela demonstrou um certo desconforto com a conversa dele. A cada demonstração

da profunda crise em que se encontrava, ela me olhava como quem esperasse que eu fizesse alguma coisa. Nestes momentos eu comentava algum assunto de sua fala e ele seguia sua explicação. Ao perceber isso, a estagiária seguiu meu exemplo e manteve uma conversa com ele (...) Achei muito simbólico o fato de Fernando estar em crise e ter procurando o CAPS, mesmo quando não estava mais em tratamento ali. Ele estava rondando o espaço, as pessoas. Ele não apresentava noção temporal, sendo que em alguns momentos, sua fala ficava desconexa. (...) Incentivei sua permanência no CAPS, afirmando que seria muito bom que voltasse a ser atendido ali (...) Ele demonstrou estar interessado em retomar seu tratamento, chegando a afirmar que precisava mesmo de ajuda naquele momento. Que tinha passado tanto tempo internado que não sabia mais das “coisas”, achava que não sabia direito dos fatos da própria vida (MILENA, diário M9, p. 300-1).

O que cria condições para que este acolhimento da crise aconteça é a característica de abertura do grupo, que rompe com uma forma institucionalizada de cuidar. “É fundamental reconhecer e priorizar a urgência, o que não pode esperar: sem menosprezo ou rejeição apriorística de qualquer demanda, a premência da clínica e não a burocracia da fila é aquilo que deve ordenar o atendimento” (LOBOSQUE, 2001, p. 28). Também a característica do grupo de acolher as diferentes formas de participação, reconhecendo as necessidades singulares das pessoas, permite um acolhimento desburocratizado e afetivo. Além disso, na diferença de atuação entre Milena e a nova estagiária está em jogo, por um lado, a experiência de Milena e seu vínculo anterior com Fernando. De modo que esta consegue *estar com*, tentando colocar a si mesma na situação da pessoa, ao invés de tentar interromper sua experiência. Para Mosher e Hendrix (2004), ao tratar as pessoas com dignidade e respeito, visando compreender o que está sendo vivenciado pelo sujeito, é preciso, mais do que um treinamento especial, uma atitude de interesse e boa vontade “para suspender sua própria realidade e não se preocupar com isso” (p. 33, tradução livre).

O desconforto da estagiária com a intensidade do sofrimento e desorganização de Fernando modifica-se ao espelhar o cuidado e acolhimento que Milena oferece. Destaca-se ainda, na intervenção que Milena faz, uma aposta e um reconhecimento da potência de sujeito de Fernando, quando mesmo em crise, ela se oferece para ajudar, mas não para resolver por ele seus problemas. Esta intervenção produz alívio em Fernando que se alegra com a possibilidade de responder por sua vida diferente de seu temor de que todos escondem algo dele e por isso esquece e está confuso. Em uma posição próxima a sugerida por Mosher e Hendrix (2004), quando partem do pressuposto de que a experiência de crise é um estado diferenciado do ser que pode ser entendido e seus sentidos compartilhados através do *estar com*. Mais do que julgar ou interpretar, trata-se de uma experiência de ressonância afetiva.

Já no segundo dia do grupo me surpreendeu como conteúdos tão importantes da história de vida das pessoas foram compartilhados de forma tão rápida e espontânea: desejo de morrer; não ter lugar para si; conflitos familiares (TANIA, diário T2). Em especial neste dia me surpreendo com Rose: está feliz, pois está conseguindo fazer o crochê e me contando sobre suas filhas e netos. Na sequência, me diz então que sabe fazer muitas coisas, “pois se não se ocupa vem um desejo muito forte de se matar. Me surpreendo duplamente: como espontaneamente e naturalmente o conteúdo surgiu e também com este desejo de morte. Ela parece tão serena” (TANIA, diário T2, p. 118). Em supervisão, dias depois, sou informada que Rose nunca havia compartilhado nos grupos terapêuticos esta informação: sua queixa gerava ao redor da gagueira que repentinamente se desenvolveu três meses antes.

Nenhuma intervenção “oficial” foi feita; apenas estava disponível ao lado das pessoas, estava com elas. Este *estar com* se ampara em uma disponibilidade de nossa parte para estar atento a cada um, de modo que o cuidado se apresente como desvelo e solicitude (BOFF, 2011), convivendo para além do falatório e da curiosidade (HEIDEGGER, 1927/1995), não cedendo à indiferença uns com os outros. A informalidade da convivência, em uma atmosfera não-técnica, potencializa as trocas espontâneas.

Segue um exemplo de como o grupo funciona e como, apesar de atender a muitas demandas, ainda é possível ouvir, *estar com e fazer junto*:

Com muita gente é sempre mais difícil focar. Sou bastante solicitada para resolver pequenas coisas: o leite moça, uma lã de outra cor, uma faca, um jornal, uma informação (que normalmente eu não tenho e preciso buscar...)... Fico com a preocupação, talvez cuidado seja a palavra mais adequada, de perceber como estão todos: se estão bem, se precisam de algo, se estão integrados, etc... Ainda assim tive tempo para pintar com a tinta nova uma cesta (...), jogar uma partida de xadrez (um rapaz que veio ao grupo pela primeira vez, se dispôs a me ensinar), ajudar Sílvia a servir a salada (ela se tornou muito carinhosa comigo: me beija, me abraça...) e sentar para conversar com Zazá, com Luzia, com Nete, com Cristina (TANIA, diário T12, p. 146).

As pessoas são convidadas a participar das atividades, mas nunca forçadas, seu desejo de participar ou não é respeitado. Participando ou não de alguma atividade específica, estamos com as pessoas. Ao nos disponibilizarmos, as dores, as histórias, o sofrimento, as tentativas de suicídio, vão sendo compartilhadas espontaneamente (MILENA, M5; M7; TANIA, T18).

Em várias circunstâncias, o *estar com* não passa exatamente pela palavra. Por

exemplo, me aproximo de Débora que está abatida, a convido a fazer algumas coisas, não se interessa. Pergunto se está bem e começa a chorar e fala sobre seu desejo intenso de morrer. Compartilha um pouco sua história: seus filhos e dificuldades. Fico com ela por um tempo, a escuta, acolho. Pergunto se tem algo mais que posso fazer por ela... Após conversar, ela parece estar um pouco – muito pouco, infelizmente – melhor. “Só encontro companhia para lhe oferecer. Durante o grupo, mesmo ocupada com outras pessoas e outros afazeres, estou sempre por perto. Às vezes, por exemplo, segurando sua mão, enquanto converso com outras pessoas” (TANIA, diário T18, p. 162).

Algumas experiências se expressam melhor pela linguagem discursiva e outras, ou em determinados momentos, estão associadas ao sentir<sup>154</sup>. Neste sentido, Safra (2004), apesar de estar refletindo sobre o processo analítico, e aqui estejamos ocupados em caracterizar um outro dispositivo que não o clínico tradicional, descreve o *estar com* de um modo que pode nos ajudar a pensar o que estamos fazendo na convivência:

*Estar com* é o modo como estamos posicionados em comunidade de destino. Esse modo de estar é não só uma condição para o habitar humano, mas é em si uma intervenção, pois qualquer paciente, independente da situação existencial ou psíquica em que se encontre, é capaz de perceber se seu analista, de fato, está com ele. Se isso ocorrer, ele se sentirá diferentemente posicionado frente ao Outro (SAFRA, 2004, p. 148).

Este modo de *estar com*, que acolhe as diferentes formas de participação, oferece diversas formas de expressão e está atento a cada um, em uma postura de respeito à alteridade, visando uma convivência fraterna, potencializa o estabelecimento de relações horizontais, e acima de tudo, afetivas. Miranda e Onocko-Campos (2013), em sua pesquisa sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos no contexto dos CAPS, apontam que os usuários atribuem grande importância “aos contatos vivos ou mais afetivos com seus terapeutas” (p. 106).

Em outro encontro, ainda estava organizando o espaço, quando Mariazinha começa a chorar. Sento ao lado dela, seguro sua mão. Ela conta que o médico hoje disse a ela que está com glaucoma. Luíza, ao lado, diz “não chora Mariazinha”.

---

<sup>154</sup> Em um outro exemplo, quando Cícera chega ao CAPS após uma tentativa de suicídio: “mesmo (...) ela não querendo falar muito, senti que minha presença era importante para ela” (RAFAELA, diário R4, p. 343).

Lilian, do outro lado, diz “chora Mariazinha, faz bem, desabafa”. Entre estas duas contraditórias falas de cuidado, Mariazinha conta como foi no médico, a espera, como foi (mal)tratada, diz que não tem cura. Pergunto pelo tratamento, fala sobre um colírio. A medida que vai falando, vai se acalmando... (TANIA, diário T17).

Este episódio teve um efeito marcante em mim, pois me ocorreu, provavelmente pela primeira vez em todos meus anos como clínica, que, em algumas circunstâncias, o mais importante não é o que você diz, mas a disposição genuína de *estar com* o outro, acolhendo suas dores, não deixando só... Estes pequenos cuidados cotidianos produzem efeito e começam a mudar o modo como as pessoas interagem e se sentem no grupo ao longo dos encontros, caracterizando uma dimensão de continuidade do cuidado. Por exemplo, registro no encontro seguinte, que Mariazinha, diferente de um certo isolamento que a acompanhava antes, interage com outras pessoas (TANIA, diário T18).

Na dimensão da continuidade do cuidado, pude notar a relação do grupo de convivência com outros espaços do CAPS. Por exemplo: “Rose chega um pouco atrasada. Ela está diferente: o cabelo e seu jeito. Me sento ao lado dela e começamos a conversar. Ela nem está conseguindo se concentrar no crochê. Fala como ficou mobilizada com o grupo de manhã [grupo terapêutico]” (TANIA, diário T6, p. 129). Como minhas estagiárias participaram do grupo terapêutico com Rose pela manhã, em supervisão pudemos notar como questões mobilizadas neste grupo são acolhidas no grupo de convivência, permitindo a continuidade do cuidado. O contrário também aconteceu: algumas pessoas depois do grupo de convivência seguiam para um grupo terapêutico e, em algumas situações, os companheiros do grupo de convivência incentivam que alguém, por exemplo, relatasse no grupo terapêutico o que havia sido compartilhado na convivência. O lugar da convivência como possibilidade de dar continuidade e acolhimento a questões que foram mobilizadas em outros espaços/grupos do CAPS e vice-versa se apresenta como importante função na construção de uma forma de cuidar mais complexa e integral. Em reunião com a equipe do CAPS chego a comentar sobre esta continuidade do cuidado e a potencialização do mesmo se compartilhamos o que acontece nos diferentes espaços (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 27/11/12).

A ideia é suplementar a dimensão clínica do cuidado com o esforço ético e político em dialogar com o CAPS para articular com profissionais e recursos que potencializem o cuidado. Em reunião com a equipe do CAPS, saliento que os efeitos

clínicos da convivência dependem também de uma troca com a equipe, em um cuidado que se faz de forma mais integrada (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 27/11/12). Diatkine, Quartier-Frings e Andreoli (1993) afirmam a importância da reflexão e diálogo constante da equipe para sustentar o interesse pelo usuário, “sem encerrá-lo em uma rede fechada de julgamentos definitivos” (p. 63).

Uma sensação de leveza que se produz na informalidade da convivência é destacado, em diferentes circunstâncias, pelos usuários. Não é que fugimos no grupo de falar sobre as dores e o sofrimento; ainda que possamos também pensar na possibilidade de que para alguns usuários a predileção pelo grupo de convivência, em algumas circunstâncias, possa se configurar como uma fuga defensiva em relação a entrar em contato com o sofrimento. Contudo, apostamos na possibilidade, a partir da convivência, de entrar em contato com o sofrimento no ritmo e movimento próprio de cada pessoa, sob medida, em um dispositivo não artificial e mais próximo da realidade cotidiana das pessoas. Leal e Delgado (2007) defendem que a clínica no CAPS, necessariamente articulada às noções de rede e cotidiano, deve constituir-se em espaços de liberdade capazes de acolher a idiossincrasia das pessoas, operando a partir justamente delas. No próximo tópico, retomarei o lugar da alegria e do prazer na composição da dimensão clínica do cuidado no grupo de convivência.

### ***Fazer junto: é possível compartilhar dores e alegrias***

No primeiro encontro, noto uma diferença na minha atuação e de Milena comparadas com Lisa e Rafaela. Em seu diário, Milena relata que, ao notar que Lisa e Rafaela estavam fazendo sozinhas a salada de frutas, convida outras pessoas para ajudar (MILENA, diário M4). A ideia é ao invés de fazer por, integrar e *fazer junto*. O risco de práticas tutelares e invasivas se potencializa em situações onde o cuidador se coloca no centro da cena relacional.

No terceiro encontro, Elis fornece um importante feedback a Milena enquanto jogam:

ela começou a jogar comigo e já foi falando que todo mundo que senta lá só fala de problemas, depressão, tristeza. Ela não gosta de ouvir sobre essas coisas, gosta de ouvir coisas boas. **Perguntei qual coisa boa estava acontecendo com ela e ela me disse que não precisava falar nada, nem eu nem ela, era (...) só jogar.** Continuei jogando da forma como ela gostaria (MILENA, diário M5, p. 288, grifo meu).

Aprendemos com Elis e descobrimos que através de jogos, passeios, idas ao supermercado, artesanato, comidas (tanto fazer quanto comer juntos) as pessoas

compartilham espontaneamente conosco sua história, suas dores e também suas alegrias, conquistas, seu cotidiano. Por exemplo, no décimo sétimo encontro, como não havia tido tempo para comprar as frutas, resolvo repetir a experiência da semana anterior e, enquanto Giovani e Milena ficam com o grupo, vou ao supermercado com Cristina, Luzia e Luíza: “foi muito interessante tanto a minha interação com cada uma delas como a relação entre elas (...) A convivência em sua versão mais pura me parece: juntas andando até o supermercado, conversando, escolhendo as frutas... (TANIA, diário T15, p. 153).

O movimento é, enquanto fazemos coisas juntos, estou atenta às pessoas, como estão se sentindo, se estão bem, se estão diferentes, incomodadas, isoladas e vou tentando de forma delicada me disponibilizar na medida em que avalio ser apropriada a cada um – esta é a dimensão sob medida da clínica da convivência: puxar assunto, me oferecer para fazer algo, tocar, perguntar se posso fazer algo para ajudar... Por certo, que esta avaliação pode ser equivocada e o que ofereço naquele momento não é o que o sujeito precisa ou deseja. Recuo, reflito e tento diferente da próxima vez. Conversamos nas reuniões de pesquisa, mudamos estratégias, mudamos quem se aproximará, inventamos novas atividades...

Na mesma direção de uma clínica sob medida, mas agora em um outro registro, relato uma profunda modificação, especialmente considerando minha formação e experiência clínica, que foi sendo produzida em mim ao longo da convivência no grupo:

Meu corpo está sempre presente: toco Débora quando compartilha coisas tão importantes comigo; aceito, sem grande susto, a brincadeira de Sílvia; percebo em Paulo o cuidado (“não se mexa, Tania”, enquanto Paulo pega uma caneta atrás de mim) e o descuido (o quanto é intencional?) quando esbarra em mim e o deixo saber que estou percebendo; o carinho com Luzia e dona Zazá; a mão estendida com respeito e espaço a Breno; o aceno... **O meu modo de lidar com o corpo mudou. Não apenas meu cuidado – intelectual e emocional – estão à disposição, mas também o meu corpo.** Quem diria que nesta altura da vida eu iria mudar de forma tão intensa... E continua sendo cuidado, a minha liberdade com meu corpo para acolher o outro e chegar até o outro é agora **mais um instrumento de cuidado**: os toques e movimentos são “sob medida”, destinados a cada um e ao momento específico de cada um. Não é para mim ou “meu prazer” (fora do grupo continuo detestando que estranhos me toquem ou mesmo que conhecidos me toquem de forma desavisada), é mais uma forma de me fazer presente quando as palavras não são suficientes ou para fazer que uma palavra encontre acolhida a partir do gesto (TANIA, diário T23, p. 184).

A partir da convivência, pude desenvolver uma outra dimensão clínica: “a

chamada linguagem pré-verbal é um fenômeno estético. Nele, vemos o corpo do outro com nosso próprio corpo (...) um corpo não transfigurado pela presença de outros é corpo-coisa e não encontra meios de perceber subjetivamente a vida no mundo” (SAFRA, 2005, p. 50). Ou como prefere Lancetti (2008), “o terapeuta é quem vai habitar o limite, a tensão própria do trabalho antimanicomial. Trabalho no qual se substitui o muro do hospício pelo corpo do terapeuta” (p. 104).

Disponibilizar meu corpo para o cuidado me permitiu desenvolver uma dimensão clínica inédita. Com Demo (2003) considero que, a partir de um “vício histórico racionalista, nossa sociedade tende a desconsiderar as emoções” (p. 9), desconhecendo que o “contato humano rivaliza com alimento e água” (p. 10) e neste sentido “persiste a dificuldade da medicina ocidental de perceber a importância da afeição, porque não alcança aceitar que a relação é processo fisiológico, tão real e potente quanto qualquer comprimido ou procedimento cirúrgico” (p. 10).

No décimo terceiro encontro, o primeiro que Giovani participou, ao refletir sobre a postura de Paulo (usuário) que parece coordenador de nosso grupo, afirma que eu também fazia o trabalho de cuidar, organizar e me preocupar com todos, mas “com uma maior participação na execução das atividades” (GIOVANI, diário G13, p. 204). Significa dizer que, em uma concepção mais tradicional, Paulo é mais coordenador do que eu, o que para ele é algo, me parece, importante em seu processo de recuperação e empoderamento (VASCONCELOS, 2003). Por outro lado, também é importante que eu seja menos coordenadora e esteja mais disponível para *fazer junto*.

A potencialidade clínica da convivência a partir do *fazer junto* ficou mais evidente quando realizamos o passeio na Torre de TV em um sábado. Meu diário reproduz minha surpresa: “*As pessoas não querem/conseguem falar? Faça um piquenique!*” (TANIA, diário T19, p. 165).

O que mais surpreendeu neste passeio foi como, especialmente nos momentos de deslocamento, as pessoas conversaram e compartilharam *como se* estivessem em sessões de psicoterapia. Suzana, que estava muito aflita e preocupada com a crise de seu filho – que até este momento ainda estava desassistido, na semana seguinte ele ingressou no CAPS, após nossas orientações e intervenções – falou *sem parar* até a estação da rodoviária.

Na volta é a vez de Mariazinha. Enquanto Cristina e Suzana descansam, Mariazinha fala sem parar. Compartilha, em especial, experiências de descuido com

ela no CAPS (TANIA, diário T19). Três pessoas (Mariazinha, Suzana e Cristina) reclamaram, em diferentes momentos, da forma como são tratadas por determinado profissional do CAPS. Como ensina Lancetti (2008),

Conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando – peripatetismo – são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento. Estas estratégias são destinadas a *peçoas que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais (...)* quando dispositivos psiquiátricos, pedagógicos, psicológicos ou psicanalíticos não funcionam (p. 19, grifo meu).

*Fazer junto* é o esforço para construir estratégias clínicas que respeitem o modo próprio de simbolização de cada sujeito, ao invés de esperar que “os pacientes (...) devam adaptar suas demandas às ofertas dos serviços” (LANCETTI, 2008, p. 47). A ideia é que através da atividade seja possível produzir uma outra experiência de ligação com o mundo, em uma conexão com o ambiente que se diferencia da experiência de isolamento e exclusão (LEAL; DELGADO, 2007). A experiência de **ser um coletivo** traz uma qualidade política à experiência clínica de acolher o sofrimento ao fazermos algo juntos.

Mas há potencialidade clínica em fazer atividades tão simples, quando sabemos que ao suportar a posição de cuidador “navegamos por águas escuras e operamos manobras de alta complexidade” (LANCETTI, 2008, p. 107)? Penso que aí está instalada um importante paradoxo de uma clínica que se pretenda antimanicomial: ações em sua aparente simplicidade posto que associada a vida cotidiana – passear, cozinhar, fazer cartões, conversar, fazer música, produzir artefatos manuais – se sustentam em uma visão complexa do ser humano, onde este não é reduzido aos seus sintomas e a suposta incapacidade e periculosidade que se desdobram de seus diagnósticos. Trata-se de um sujeito que sofre e a partir deste sofrimento constrói sua relação com o mundo, de modo que o contexto cotidiano do serviço e da vida são elementos relevantes para organizar o cuidado (LEAL; DELGADO, 2007).

Os procedimentos realizados do outro lado do muro do hospital psiquiátrico, nas enfermarias ou nos pátios (...) são procedimentos simples e que tendem à simplificação. A própria vida do paciente crônico vai tornando-se cada vez mais simples e sua produção inconsciente, mesmo delirante, empobrecida. As ações de saúde mental que ocorrem no território geográfico e existencial, onde o sujeito vive, em combinação com os diversos componentes da subjetividade, sejam eles universos culturais locais, de culturas originárias, mídias, religiões, etc., são ações complexas. (...) é bem mais complexo suportar uma crise com contato físico, com presença e firmeza e fundamentalmente sem a clausura que implica trancar alguém num quarto

forte (LANCETTI, 2008, p. 108).

É importante, no entanto, por outro lado, estar atento para que, ao nos ocuparmos ou nos distrairmos no *fazer junto*, não acabemos por deixar de cuidar. O centro da cena relacional é o usuário: não o cuidador ou a atividade em si. Rafaela, por exemplo, reflete em seu diário que “percebi que quando tenho uma tarefa para executar não consigo me concentrar muito nas conversas” (RAFAELA, diário R8, p. 347). Ou Bianca que se empolga tanto com o jogo e a competição que se distrai um pouco de seu papel enquanto cuidadora (BIANCA, diário B2). É preciso encontrarmos estratégias para não transformar o *fazer junto* em uma agitação que, ao invés de servir como um instrumento para acolher dores em um dispositivo feito sob medida, nos aliena, afasta e nos permite fugir do contato com o outro e suas dores. A atividade está a serviço da potencialidade transformadora do cotidiano. Como diz Barreto (1997), por meio do testemunho do dia-a-dia e da relação, trata-se de criar possibilidades para que o sujeito possa desfrutar, de forma criativa, de si e da vida.

Curiosamente (não é uma característica que esperava encontrar), acolher e propiciar momentos de alegria e prazer parecem também ter um efeito clínico. Descubro, dois anos depois, que Mosher e Hendrix (2004) notaram que as atividades recreativas, na maior parte das vezes espontâneas, facilitava a interação entre os membros e a expressão das necessidades de cada um.

Daniela se emociona com um sorriso: “foi bom ver Elis que sempre está muito triste, sorrindo. É bom ver que pessoas que há tempo não sabem o que é sorrir, se encontrando ali naquele espaço” (DANIELA, diário D1, p. 359). Penso que desconsideramos, no cotidiano da prática clínica, o valor terapêutico de um momento de prazer proporcionado na convivência e contexto dos serviços.

O prazer, relatado pelos usuários e pesquisadores, em estar no grupo de convivência, fazendo coisas que gostamos e que produz em nós alívio é uma constante em nossos diários e no caderno de convivência.

É muito [ênfatiso o muito] prazeroso, eu gosto muito de estar aqui, eu gosto muito de estar no grupo, não é uma coisa que eu venho, e olha que, tudo bem que é diferente, eu venho uma vez por semana, muito diferente de quando a gente trabalha aqui 20 ou 40h, eu não tenho dúvida disso. Mas eu penso que mesmo pra mim, em alguma hora poderia ter ficado mais pesado, se pensar que eu faço um monte de coisa, que eu tenho sete turmas, que eu tenho não sei quantos alunos de extensão, que eu tenho vários estagiários acompanhando várias pessoas em diferentes espaços, tenho que dar conta do doutorado e tenho meus dois filhos [arr]. Com tudo isso também acho que era fácil ficar difícil vir pra cá e não ficou, não ficou, é bom (...) essa dimensão do prazer me surpreendeu assim, de pensar que mesmo trabalhando com sofrimento

psíquico intenso, com várias pessoas ao mesmo tempo com sofrimento, sim também é possível ser prazeroso. *Pode parecer uma coisa simples, mas pra mim isso nunca foi uma coisa óbvia.* Eu sempre, inclusive, preparei os meus alunos: preparem-se porque vai ser duro [risadinha]. A primeira supervisão é assim, será difícil, quem não quer difícil já pode sair, quem quer eu estou aqui até o fim, mas será difícil, todo mundo é testemunha [referência aos estagiários]. Eu continuo achando que é muito difícil, não tenho dúvida, mas que também pode ter uma dimensão de prazer (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 18/12/12).

Merhy (2004), em seu trabalho de cuidar dos cuidadores de saúde mental, resgata esta dimensão da alegria, sugerindo que apenas uma equipe de trabalhadores alegres pode estar implicada em um agir antimanicomial: “só um coletivo que possa estar em plena produção de vida em si e para si, pode ofertar, com o seu fazer, a produção de novos viveres não dados, em outros” (p. 10).

Algumas características do grupo sustentaram o *fazer junto* e potencializaram sua dimensão clínica: o respeito à alteridade - acolhendo diferentes formas de participação, oferecendo diversas possibilidades de expressão, estando atento a cada um, buscando o que faz sentido para cada um, sustentando uma dialética entre familiaridade e novidade – e o estabelecimento de relações horizontais – construindo relações marcadas pela afetividade e mutualidade do cuidado, desconstruindo papéis de modo a sermos um coletivo onde um aprende com o outro – em direção a uma forma de convivência um pouco mais igualitária e fraterna.

### ***Deixar ser: reserva de si para o outro***

*Deixar ser* vem complementar as duas outras disponibilidades para o cuidar: *estar com e fazer junto*. *Deixar ser* é uma disponibilidade para o cuidado que nos foi inspirada tanto pela filosofia (HEIDEGGER, 1927/1995) quanto pela clínica (FIGUEIREDO, 1994, 2007, 2011). Relaciona-se à interdição da onipotência de tudo controlar e saber e, ao mesmo tempo, a necessidade de suportar estar presente na forma de uma ausência, de um côncavo, onde o outro e sua subjetividade possam advir e habitar.

No décimo quinto encontro, Giovani registra seu esforço de interação com Luciano:

Sugeri que fizéssemos alguma atividade, e ele disse que no momento não queria. Para mim era ruim estar ali sentado com Luciano naquele estado de embotamento, pessoa que era tão ativa quando o conheci há um ano, mas ao mesmo tempo pensei que o melhor seria estar ali com ele, disponível, e que algo poderia surgir desse contato – no mínimo o respeito à sua condição pela não intromissão (GIOVANI, diário G14, p. 208).

Foi uma importante aprendizagem para Giovani, ao longo da experiência de convivência intervir menos e se silenciar um pouco para deixar que o outro surja: “para o ser humano, é necessária a possibilidade de comunicar-se com o Outro, mas é também fundamental ter a oportunidade de *não-comunicação*. É importante, para o homem ter visibilidade no mundo, mas é também preciso se ocultar dele” (SAFRA, 2004, p. 139).

No décimo oitavo encontro, Giovani vai desenvolvendo uma outra forma de cuidar que é menos interventiva. No episódio (que será descrito abaixo na história de Paulo) quando este se irrita, pois as cestas foram pintadas de um modo inadequado, Giovani, apesar de incomodado com a reação e reclamações de Paulo, consegue se conter (GIOVANI, diário G17). Segundo Figueiredo (2007), nas tarefas do cuidar a implicação diz respeito aos fazeres e a reserva da presença a ser e deixar ser. Nesta direção, demarca-se a importância de moderar os afazeres: “nesta condição, ele “deixa ser” seu “objeto” e o não-cuidar converte-se em uma maneira muito sutil e eficaz de cuidado” (FIGUEIREDO, 2007, p. 21).

No vigésimo sexto encontro, Giovani pela primeira vez registra ficar bem ao não precisar fazer nada: “olhei em volta, e todos estavam entretidos; acabei sobrando! Que bom isso, porque é sinal de que as pessoas todas estavam reunidas já e muito bem arrumadas, juntas” (GIOVANI, diário G24, p. 251).

Cabe ao agente de cuidados oferecer ao objeto de seu cuidado um espaço vital desobstruído, não-saturado por sua presença e seus fazeres. É neste espaço vital, que o cuidador deixa livre e vazio - sendo sua tarefa justamente a de protegê-lo contra a presença excessiva de objetos e representações -, que o sujeito poderá exercitar sua capacidade para alucinar, sonhar, brincar, pensar e, mais amplamente, criar o mundo na sua medida e segundo suas possibilidades (FIGUERIEDO, 2007, p. 22).

Na vigésima sétima semana do grupo, Marlene pede que eu ajude e acolha Dona Nenê no grupo.

Dona Nenê estava muito aflita e chateada, algo transtornada, pois se sentia traída pela vizinha, que julgava amiga, que achava que havia visto um rato na sua casa, ligou para filha e agora estão indo na casa dela, recolher tudo e ela terá que pagar R\$ 300,00. Marlene tenta acalmá-la dizendo que vai falar com o responsável e ela não vai precisar pagar, que será tudo feito como haviam combinado (dona Nenê acumula lixo e o CAPS tem ajudado, mas respeitando o desejo de Nenê). Nenê não se acalma, diz que agora vai ser assim mesmo, que vai dar um jeito de pagar e continua a se queixar da vizinha. Tento ponderar que talvez ela [a vizinha] tenha se assustado com os ratos; não concorda comigo, dá uma resposta como se os ratos não fossem importantes ou assustadores (...) Senti que não era o momento para tentar

argumentar. Ela se insere bem na atividade, se junta ao crochê, se oferece para ajudar (...) Estou sentada ao seu lado, conversamos um pouco, ela está cada vez mais calma. Chega a cochilar (penso que de exaustão emocional) com o crochê na mão. Quando já estava indo embora, ela está na recepção com Marlene: está calma, tranquila, me abraça e me agradece. Soube por Marlene que parte de sua história era delirante. Penso que aí encontramos uma função terapêutica da convivência: naquele momento não era hora de argumentar, explicar, combinar... Era necessário aceitá-la, acolhê-la e ficarmos juntos... No grupo ela encontrou um lugar: falou com as pessoas que a acolheram, se ofereceu para ajudar e sua ajuda foi bem-vinda (TANIA, diário T24, p. 189).

Neste episódio, *a posteriori* penso que se tratou de evitar os excessos de implicação, pois os exageros da presença implicada comportam modos de aprisionamento psíquico, imobilidade e incapacitação (FIGUEIREDO, 2007). Seja na intersubjetividade transubjetiva, através de um engolfamento totalitário e claustrofóbico que se converte em um cuidado que não dá sossego e sufoca. Seja no excesso da intersubjetividade traumática, onde uma experiência de traumatismo crônico que se produz quando o outro reclamante e interpelador se sobressai em excesso: “ela gera sujeitos com uma autocrítica arrasadora (um superego severo e intratável) ou com uma compulsão para a adaptação absoluta às demandas do ambiente (um falso self enrijecido e dominante), incompatível com a vida e a espontaneidade” (FIGUEIREDO, 2007, p. 20). Seja o excesso da intersubjetividade interpessoal, onde o reconhecimento, para além do testemunho autêntico, produz uma “especularidade narcísica” que produz dependência e alienação.

Especificamente na minha trajetória no grupo, penso que o fato de que não sabia fazer nenhuma das atividades ofertadas no grupo (artesanatos diversos, músicas, jogos, etc.) me deixou em uma posição privilegiada de não saber que me facilitou exercitar a *função reserva* do cuidado. Assumi e me deixei estar neste lugar de não saber; o que não é necessariamente fácil, haja visto, por exemplo, a urgência e angústia de meus alunos quando estão inseridos em uma oficina onde não dominam o fazer e tentam aprender a qualquer custo. Minha orientação é, ao contrário, vocês não têm que aprender para ensinar, deixem-se aprender com quem sabe. Esta orientação serve não apenas para os diferentes fazeres em uma oficina, mas inspira-se, por exemplo, na afirmação de Searles de que é com o paciente que o terapeuta aprende a ser terapeuta<sup>155</sup>.

---

<sup>155</sup> Por sua vez, Searles é inspirado pelo trabalho de Winnicott, quando este afirma que uma mãe aprende a ser mãe com seu bebê.

Creio que estar em reserva não se confunde com descaso; exige muito esforço e implicação do cuidador: silenciar-se em nome do outro, renunciando à própria onipotência (FIGUEIREDO, 2007).

O esforço para construir um espaço de convivência marcado pela afetividade, pela horizontalização das relações, mergulhando na experiência do sujeito e se deixando estar presente e ser usado<sup>156</sup> na medida das necessidades de cada um ajudam a sustentar a disponibilidade no cuidado para *deixar ser*.

### **Algumas histórias...**

Demo (2006a) afirma que na pesquisa qualitativa não falamos exatamente de representatividade, pois as dimensões intensas e subjetivas representam a história de cada um. Mas é possível falar em exemplaridade: “dentro do trajeto argumentativo bem elaborado, que depende muito da qualidade do referencial teórico e da interpretação dos dados disponíveis sobre o assunto, sem excluir também a familiaridade do pesquisador com o problema” (p. 118), é viável ilustrar as dimensões e disponibilidades do cuidar na convivência a partir da narrativa do percurso próprio de alguns frequentadores do grupo de convivência.

As histórias que descrevo abaixo são, neste sentido, exemplares do efeito clínico da convivência. Em um duplo sentido. Por um lado, tal como Flávio representa exemplarmente nosso fracasso em cuidar, outras histórias representam em destaque como algumas características da dimensão política e ética nos permitiram um cuidar diferenciado. Estas características aqui analisadas são exemplares no sentido de apontar um caminho para o cuidar onde clínica, política e ética não sejam dimensões inconciliáveis, mas dialéticas e suplementares, portanto, sempre possível uma articulação que acolha o contraditório e faça sínteses provisórias possíveis e abertas à argumentação (DEMO, 2005, 2006a). Por outro lado, são exemplos e nesse sentido *não são representativos*, pois há uma dimensão clínica que é necessariamente artesanal (MARTINS, 2005), sob medida.

### **Luzia: achar uma voz...**

---

<sup>156</sup> Aqui a inspiração é novamente winnicottiniana, a partir do conceito de uso do objeto. Proposição próxima também a ideia de “empréstimo” do psiquismo como uma das funções do acompanhamento terapêutico, conforme apresentado no capítulo 4: o at “empresta (seu espaço psíquico e corporal) para ser usado pelo paciente e (...) este, ao usá-lo, [pode] aprender a usar-se” (CROMBERG, 1997, p. 166).

Luzia diz baixinho que para não fazer nada melhor ficar em casa. Ela não quer estar no CAPS, veio obrigada. Sua queixa (que entendo não está relacionada diretamente ou exclusivamente a nossa atividade encontra-se com minha preocupação/aflição com as pessoas não estarem fazendo alguma atividade) me leva a tentar novamente saber o que ela gostaria. Digo já que está aqui, o que você gostaria de fazer. Ela volta a dizer que gosta de cuidar de casa. Como não me parece boa ideia convidá-la para varrer o CAPS, pergunto se ela gostaria de cozinhar de uma próxima vez. Ela sorri e diz que poderia cortar frutas. Sugiro uma salada de frutas e digo que trarei para ela da próxima vez. Ela pede uma manga, uma maçã. Luíza (nossa mestra do cuidado) complementa: uma goiaba (TANIA, diário T2, p. 119).

Assim é meu primeiro contato com Luzia. Nenhuma das atividades parecia interessá-la e ela não conversava com ninguém. Eu estava preocupada em encontrar o equilíbrio entre presença e reserva, em buscar incluí-la, mas sem atormentá-la. Sua fala “para não fazer nada melhor ficar em casa” é muita deixa para tentar buscar algo que a interesse. Neste movimento começa, falando muito baixinho, a contar sua história: depois da morte dos pais, passa cada dois meses na casa de uma irmã. Surge uma vivência de um não lugar, de um não desejo por ela.

No encontro seguinte, o terceiro do grupo, levo as frutas para Luzia. Ela parece ficar feliz porque me lembrei. Luzia, ao terminar de cortar as frutas, pergunta o que faremos e juntas decidimos servir as frutas no vasilhame mesmo que levei.

Pergunto sempre a ela o que acha que devemos fazer – e são perguntas honestas, pois realmente não sei bem o que fazer com as frutas: como cortá-las ou servi-las. De um modo silencioso, penso que nos comunicamos e nos apoiamos nas decisões (ao menos eu me sinto apoiada e tenha a impressão de que ela, em alguma medida, se interessa pelo que compartilhamos) (TANIA, diário T3, p. 122).

Estamos, em certa medida, identificadas em uma posição, ainda que por razões e histórias diferentes, de dificuldade para tomar decisões.

Ainda que seja difícil avaliar o que é desejo de Luzia e o que é despertado pelo meu convite, sinto que gradativamente Luzia está mais feliz de estar conosco e mais integrada ao grupo. No quarto encontro, Luzia quer novamente ficar a cargo das frutas, mas desta vez parece estar feliz de estar ali: bem diferente do primeiro dia (TANIA, diário T4).

Após faltar dois encontros, Luzia veio hoje e registro em meu diário que fiquei feliz com sua presença (TANIA, diário T7). Protagonizo um dos episódios mais constrangedores em minha trajetória como clínica:

Luíza sugere que ela corte as frutas, ela parecia se encaminhar para a argila. Pergunto o que ela prefere e se cria um impasse, pois ela não consegue se decidir. A filha de dona Zazá se oferece para cortar as frutas. Fico tão indecisa quanto Luíza, pois não

quero decidir por ela e não tenho certeza do que ela prefere (Será que ela como Ossi, do filme “Dá para fazer”, precisa que algo seja dito, pois no momento para ela é impossível decidir?). Faço um proposta surreal para sair do impasse: par ou ímpar. Apesar de ela parecer ter achado divertida a ideia, tenho vergonha até de escrever sobre isso. Que espécie de proposta é esta? Par ou ímpar: mesmo? Como achar este equilíbrio entre não sugerir ou induzir, sustentando possibilidades de autonomia e apostando na capacidade do sujeito e não deixá-lo em algumas circunstâncias na solidão da impossibilidade de escolha? (TANIA, diário T7, p. 132).

Compartilho, algo embaraçada, com a equipe este episódio, revelando o meu impasse de não querer decidir por ela, em uma posição que está fundamentada no princípio ético de que não sei o que é melhor para o outro e que enquanto cuidador o movimento é deixar o centro da cena relacional ser ocupado pelo usuário, mas, por outro lado, minha angústia de vê-la “não conseguir não ir nem para um lado nem para o outro (...) ela morreu de rir com o par ou ímpar, graças a Deus não deu a fruta, deu outra coisa [todos riem de novo], ela experimentou outra coisa e agora ela chega e escolhe” (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 18/12/12).

Após este episódio, gradativamente Luzia começa a escolher o que quer fazer no grupo a partir das possibilidades que ofertamos a ela: às vezes pinta, às vezes prepara a salada de fruta, mexe com a argila...

Nomeio o décimo nono encontro de “Quer jogar comigo?”, pois foi um emocionante momento protagonizado por Luzia: pela primeira vez, escolhe, sem nenhuma intervenção ou incentivo, o que ela quer fazer ao convidar Silvana para jogar com ela! “Antes de ir embora, Luzia vem se despedir, pergunto como foi: ela sorri – a *big smile* – e diz que ganhou algumas vezes. Que hoje foi um dos melhores dias e que quer jogar novamente semana que vem” (TANIA, diário T17, p. 157).

No vigésimo encontro, Luzia chega sorridente, aperta a mão de Giovani e pergunta pelo dominó. “Disse-lhe que estava na mesa, e que ninguém havia jogado ainda. Ela então lançou a pergunta à mesa: “alguém aí quer jogar dominó?” (GIOVANI, diário G19, p. 233). No vigésimo terceiro encontro, Luzia, com uma pessoa nova do grupo e a neta de Luíza que veio nos visitar, jogou não apenas dominó, mas também começou a aprender a jogar dama. Silvana comenta como Luzia está bem (TANIA, diário T20).

Giovani convive, de forma mais próxima com Luzia, que compartilha seu incômodo e insatisfação por não poder sair, suas irmãs temem que passe mal ou se perca. Reflete em seu diário:

O jogo do dominó está permitindo que ela desabroche para retomar suas questões, sem receio – posto que falou sobre as irmãs aparentando estar muito tranquila -, e revelando um lado até então oculto para nós, do raciocínio, da capacidade criadora, da vontade de socialização, enfim, da vontade de ser. Fiquei a maior parte do tempo nesta atividade com ela, impressionado no tanto que falou, e ávido por saber mais sobre ela, além da satisfação de vê-la falando sobre si sem nenhum constrangimento. Foi interessante ver em sua expressão uma pessoa que sabia muito sobre a vida e sobre si, tranquila – tanto que quando falei do médico [sobre sua dificuldade de dormir] ela olhou pra mim e disse que não iria adiantar muito não, pelo contrário [segundo ela, ele apenas aumentaria a dose e não é isto que quer] (GIOVANI, diário G23, p. 249-50).

Luzia interage cada vez mais e é muito querida no grupo, por nós e por vários frequentadores. Dona Silvana e Luíza, em especial, vibram com cada conquista sua e estão sempre atentas se ela está bem.

No encontro seguinte, convido a irmã de Luzia para a atividade no CEUB que aconteceria na semana próxima. Luzia quer ir e nunca teve a chance de passear conosco. Combinamos que o grupo na semana que vem, será de manhã no CEUB (no evento da luta antimanicomial que estamos organizando) e não à tarde (TANIA, diário T24). A partir deste primeiro evento, a família começa a permitir que Luzia saía conosco em outros passeios.

Disponibilizar meu corpo para Luiza, a partir de pequenos toques e gestos reasseguradores ocupou um lugar importante na história de cuidado que desenvolvemos juntas. Por exemplo, em um episódio quando Vanessa (enfermeira) e alguns usuários se incomodam com a resposta de Luzia que diz que gostaria de estar com sua mãe no céu, coloco as mãos em seu ombro, faço um carinho e digo a ela sem palavras que estou ao seu lado. “Deixo meu corpo muito disponível para ela. Tenho a impressão que me comunico com ela através do corpo, pois a fala certamente custa a ela” (TANIA, diário T10, p. 138). O corpo funciona como um meio de comunicação, especialmente com aqueles que têm um limite maior na fala ou em situações no grupo em que não é possível falar. “Há uma forma de presença e cuidado a partir do corpo que estou aprendendo...” (TANIA, diário T10, p. 139).

No diário do trigésimo terceiro encontro, registro que a transformação mais impressionante foi de Luzia:

Chega, escolhe o que quer fazer, conversa com as pessoas, olha nos olhos, sorri. Me conta que gostaria de morar só com uma das irmãs, pois a filha dela a trata muito bem: conversa com ela, faz companhia. Pergunto se ela pensa que é possível dizer isto para a irmã, mas responde na mesma hora que a outra poderia ficar chateada e que elas decidiram que seria um rodízio. Vive uma situação, e tem consciência disso, de “favor”, desde que os pais faleceram (TANIA, diário T28, p. 200).

O percurso com Luzia foi desde o início um desafio. Estava infeliz de estar no CAPS, infeliz em sua situação de viver de caridade das irmãs e não ter um lugar para si. Luzia praticamente não falava e não escolhia nada. É uma das pessoas que já estando há algum tempo no CAPS, ninguém sabia nada. Como não demanda, diria que era quase invisível. A dimensão do corpo e afeto foi fundamental em nosso contato e história com Luzia. Frente à dificuldade inicial de estabelecer um diálogo, penso que foi nosso interesse genuíno por ela e o movimento de deixar o corpo, através de pequenos toques e gestos, disponível para ela que permitiu que uma relação de confiança fosse sendo estabelecida. Até conseguirmos fazer algo juntas, *estivemos com* através do corpo e do afeto. Através desta relação, Luzia começou a fazer pequenas escolhas – o que gostaria de fazer no grupo e com quem, demarcar que gostaria de ir aos passeios – e gradativamente começa a contar sua história e, principalmente, manifestar sua insatisfação.

Foi necessário mais do que o ano em que o grupo se configurou como pesquisa-intervenção para alcançarmos outros resultados. Continuamos um importante percurso com Luzia quando o grupo passa a ser, não mais pesquisa, mas trabalho voluntário no CAPS. Em meu último contato com Luzia ela pôde dizer à família que gostaria de morar na casa de uma das irmãs, encerrando sua vida itinerante de estar a cada dois meses em uma casa diferente e sentir que não tem casa alguma.

A dimensão do *fazer junto* foi sustentada pelo respeito à alteridade, visando construir uma convivência fraterna: estivemos muito ocupados em buscar o que fazia sentido para Luzia no grupo, ajudando-a encontrar seus desejos e, em um longo processo, ajudando-a a começar a fazer escolhas. A sua autonomia, não no sentido de auto-suficiência ou independência, mas de ampliar as possibilidades de vida (KINOSHITA, 2001) e empoderamento (VASCONCELOS, 2013) foi sendo construída, ao seu modo e ritmo, e vibramos com cada um de seus passos e escolhas, acolhendo e legitimando quando pôde, afinal, afirmar sua insatisfação com o modo como sua vida estava sendo conduzida sem sua presença.

Estivemos ocupados também em valorizar suas interações com outras pessoas e nos colocamos em reserva sempre que percebíamos que Luzia estava integrada e conversando com outras pessoas, em especial Luíza e Silvana. Nosso esforço foi

acompanhar Luzia em sua trajetória para reencontrar sua voz, perdida desde que seus pais faleceram...

### **Luíza: a mestra do cuidado**

Conforme episódio já relatado, no segundo encontro, Luíza comenta comigo que meu movimento de mexer com a argila teve efeito terapêutico em mim: algo que eu não havia percebido. Este pequeno diálogo desvela que Luíza muito cedo começa a encarnar a função do cuidado, revelando a potencialidade da mutualidade do cuidado.

De forma reiterada em meus diários, destaco como Luíza é uma das cuidadoras do grupo. Por exemplo, no décimo terceiro encontro afirmo que Luíza “não fez nada especificamente, mas interagiu, se ocupou das pessoas e do que estava acontecendo, ajudou quando necessário... Penso que de uma forma muito parecida com a minha e de Milena” (TANIA, diário T12, p. 146). As atividades para ela, ainda que se engaje em algumas, parecem ser, tal como para nós, mediadores para estar junto com as outras pessoas. Organiza o material, chama para participar do grupo, recebe quem está chegando, nota quem está ausente, quem não está bem, me solicita para cuidar de alguém. Várias pessoas, em especial Luzia e dona Zazá, buscam Luíza como uma referência para conversar, compartilhando suas histórias e preocupações. “Luíza sempre cuidando: de uma gentileza sem fim... Luíza, como Paulo, para mim se destaca como alguém que efetivamente ajuda a construir o grupo de convivência: se preocupa com todos e cuida de tudo e todos” (TANIA, diário T11, p. 142).

Ela está sempre atenta também a detalhes que colorem nossa existência. Lembra, por exemplo, que Sílvia gosta de leite moça e sugere que compremos para ela (TANIA, diário T15).

Como demanda muito pouco para si, nosso cuidado foi ouvir nas entrelinhas suas demandas. Por exemplo, no quinto encontro, afirma não ir ao cinema há mais de 10 anos. Ouço seu desejo e no oitavo encontro falo sobre a possibilidade de ir ao cinema no início do grupo, Luíza abre um sorriso e comenta que viu no telejornal que há uma exposição do Gonzaga no Senado (TANIA, diário T7). Uma das potencialidades clínicas da convivência me parece é tentar dar consequência ao que as pessoas dizem e que anunciam seus desejos e impasses. Penso que é importante dar atenção à Luíza, pois ela está tão ocupada com os outros, em cuidar, demandando tão pouco para si, que é fácil ser esquecida.

Registro em meu diário que, quando voltamos ao CAPS do passeio, “Luíza – onde tudo começou – está radiante” (TANIA, diário T9, p. 136). A sensação que tenho é de conforto, por cuidar de quem cuida tanto... Milena registra neste dia que

Me sentei ao lado de fora do CAPS e comecei a conversar com Luíza (...) Estar presente em sua realização me deixou muito feliz, percebi que aquilo não era apenas um passeio, mas a possibilidade de fazer algo novo e inesperado (MILENA, diário M7, p. 292).

Mostra-se tão carinhosa com todos e também conosco que nos cativa. No vigésimo oitavo encontro, quando participam do evento no CEUB, Luíza conta a Amanda que o ônibus demorou a chegar, que o caminho foi longo, mas que “estavam muito felizes em saírem um pouco do CAPS e verem aonde estudamos e aonde a Tania dá aulas” (AMANDA, diário A10, p. 327). Amanda descreve ainda que Luíza ficou sempre por perto das amigas do grupo (Nete, Luzia e Cristina), “parecia estar sempre protegendo as amigas, principalmente, Luzia” (idem).

O diário de Rafaela acerca do trigésimo encontro gira todo em torno de Luíza e desvela seu carinho por ela, mas também traz, pela primeira vez, demandas e insatisfações em relação à sua vida:

Hoje fiquei conversando com a Luíza. **Preciso dizer que fiquei muito feliz por ela ter pedido para conversar comigo, pois sempre gostei muito dela, costumo dizer que eu tinha um vínculo com ela, mas ela nem tanto comigo** (hahaha). Enfim, a conversa foi sobre suas dificuldades de vida, principalmente em relação a sua convivência com sua filha e netas. Sente que não tem privacidade em sua própria casa, visto que elas moram com a Luíza, mas não a ajudam com nada em casa, e todas as coisas, até a comida é separada, ou seja, tem as coisas da Luíza que ninguém pega, como roupa no varal, etc; e as coisas da filha e das netas. Sofre muito em tê-la em casa, já pediu para ela sair de casa. Luíza quer ter sua privacidade, seu próprio espaço. Sua voz! No final da conversa, falou que queria comprar um bicicleta para ir a igreja, ao mercadinho, etc. E disse também que na loja ao lado do CAPS tinha uma linda cor de rosa com uma cestinha branca na frente, mas não tinha coragem de ir lá perguntar o preço e a forma de pagamento. Disse que ia pedir o cartão da outra filha para comprar. Mas como não sabia o preço e nem a forma de pagamento, me ofereci para ir com ela na loja. E fomos! Pegamos todos os dados, anotei para ela o preço e quantas vezes podia parcelar. Ela me agradeceu muito por ter ido com ela. Mas na verdade eu que sou grata por poder participar de algo importante na vida dela, mesmo que por uma tarde (RAFAELA, diário R13, p. 352, grifo meu).

Em reunião com a equipe do CAPS, levamos esta demanda de Luíza e com o auxílio de Nando (psicólogo), Mara (assistente social) e Rafaela (minha estagiária), através de uma visita domiciliar, ajudamos Luíza a resolver este impasse com a filha. Senti nesta reunião que boa parte da equipe se mobilizou para ajudar Luíza (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 18/06/13).

Com Luíza não foi necessário um esforço de nossa parte para estabelecer relações horizontais, visando a convivência igualitária: coube a nós apenas nos deixar aprender com Luíza, espelhando o cuidado que ela ofertava, sem deixar de lembrar que, por mais discreta que fosse em seus pedidos, ela também, como todos nós, necessita de cuidados. Como nos lembra Figueiredo (2007), o cuidador

ganha muito se descobrir que o objeto de cuidados em diversos aspectos supreendentes pode, também ele, exercer funções cuidadoras diante daquele que supostamente monopoliza tais tarefas (...) deixar-se cuidar – na justa medida e sem exploração – pelo objeto de cuidados tem a função de confirmar a potência e a significação do sujeito; ao mesmo tempo, é uma chamada à ativa responsabilidade como uma confirmação e um reconhecimento do outro (p. 22).

Luíza me ensinou muito acerca do cuidar e foi certamente uma figura central no grupo de convivência. Central, em sua forma absolutamente discreta, sem precisar estar no centro, e esse é justamente um dos grandes ensinamentos de Luíza a todos nós. Luíza iniciava o grupo, acolhia os novos membros, acolhia dores, nos convocava a cuidar de pessoas que avaliava, acertadamente, que não estavam bem. De forma gentil, estava sempre presente e disponível para ajudar; sempre atenta a todos e cada um. Espero que tenhamos conseguido também ofertar a ela o cuidado que desejava...

### **Paulo: um esforço para vencer a intolerância ao se tornar professor**

Já em nosso terceiro encontro, Paulo está empolgadíssimo em me ensinar a fazer as cestas. Tem que lidar com o fato de que estou sendo solicitada sem parar, em especial, para pegar materiais e organizar atividades e, em alguns momentos, pessoas curiosas e interessadas em minha pessoa. “Tento atender estas diferentes demandas, mas volto sempre a Paulo e a cesta que é, diga-se de passagem, muito acima das minhas habilidades manuais. Uma outra pessoa se interessa em fazer as cestas, o que é bom, pois agora Paulo tem duas alunas” (TANIA, diário T3, p. 122).

Ensinar fazer as cestas se torna o modo de inserção de Paulo no grupo e, ao mesmo tempo, vai se configurando como a porta de entrada para novos integrantes: é, na maior parte das vezes, a atividade que mais atrai inicialmente os novos frequentadores. Paulo tem uma habilidade para integrar as pessoas.

Já a partir do terceiro encontro, o modo como Paulo se coloca no grupo é diferenciado, o que o faz ser percebido por várias pessoas (o grupo de pesquisa, alguns familiares, novos integrantes) como um dos coordenadores (MILENA, M6;

TANIA, T3, T7; RAFAELA, R3).

o que fica de positivo deste dia que foi mesmo muito desagradável e de difícil convivência para mim [é] a relação especial que está sendo construída com Paulo e sua forma de atuação no grupo. Penso que para um observador Paulo poderia ser reconhecido como o coordenador da atividade: ensina, convida, interage (de forma sempre espontânea e natural), cuida do material (ficou responsável pelo estilete) (TANIA, diário T3, p. 123).

No décimo oitavo encontro, quando Rafaela volta ao grupo de convivência, tendo participado apenas em dois encontros no semestre anterior, ela se surpreende com o papel que Paulo desempenha no grupo: Paulo deu grande atenção a uma pessoa que não é do nosso grupo – é do grupo de Carla, mas esta faltou neste dia – e que não estava bem, após um grave e recente tentativa de suicídio. Paulo a acolhe, dá atenção e a apoia na realização da cesta (RAFAELA, diário R3). Em um exemplo de cuidar no *fazer junto*, Paulo foi o cuidador.

Nadia (terapeuta ocupacional) se interessa pelo trabalho que Paulo está desenvolvendo no grupo, pois Paulo veio encaminhado pela justiça ao CAPS *com a demanda justamente de não conseguir se integrar com as pessoas*.

Sugere que eu fale com ele sobre a possibilidade dele continuar no CAPS, em sua alta, como voluntário, para ensinar e ajudar os outros usuários. Nadia, que parece bem interessada na pesquisa, está ocupada de uma forma especial com o Paulo e está me incluindo no processo. Conto na reunião de equipe que uma das coisas que mais me surpreenderam é que após a empolgação em ser professor, Paulo parece cada vez mais se preocupar com que as pessoas estejam à vontade (TANIA, diário T7, p. 131).

Paulo dá um novo passo para se tornar coordenador. Em uma reunião de equipe, Nadia sugeriu que Paulo, no semestre seguinte, tenha uma posição diferenciada e possa assumir enquanto um coordenador. Digo a ela que ele já tem, só falta ter acesso ao armário – o que sei não será fácil para equipe – e ela concorda. Paulo passa a se permitir acessar ao armário, sem nos demandar que busquemos para ele, a partir do dia em que o chamei para procurarmos juntos no armário um objeto que ele estava precisando. “Dono do espaço e do pedaço: usa com autonomia o armário, como se fosse eu, não precisa mais me solicitar” (TANIA, diário T17, p. 158).

Isto pode parecer algo simples e banal, mas não é: o armário é território dos profissionais e certamente um dos esforços que fazemos na convivência é desburocratizar as relações e os espaços, o que não se faz sem enfrentamentos e

desencontros com a equipe. Para alguns profissionais, o grupo de convivência, além de desorganizado, é irresponsável, pois permite que os usuários utilizem de forma livre os materiais que podem ser perigosos: tesouras, facas, estiletes, talheres. Sempre me espanta esta postura, pois certamente considerando que momentos de crise exigem atenção especial, a postura autoritária de alguns profissionais, certamente herdeira do manicômio, se baseia em um pressuposto ingênuo: em suas casas e espaços que frequentam os usuários utilizam estes instrumentos que, afinal de contas, são necessários para as atividades diárias do viver.

Mas surgem algumas dificuldades. Paulo apresenta uma certa intolerância com seus alunos, exigindo um perfeccionismo que, em alguns momentos, é indelicado e grosseiro, e, com duas medidas, é mais tolerante com seus próprios erros. Giovani teve um importante papel em ajudar Paulo a lidar com esta intolerância, produzindo um movimento de mudança em Paulo, a partir da convivência:

às vezes ele me dava ordens, e outras eu dava pra ele. Até que fizemos uma parceria interessante, eu diria que muito prática, pela fluidez da nossa comunicação. Ao longo do trabalho percebi um certo perfeccionismo com um fundo de intolerância, pois nada do que fazíamos estava bom, a não ser o que ele mesmo fazia (mesmo quando errava). Tentei mostrar a ele sobre seus erros e ele admitiu uma ou outra coisa. Mais para o final da montagem da base, cometi um erro na colagem do jornal, e ele foi suave, deixando passar. Disse que teria como arrumarmos depois, que não era pra ligar pra isso. Acho que como eu estava interessado, ele procurou mudar a tônica da não aceitação para a orientação. E assim terminamos a base, com ele mais tolerante (GIOVANI, diário G20, p. 236).

Uma outra dificuldade que surge é um movimento de Paulo de chamar as pessoas por outros nomes, mesmo que isto as incomodem. Ficamos mobilizados com esta questão, pois além de incomodar as pessoas, uma certa intolerância de Paulo começa a fazer com que as pessoas se afastassem dele. Fez isto com alguns pesquisadores (Giovani, Amanda, Tania) e com Paula. Este movimento de trocar os nomes, que exigiu intervenção e acolhimento de nossa parte, parecia estar ancorado em duas questões diferentes. Por um lado, uma certa forma de pedir cuidado e atenção, quase como um menino. Por outro, associa vários e diferentes nomes com figuras ligadas à sua história de sofrimento, em especial em seu rancor com algumas mulheres, principalmente a ex-mulher. Ações diferentes de nossa parte se desdobram para tentar responder a estas duas questões.

Primeiro, ofertamos o suporte emocional que Paulo parece precisar, mesmo que não consiga assim o enunciar. Lobosque (2001) nos lembra que há diferentes

formas de enunciação e “indicações muito diversas que pode nos dar dar de que aceita nossa presença e nossa intervenção” (p. 38). Por exemplo, em um encontro que estou bastante próxima de Paulo e sou uma de suas alunas, não consegui terminar uma pintura e Juliano assumiu. Paulo criticou a pintura, mas digo a Juliano que gostei da nossa pintura. Paulo tenta ao final explicar que não gostou do acabamento da pintura, digo que na próxima vez passamos mais uma mão. Faz sentido a preocupação de Paulo, mas o modo como ele fala inicialmente, “não gostei, não ficou bom”, soa arrogante e pode incomodar as pessoas: não me incomodou, mas penso que incomodou Juliano e Milena (TANIA, diário T12). Por não me incomodar, consigo estar para Paulo no lugar de acolher suas necessidades, assim é possível para ele vivenciar a intolerância em direção ao outro e se reposicionar. Sua intolerância não me destrói, a sustento e me mantendo cuidando, disponível para ele. Para Winnicott, o posicionamento do terapeuta também implica “na disponibilidade para ser destruído pelo paciente, para ter suas limitações desvendadas e sobreviver a esse processo agressivo, essencial para o desenvolvimento da capacidade de contato com tudo o que representa o outro” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2013, p. 110).

Foi possível para mim estabelecer esta função de suporte para Paulo, pois desenvolvemos uma relação muito especial. Já no quarto encontro registro que “tem realmente algo especial acontecendo entre nós: *uma verdadeira interlocução que não exige muitas palavras*” (TANIA, diário T4, p. 124).

No quinto dia, “pego um engarrafamento e chego dez minutos atrasada, apesar de ter saído cedo de casa. Paulo me espera do lado de fora do CAPS, apontando para o relógio. Não me surpreende, simplesmente já sabia que ele estaria me esperando. Também não me incomoda. Ao contrário, *it feels right*” (TANIA, diário T5, p. 126).

No décimo segundo encontro registro que Paulo está “pegando” no meu pé. Sinto que incomoda algumas pessoas, inclusive Milena [pesquisadora], mas não me incomoda. Em certo momento, sinalizo publicamente que ele está pegando no meu pé, mas enfatizo que nós “nos entendemos”. Ele troca várias vezes o nome de Milena por Daniela [ambas pesquisadoras], corrijo algumas vezes. Nomes são importantes... (TANIA, diário T11). Temos uma situação de espelhamento que acontece enquanto faço o relato no diário e não consigo me lembrar o nome de Nete que no cinema tinha dificuldade de lembrar o nome de todos os profissionais do CAPS e também o meu: “senti falta de Márcia, Rose e Manu e da moça que esquecia meu nome no cinema ... Não é triste que agora eu também esqueça o nome dela? Nomes são importantes...

(TANIA, diário T11, p. 144). Em diferentes circunstâncias, vivenciei com Paulo a função de reconhecer do cuidar, no modo da presença implicada da intersubjetividade interpessoal: “aqui há dois sujeitos frente a frente, exercendo um para o outro – embora uma responsabilidade especial caiba ao agente cuidador – a função de reconhecer” (FIGUEIREDO, 2007, p. 18). Em um outro exemplo: Paulo tem alguns episódios de “esbarrar” o braço no bumbum das mulheres, especialmente as alunas. Embora tenha acontecido também comigo, ele se desculpou sempre, pois sempre deixei claro que notei e parou definitivamente depois de um curioso episódio: esbarrei sem querer nele e pedi desculpas imediatamente.

Sinto, e isto fica cada vez mais presente em meus diários, uma importante sintonia com Paulo. Uma espécie mesma de comunicação privilegiada e espelhamento como se, em determinados momentos, simplesmente soubesse o que se passa com ele e o que ele precisa e, mais surpreendente, vice-versa. No diário T6, por exemplo, registro que Paulo espelha meu mal-estar com o momento inicial do grupo que tinha, naquele momento, um caráter um pouco mais formal e artificial (TANIA, diário T6).

Este modo especial de comunicação que desenvolvi com Paulo, marcado por muita franqueza e uma disponibilidade ímpar do meu corpo – que na minha experiência pessoal só lembro de ter disponibilizado aos meus filhos quando bebês – me parece a função acolher do cuidar, em sua dimensão de conter e sustentar, integrar e dar continuidade, em um movimento de hospedar, agasalhar, alimentar que permite o sonhar das formas mais diversas, concretas e sutis (FIGUEIREDO, 2007). Em um outro exemplo, no vigésimo primeiro encontro, registro ainda que “Paulo balança a minha cabeça. Escapa a minha compreensão como eu não me importo! Em qualquer circunstância isso certamente iria me incomodar. Com ele, sinto de modo fraternal... Quem me conhece não acreditaria...” (TANIA, diário T18, p. 163).

No entanto, há também desencontro. Em um dia, em especial, fui extremamente demandada, havia muitas pessoas e muita coisa acontecendo, de modo que não estive tão disponível para Paulo como nos outros dias: “ele me chama para fazer as cestas, digo que vou, mas não consigo. Foram muitas demandas” (TANIA, diário T6, p. 129). E, em uma ruim sincronia, Paulo vive dois episódios desagradáveis neste dia. Está aflito, pois esqueceu seu *cd* na semana passada e apesar de ajudar a procurar não o encontro. Mais tarde, Paulo se corta e me chama. Como sou péssima com curativos e qualquer coisa que envolva sangue, procuro Lina (auxiliar de enfermagem do CAPS) e peço que ela leve o material para o curativo de Paulo. Lina

demora cerca de 15 minutos para trazer o curativo e Paulo se queixa, com razão, de que já não está nem sangrando mais. Registro minha preocupação:

Paulo hoje me demandou algumas vezes e eu não consegui atendê-lo. Sinto que fui descuidada com ele hoje... No grupo de pesquisa, na quinta à noite, Milena comenta que ele estava estranho e diferente (fala da aflição sobre o *cd* que sumiu e nós não fizemos muita coisa a respeito) e fico culpada e preocupada: quero que chegue logo a próxima quarta para encontrá-lo (TANIA, diário T6, p. 129).

Foi um cuidado ofertado em equipe: eu, Giovani e Milena nos revezávamos na atenção a Paulo. Giovani pressente que uma certa dependência de Paulo, no sentido de nos demandar continuamente por pequenas coisas, estava menos ligado a uma dificuldade de se colocar autônomo e mais uma demanda de atenção. No trigésimo primeiro encontro, noto que, apesar de Paulo estar bem (sempre está bem quando tem alunos), “às vezes, ao me pedir algo (a cola, por exemplo), usa uma voz um pouco manhosa, me fez pensar de novo em meu filho mais velho que ao pedir atenção fala como o caçula” (TANIA, diário T27, p. 196). Seus pedidos parecem revelar mais um desejo de atenção do que uma incapacidade ou falta de confiança em si para realizar algumas atividades.

Aos poucos, ainda que de forma não linear, Paulo vai modificando sua posição. Giovani registra um episódio onde Paulo, que costuma se chatear se não tem atenção, por cuidado e preocupação com Miriam que não está bem, se posiciona de outra forma:

Deixei Paulo sem nem olhar pra ele, e nem fui cobrado por causa disso – o que em outras ocasiões ele acabou fazendo quando o deixava sozinho. Das vezes em que me virei para ver como estava, ele disse que era pra ficar conversando com ela. “Não rapaz, fica aí”. Foi bom ter ouvido isso, pois não teria como ajudá-lo, e sei que se angustia quando fica sozinho ou sem apoio de alguém (GIOVANI, diário G21, p. 240).

Alguns encontros depois, em nossa alternância de cuidado, atenção e suporte e, ao mesmo tempo, de convocá-lo enquanto sujeito, Giovani percebe que Paulo começa a perceber sua necessidade de atenção e vem desenvolvendo formas para lidar com isso, “tanto que tem neste último mês conseguido falar e ensinar as pessoas sem pedir minha ajuda ou de Tania” (GIOVANI, diário G24, p. 252).

No décimo nono encontro, fizemos a proposta para irmos a Torre de TV em um sábado, para além de passearmos, conhecermos o box da DISAM que vende artigos produzidos nos serviços de saúde mental do DF. “Trata-se de um esforço para

ajudar Paulo se ambientar com a torre para poder expor seus produtos... Ele ainda não acredita em si, e ainda é muito importante para ele estar em um espaço onde ele ensina e é reconhecido” (TANIA, diário T17, p. 158).

No vigésimo primeiro encontro, conseguimos marcar o passeio para o sábado seguinte. Converso com Paulo, enfatizo que este passeio é para ele, para que possamos apoiá-lo e ajudá-lo a vender seu artesanato na Torre. Me pede para ir conversar com sua mãe. Lá vou eu: sua mãe não fica muito feliz, mas aceita levá-lo.

Comento algo como “um homem desse tamanho me pedindo para falar com a mãe”, e me surpreendo com sua reação de que é assim mesmo que deve ser, ele se perderia sozinho, ela acredita. Não consigo imaginar Paulo incapaz até esse ponto: me surpreendo e não sei bem o que pensar... Quando fui com ele comprar as tintas, ele me pareceu orientado e atento (muito mais do que eu diga-se de passagem). Não sei o que eles (Paulo e sua mãe) temem... (TANIA, diário T18, p. 163).

Paulo acaba por não ir ao passeio, pois sua mãe não pôde acompanhá-lo. Apesar de um certo desapontamento de nossa parte por não ter ido – por certo equivocadamente, pois não se trata de nós, de forma onipotente, tentar resolver suas questões, fazendo com que a nossa implicação não seja contrabalanceada pela reserva e nosso papel seja o de suporte e não de centro –, este episódio provoca repercussões importantes em Paulo. Por um lado, anuncia o desejo de andar só, sem sua mãe. Por outro, começa a compartilhar primeiro com Giovani e depois comigo sua história e os episódios que resultaram em sua prisão.

Converso com ele, em um encontro seguinte, sobre o desejo de andar sozinho. Aproveito um dia em que as bonecas de Paula fizeram muito sucesso e o interesse pelas cestas diminuiu um pouco. Paulo fica um pouco sem lugar, pois não tem alunos:

Fico com ele até que mais alguém se interesse. Faço no modo especial de comunicação que temos: fraterna, meio pegando no pé, cuidadosa. Digo algo como “você está aí desconsolado, vamos lá fazer uma cesta”. Nem titubeia: começamos a fazer e estar juntos. Converso francamente com ele sobre o só andar com a mãe. Diz que é preocupação dela para evitar que volte para a ATP. É a primeira vez que fala para mim sobre isso. Está um pouco constrangido, mas entendo que fez um voto de confiança em mim. No almoço eu, Nadia [terapeuta ocupacional] e Giovani havíamos conversado, Nadia não sabia que a mãe não permitia que o Paulo saísse sozinho. Digo ao Paulo que Nadia quer conversar com ele e com a mãe para continuarmos pensando a inserção dele no grupo da torre. Ao final do grupo, Nadia e Giovani conversaram com a mãe e já acordaram que Paulo passará a ir sozinho ao CAPS (TANIA, diário T22, p. 175).

No encontro seguinte, converso com Paulo sobre a novidade de estar vindo sozinho ao CAPS. Falamos também sobre a ATP, ainda que sem nomeá-la.

Diz que já avisou a mãe que ela nem precisa visitá-lo se ele voltar para lá. Digo que voltar ou não depende dele. Digo que estamos ali para ajudá-lo, que se sentir qualquer coisa, qualquer impulso, conte conosco para ajudá-lo, para evitar que volte para lá. Diz que até julho estará resolvido e some. Pergunto por isso. Some do CAPS. E vai fazer o que? Vender coco. Nadia se preocupa, pois ele fala em voltar a vender o coco, mas de fato não o faz. Digo que temos até julho para juntos organizarmos para sua vida seguir melhor (TANIA, diário T23, p. 182).

Em relação a uma certa intolerância de Paulo, seu hábito de trocar nomes e o esforço para ajudá-lo a vender seu produto (que tem qualidade!), em equipe (Giovani, Nadia, eu e Milena) estamos tentando exercer a função de interpelar do cuidado: conchamar o sujeito à vida, convocando-o a entrar em contato com os fatos da existência, a finitude, a alteridade, a lei (FIGUEIREDO, 2007). Com o cuidado de evitar os excessos desta função: que como no paradigma manicomial, não acolhe nem reconhece, apenas interpela no lugar de saber que sustenta que o sujeito não é um ser humano viável, por isso deve se submeter às nossas prescrições.

Quando começa a compartilhar sua história e sua raiva da ex-mulher, entendemos um pouco melhor seu movimento para trocar os nomes. Os nomes que trocam, de alguma forma, estão relacionados às mulheres que não gosta (namoradas, ex-mulher, a filha da ex-mulher, etc.) e sua provocação e intolerância se articulam também ao destino a dar para esta raiva e seu desejo de ser cuidado. No dia anterior ao vigésimo oitavo encontro, no bazar do CAPS, Paulo compartilha com Rafaela vários aspectos da sua história, em especial sobre seus relacionamentos e as agressões, verbais e físicas, derivadas destes relacionamentos que o levaram a prisão por duas vezes, estando no CAPS, encaminhado pela Justiça, em medida sócio-educativa. Em um contexto de ciúmes e possíveis traições, “percebi que Paulo possui grande mágoa frente a essas mulheres, principalmente a última, que tinha até uma filha” (RAFAELA, diário R10, p. 349).

Paulo conta a Amanda porque o seu nome o incomoda tanto. Após convidá-la a fazer cestas com ele e com Paula, Amanda nota que ele a chama de senhora apenas. Pergunta se esqueceu seu nome. Responde que não, pois Amanda é o nome da enteada que espancou e que por isso foi preso: não gosta de repetir esse nome (AMANDA, diário A13). No encontro seguinte, chama Amanda por seu nome várias vezes, após contar novamente o episódio de agressão à enteada. Amanda pergunta o que tinha acontecido e Paulo responde que fez algo errado e por isso foi preso, mas

diz não querer falar mais no assunto. Amanda não insiste e continua trabalhando na confecção da caixa (AMANDA, diário A14).

Nada disso, aqui elaborado, foi dito a Paulo: não interpretamos. “Não se trata de relembrar para construir novas significações, mas de (re)viver” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 524). A necessidade de Paulo era de suporte para a apropriação da sua vivência ambivalente de raiva e desamparo.

No último dia “oficial” do grupo como pesquisa, mas já tomada a decisão de continuar o grupo de forma voluntária, converso com Paulo,

pois ele volta a falar sobre julho e não estar mais aqui. Digo “Paulo já não conversamos que você pode continuar no grupo e assumir como um dos coordenadores junto com a gente? Por que você não acredita?” “Não, consigo me lembrar.” “O que precisamos fazer para você lembrar?” “Me fale novamente”. Tem algo que falta que não sei exatamente o que é (TANIA, diário T29, p. 202).

Ainda eram necessários momentos de reassuramento. Penso que a relação que estabelecemos com Paulo, em parceria com a implicação de Nadia, foi exemplar no sentido de buscar o equilíbrio nas funções do cuidado de acolher, reconhecer e interpelar, visando o empoderamento e a possibilidade de cada um sustentar uma vida possível. Um exemplo de cuidado clínico possível no anseio da desinstitucionalização. A habilidade clínica – sensibilidade – seria mesmo reconhecer a cada vez qual é o momento de acolher, o momento de reconhecer e o momento de interpelar. Com cada sujeito, no espaço grupal, identificar o que é o melhor para o o sujeito em uma implicação sempre mediada pela reserva, por *deixar ser*. Ainda que apoiado nas necessidades práticas da vida cotidiana e na exigência de que enquanto profissional estejamos mais preocupado com o outro (exigência ética levinasiana: eis me aqui, eu mais responsável do que todo o mundo, aquele cuja obrigação para com o próximo é infinita), esta sensibilidade para me disponibilizar para o outro como ele precisa, em dimensões que não são apenas práticas e cotidianas, mas também psíquicas, emocionais e inconscientes, desafiando a lógica social e prática, me parece ser o caráter clínico de um cuidado possível no campo da saúde mental.

Paulo recebeu “alta” do CAPS e se tornou professor-voluntário no CAPS adi. Em um evento comemorativo do 18 de maio, no ano seguinte, o encontrei na Praça do Relógio: nos cumprimentamos como se tivéssemos nos encontrado na semana anterior, me conta como vai a vida, brinca comigo, resmunga sobre meu cabelo (que estava horrível). Parece feliz.

### **Flávio: ajudamos tão pouco...**

Ainda que tenhamos nos esforçado e refletido em diferentes reuniões acerca de como poderíamos ajudar Flávio, nossos esforços e reflexões foram claramente insuficientes.

Em sua primeira participação no grupo, Flávio está irritado: é o último a ser apresentar e diz que não vai ficar, pois está com muita dor nas costas. “É estranho como tomo algumas decisões: estávamos apenas começando o grupo, era minha “responsabilidade” organizar o grupo, mas saio para ajudá-lo a ir ao hospital” (TANIA, diário T6, p. 128). Temos uma conversa interessante e difícil: pergunta se sou formada, digo que sim, ele diz que ainda bem, pois estes alunos querem mexer com a cabeça dele. Fala um pouco mais sobre eles, de uma forma, ao mesmo tempo, confusa, delirante e lúcida. Quando perguntei como que os alunos estavam “mexendo com ele” parece se irritar um pouco. Digo que são os meus alunos e que estou interessada em suas queixas, pois posso orientá-los. “Parece gostar de minha resposta, fica menos nervoso (foi uma conversa tensa, em alguns momentos falou praticamente gritando comigo) e se desculpa por ter que ir embora, pois está com muita dor na coluna” (TANIA, diário T6, p. 128).

Desejo melhoras para suas dores e o tranquilizo em relação ao grupo e as faltas. No nono encontro, registro que

no início, quando cheguei, cumprimentei e sorri para o Flávio que estava carrancudo como sempre. Me surpreendi com seu sorriso e como pareceu gostar do fato de me dirigir especificamente a ele. Pequenos gestos... Ele participou bastante na discussão sobre ir ao cinema, pareceu interessado e deu várias sugestões (TANIA, diário T8, p. 132).

Mas na semana seguinte não veio e, portanto, não saiu conosco. Em um movimento de vai e vem com Flávio, registro no primeiro encontro do segundo semestre, portanto com o intervalo das férias, que cumprimento Flávio e ele não responde (TANIA, diário T14).

Neste dia, após a confusa abertura de Marcelo (psicólogo) que diz que o grupo não é do CAPS - portanto, ninguém pode ficar só comigo, mas ao mesmo tempo neste mesmo dia me pediu para que ficasse com seu grupo para que ele pudesse fazer outra atividade:

Flávio parece concordar, pois então afirma que o grupo é só “enrolação”, o que leva Marcelo a tentar me defender e defender o grupo. (...) A fala de Flávio revela muito me parece [não apenas sua posição mas também] da posição da equipe (...) Me

posiciono, explico o sentido e o modo de funcionamento do grupo. Percebo que Flávio está falando junto comigo, o mais delicada que posso me desculpo e digo que não consegui ouvi-lo. Ele diz que está falando bobagem, digo que não é bobagem, que ele fique à vontade para dizer o que ele quiser. Gosto do Flávio, tenho desejo de me aproximar. Me contenho e tento me colocar disponível, pois sinto que qualquer movimento pode ser brusco e invasivo. Após algum tempo, ele volta para a atividade, conversa com algumas pessoas, aceita a salada de frutas que ofereço a ele (TANIA, diário T14, p. 151).

No décimo nono encontro, Flávio responde quando o cumprimento; penso no momento que hoje seria um bom dia. Apesar de comentar que ali não tem o que ele gostaria de fazer (quando no início sinalizamos que no nosso grupo cada um busca fazer o que quer), diz que quer dormir, fala da dor nas costas, de estar ali para não levar falta; ao mesmo tempo, participa. Vai para uma mesa sozinho e faz um desenho.

Vejo que está só e penso em me aproximar, sinto que ele se sentirá invadido. Não estou próxima dele, mas estou ocupada com ele. Em um momento, quando ele terminou seu desenho, se levanta e parece estar meio sem lugar, pergunto a ele o que ele gostaria que acontecesse no grupo. Sugere o teatro. Parece se surpreender de uma forma quase assustada com o fato de que Milena, Giovani e eu (em plena sintonia) começamos a pensar como incluir o teatro. É como se sugerisse, mas depois temesse ser levado a sério... De todo modo, ficou evidente que nós consideramos todas as sugestões. Foi interessante que depois disso, Flávio se senta perto da Cristina [usuária] e os dois começam a conversar [sobre teatro e música] (TANIA, diário T17, p. 157).

Foi um dos momentos de maior troca de Flávio até então com uma pessoa do grupo. Cristina é muito habilidosa na interação com as pessoas. De forma retrospectiva, penso que nossa preocupação em inclui-lo, que nos leva a tentar imediatamente fazer algo a partir de sua sugestão, teve o efeito contrário: afastá-lo. Estaríamos errando por uma excesso de implicação, não conseguindo manter a reserva necessária para deixar o outro ser? (FIGUEIREDO, 2007).

No vigésimo primeiro encontro, sinto falta de Flávio, é o terceiro grupo que não vem. “Será que a nossa reação ao seu desejo pelo teatro foi exagerada?” (TANIA, diário T18, p. 160). Está presente um esforço para avaliar continuamente o efeito de nossas ações e intervenções e não esquecer:

a outros, que combinam vir, mas não aparecem, telefonamos, vamos à sua casa; repetimos este procedimento diariamente, ou aguardamos um pouco o resultado, conforme o temperamento da pessoa ou a gravidade do seu caso; trata-se sempre, porém, de mostrar que não desistimos nem esquecemos (LOBOSQUE, 2003, p. 31).

Um desafio que se constituiu uma preocupação constante na implementação do grupo de convivência na dimensão clínica foi buscar o equilíbrio entre cuidar

(acolher, reconhecer e interpelar), em uma implicação que diz respeito aos fazeres, e *deixar ser* em uma posição de reserva (FIGUEIREDO, 2007). Infelizmente, com Flávio não estamos conseguindo encontrar a medida para convidar sem invadir e construir com ele, a partir de seu desejo, um modo de participar e estar no grupo que faça sentido para ele. Ora parece que estamos recuando demais, ora parece que estamos invadindo...

No vigésimo quarto encontro, Giovani e eu estamos animados, pois como vamos ao teatro, pensamos que Flávio iria gostar. Para nossa surpresa não demonstrou interesse (GIOVANI, diário G22) e não saiu conosco novamente.

Flávio, sempre que comparece, não tem uma frequência regular no grupo ou no CAPS, é um importante **porta-voz** de coisas que nem havíamos notado ou de nossos limites e do limites do grupo. No vigésimo quinto encontro, por exemplo, registro que “Flávio, no início, sem saber muito bem o que fazer e como estar, em seu movimento próprio e cotidiano, me diz algo muito importante: “mas só tem mulheres aqui” (TANIA, diário T22, p. 176). Surpresa, respondo que há Paulo e Giovani, mas percebo que ele tem razão: há um número muito maior de mulheres no grupo.

De toda forma, Flávio se senta com o grupo e se interessa pelos quadros. Ele não pinta, mas desenha, explicando que é legal primeiro treinar antes (algo que eu havia também sugerido) e faz, o que me pareceu, exatamente o mesmo desenho (um tribal) de algumas semanas atrás. Fica um tempo com o grupo e ocupado com o desenho. Quando se cansa, começa a ouvir música no fone, super alto. Depois de um tempo, pois custei a entender de onde vinha o som, apesar de ele estar na minha frente, pergunto o que ele está ouvindo. Ele, no fundo, não sabe, olha no telefone e começa a falar sobre músicas agradáveis que podem ser ouvidas em passeios com garotas. Pergunto a Breno (o rapaz novo que está mais retraído que qualquer pessoa que já vi chegar ao grupo) sobre as músicas que gosta. Rock. Ele e Flávio começam então a conversar... (TANIA, diário T22, p. 176).

O comentário de Flávio provoca uma reflexão em mim: é mais fácil estar com as mulheres? Dou mais atenção a elas? Escutamos a queixa de Flávio e uma das razões para a criação da atividade de música no grupo de convivência teve como objetivo justamente oferecer atividades outras que interessassem mais os homens. É uma ação que tem impacto interessante para alguns (por exemplo: Nilson, Roberto, Breno), infelizmente não para Flávio.

Neste mesmo dia, Amanda, que conversou um tempo com Flávio sobre seus desenhos tribais, registra que Flávio afirmou sentir dificuldade em se relacionar e que mistura os assuntos e fala de todos ao mesmo tempo. Apesar desta importante e franca troca com Amanda, Flávio “queria sempre sair do grupo – disse ter se sentido jogado e que seu grupo inicial seria com a Vanessa [enfermeira do CAPS]” (AMANDA, diário A7, p. 322).

Apesar de não saber exatamente o que aconteceu nesta articulação no CAPS em relação ao plano de terapêutico de Flávio, parece que desde o início ele se sente obrigado a ir para o grupo de convivência, o que contraria o modo de funcionamento do grupo: ser aberto e poder escolher que se articulam com a dimensão política do cuidar para emancipar.

De toda forma, mesmo nesta circunstância, permanece a nossa tarefa de encontrar formas para cuidar e fazer do grupo um lugar de desejo e produção de vida para Flávio. “Trata-se de inventar, a cada vez uma maneira de modificar esta posição de recusa, alheamento ou passividade – o que pode gastar mais ou menos tempo, mas não se obtém jamais pela intimidação ou pelo falso interesse” (LOBOSQUE, 2001, p. 38). Não conseguimos.

### **Cristina: risos que escondiam dor e confusão**

No diário T4 registro que a mesa do baralho, comandada por Cristina, é um pouco estranha. Minha primeira reação à Cristina, ainda sem muitas palavras e tampouco elaboração, foi de incômodo. Seu barulho, risadas e exuberância me incomodaram. A impressão de Daniela é um pouco diferente, em seu diário afirma que “Cristina está sempre muito alegre e prestativa, gosta de ajudar e estar perto das pessoas com quem tem um vínculo maior” (DANIELA, diário D2, p. 363).

No diário T6 meu incômodo com Cristina é ainda mais evidente. Neste dia, por um infeliz desenrolar acabo por sentar na mesa de baralho e “descubro para minha tristeza que é truço. Estamos Marcela, eu, Milena e Cristina. Destesto o truço e acho difícil conviver com Cristina e seus gritos de jogadora” (TANIA, diário T6, p. 129).

No nono encontro, Cristina se empolga com nosso movimento para ir ao cinema e participa ativamente, ajudando inclusive a calcular a hora que precisamos nos encontrar (12:30) para viabilizar o passeio (TANIA, diário T8). No entanto, na semana seguinte, Cristina se atrasa e me liga e diz que se atrasou. Pergunto o que ela prefere: encontrar no cinema ou que a esperemos.

Diz que a gente é que sabe. Sou um desastre para tomar decisões, fico um pouco na dúvida e afinal decido – pois fiquei levemente com a impressão de que faria diferença para ela – que vamos esperar. Consulto o grupo e todos concordam (TANIA, diário T9, p. 134).

Parece ter sido uma decisão acertada, pois ao final do passeio Cristina me abraça e agradece por termos esperado por ela (TANIA, diário T9). Sinto que nossa relação começa a mudar a partir deste momento...

No diário seguinte, registro que Cristina quando chega me abraça com um sorriso e carinho e que nossa relação parece ter se transformado após eu ter ligado para ela e sua mãe (para organizar o atendimento familiar via PRISME) e por a termos esperado para ir ao cinema (TANIA, diário T10). Sinto que Cristina também começa a ser mais cuidadosa com as outras pessoas.

No décimo segundo encontro, registro que Cristina está se sentindo um pouco aflita, um pouco incomodada. Penso que talvez o fim do ano e o recesso estejam a incomodando: de uma forma não muito direta, ela parecia estar ocupada com isto. Ao final, disse que estávamos muito desanimados. Embora junto com ela eu sinta um pouco que às vezes é difícil estar fazendo as mesmas coisas, mesmo quando temos diferentes possibilidades, e que eu também esteja um pouco inquieta neste dia, penso que tem algo, para além do grupo, que a está incomodando (TANIA, diário T11).

De modo que, perguntei para o grupo, a partir desta inquietação, se eles gostariam de fazer mais alguma coisa, alguma outra atividade, sugestão... Cristina, perto do fim, pergunta se topamos que ela nos pinte (havíamos falado sobre isso na semana passada): eu e outras pessoas concordamos, Paulo se nega.

Ele, *for sure*, não tem dificuldade para dizer não... Para ser inteiramente sincera, me preocupo com minha alergia (que tem me incomodado de forma extraordinária nas últimas semanas, especialmente no rosto), mas sinto que é importante para ela: me parece estar ligado ao portfólio que ela quer fazer para divulgar o seu trabalho (TANIA, diário T11, p. 143).

No décimo terceiro encontro, registro que Cristina não trouxe as tintas hoje, mas combinamos que semana que vem, no último encontro do ano, ela fará as pinturas: no rosto das mulheres e nas mãos dos homens. Ela parecia estar mais animada e feliz esta semana. Conversei com ela sobre seu aniversário (que será um dia depois da festa do CAPS), pois entendi que a preocupação dela semana passada com a festa do CAPS está relacionada com seu aniversário, com o fim do ano e com a diminuição das pessoas e dos profissionais no CAPS. Digo que, quarta que vem,

comemoraremos seu aniversário. O grupo estava cheio, acho que ela gosta mais quando tem muitas pessoas (TANIA, diário T12).

Neste mesmo dia, Giovani registra, ao jogar baralho e dominó com Cristina, que “tivemos momentos agradáveis, e Cristina brincou bastante com a gente, sorrindo na maior parte do tempo, além de ter nos desafiado com seus pedidos de truço – sem que soubéssemos se estava blefando ou não” (GIOVANI, diário G13, p. 205).

Não estava blefando. No fim de semana seguinte, Cristina tentou o suicídio. Em reunião com a equipe do CAPS, soube que a mãe brigou com Cristina no dia de seu aniversário, reclamando do ciúmes que Cristina tem de sua mãe com a neta (filha de Cristina, que é um bebê). Além disso, as pessoas não deram parabéns para ela supostamente porque haveria uma festa surpresa. Ela tomou 250 comprimidos e estava na UTI em um quadro que entendi que é gravíssimo. “Chorei na reunião de equipe com esta história. Há tanta vida, apesar da dor, em Cristina... Poderíamos ter feito mais? O “exagero” que me incomodava no início ganha um novo sentido: havia algo de não verdadeiro naquelas risadas... Que tristeza...” (TANIA, diário T13, p. 149).

No encontro seguinte, que seria o último encontro do ano, me encontro em profundo dilema quando Juliano pergunta por Cristina:

Estou desde que Giovani me avisou na segunda que Cristina tentou o suicídio e está na UTI, além de arrasada, aflita sobre o que fazer a respeito no grupo. Conversamos ou não? O CAPS tem o hábito de não contar ou minimizar a verdade, quando esta é muito dura. Tenho algumas reticências quanto a esse hábito. Mas considerando que este era o último encontro do ano, que só volto em fevereiro, que muitos profissionais do CAPS já estão de licença/férias, quando Juliano comenta, me faço de morta e nada digo. Milena não sabe, por isso não comenta nada. Fiquei assombrada com o que aconteceu, pois Cristina, com exceção de uma certa preocupação com o aniversário (inclusive conversamos sobre isso na semana passada e isto pareceu ter feito bem a ela) e com as férias, estava bem no grupo uma semana atrás (TANIA, diário T13, p. 149).

O nome do meu diário do primeiro encontro do segundo semestre é *Cristina está viva!*: “chegando ao CAPS a primeira grande surpresa e alegria; o que primeiro avistei foi Cristina, linda e saltitante!” (TANIA, diário T14, p. 151). De forma espelhar, Giovani registra em seu diário que “Cristina ficou muito feliz ao ver Tania” (GIOVANI, diário G14, p. 207). Neste dia, a ajudo a resolver um impasse com Cássio.

No caminho de retorno ao pátio, Cássio veio correndo em minha direção, rindo, e logo atrás dele vinha Cristina, com um spray de espuma de Carnaval, rindo também.

Os dois estavam brincando como crianças. Lembrei do episódio em que Cristina havia tido uma intoxicação, no final do ano; do grande contraste existente entre esta situação e a que agora ali acontecia. E não imaginaria que aquela pessoa tão alegre e cheia de vida algum dia possa ter tentado suicídio. Quando ela me viu, retornamos ao pátio, e ela disse que Cássio estava com medo da espuma (GIOVANI, diário G14, p. 208).

Cristina me diz um pouco aflita que acha que Cássio não gostou da brincadeira. Registro que “nunca mais vou deixar de ouvir as entrelinhas daquilo que Cristina (não) diz...”, pois ela não pediu ajuda com todas as letras, mas pareceu bastante aliviada depois que intervi, ao conversar com Cássio. Novamente, Lobosque (2001) ajuda a lembrar que a palavra não se garante apenas por seu enunciado, mas pelas mais diversas indicações que o contexto de enunciação apresenta. Quanto mais convivemos, a partir das características e princípios aqui elencados, mais próximos estamos de compreender o que está em jogo na enunciação, no que é dito e no que é velado. Ainda que, por certo, nem sempre o compreendamos de forma útil ao sujeito, marcados que estamos todos pela possibilidade do equívoco na interlocução, inclusive na interlocução conosco mesmo.

Milena, que só soube da tentativa de suicídio de Cristina neste dia, em nosso retorno para o grupo no segundo semestre, começa de forma mais sistemática se perguntar pelo que se esconde atrás dos risos de Cristina. “Até quando alguém comenta coisas sofridas, como experiências de internações, os comentários são feitos a base do riso, *o que deve ser refletido*” (MILENA, diário M8, p. 296).

Enquanto jogavam, Milena pergunta por um amigo de Cristina e esta informa que ele desistiu do tratamento e foi embora para outro estado. Neste momento, Cristina conta que quando estava no hospital, quando estava na pior fase, sentiu que nunca mais iria vê-lo.

Percebi que sua amizade com D. era algo muito importante para ela e o fato de não estarem mais juntos era uma fonte de tristeza. Esse sentimento de tristeza ficou em seu rosto apenas uns poucos segundos, pois logo voltou a sorrir (como sempre fazia nas oficinas) e jogar animadamente (MILENA, diário M8, p. 296).

Milena relata que não quis concordar com esta situação e disse a Cristina que “se ela estava com saudades, poderíamos escrever uma carta para ele”. Ela pareceu interessada, mas com um olhar distante. Então, respondeu que tinha interesse em escrever uma carta. Em seguida, retornou ao jogo, o que Milena compreendeu com um encerramento do assunto (MILENA, diário M8).

Importante notar que ficamos todos mais atentos a Cristina, buscando sinais e indícios de que não esteja bem, já que seu movimento primeiro é disfarçar sua dor. Significa dizer que *estar com e fazer junto* na convivência devem ser acompanhados de uma reflexão clínica acerca de como as pessoas estão e o efeito – ou a falta de efeito e os limites dele – de nossas intervenções. A partir deste nosso esforço e movimento, Cristina começa, aos poucos, revelar de forma mais íntima seu sofrimento.

No décimo sétimo encontro, conforme acima mencionado, fui ao supermercado comprar frutas com Cristina, Luíza e Luzia. Foi a troca mais significativa, em termos de conteúdo e história de vida, que tive com Cristina até então. Novamente, foi em movimento, em mais um exemplo de clínica peripatética (LANCETTI, 2008), que Cristina compartilha a difícil relação com a sua mãe e com a filha:

Cristina na volta me conta um pouco sobre sua relação com a mãe e com a filha. Com seu temor de não ser boa mãe, de sua filha que conhece mais a avó, pois é esta quem cuida, do que a mãe. Ambivalência: preocupa-se que a filha não a conheça, mas não se sente capaz (“a doença não deixa”, me diz) ou encontra forças para cuidar da filha. Ambivalência também em relação à mãe: que cuida em seu lugar, mas assim também usurpa seu lugar e deixa de cuidar dela para cuidar da neta... Cristina sofre e precisa de ajuda mais do que se dá conta... (TANIA, diário T15, p. 153).

No décimo nono encontro, Cristina começa a se mostrar um pouco mais para o grupo; não se esconde atrás de risos. Conversa com algumas pessoas, divide com elas a sua experiência de internação e tentativa de suicídio e suas dificuldades com a mãe e com a filha (TANIA, diário T17). Dois encontros depois, Cristina não parece estar muito bem, não compartilha seu sofrimento, mas também não o disfarça, embora seja sempre de um modo muito discreto que anuncia suas dores e incômodos (TANIA, diário T18).

No passeio à Torre de TV, os laços com Cristina se tornam cada vez mais estreitos. Ainda na estação de metrô, Cristina compartilha com o grupo um tema que, notamos depois, é uma preocupação sua: seu diagnóstico. Diz ter esquizofrenia afetiva e “que a sua tem cura, mas a maioria não tem” (TANIA, diário T19, p. 166). Enquanto caminhávamos da rodoviária para Torre, Cristina começa a ficar irritada. Registro no meu diário que “parece irritação de fome” (p. 167). É curiosa minha impressão: é baseada em como eu e meu filho mais velho reagimos quando temos fome. Enquanto fazíamos o piquenique, Cristina comenta que nem dormiu à noite,

pois fica ansiosa quando vai sair. Digo a ela que disfarça bem. “Mas já entendi que seu silêncio e um certo “emburro” é sinal de angústia” (TANIA, diário T19, p. 167).

De uma forma delicada, deixo Cristina saber que finalmente entendi que muitas vezes seu movimento é disfarçar quando não está bem e que estamos ali para ajudá-la e que qualquer coisa que ela sinta é legítima. Foi uma troca suave e leve, sem muitas palavras, mas marcando uma abertura, criando laços de cumplicidade e cuidado.

De fato, o passeio foi um momento de virada em nossas interações com Cristina. Milena também registra uma mudança em sua relação com Cristina:

Durante nosso percurso a torre de TV, iniciei uma conversa com Cristina. Pela primeira vez, estabelecemos um contato mais próximo. Minha relação com Cristina, até então, era pautada em aspectos cômicos e cotidianos, sendo a característica da alegria o que Cristina mais me mostrava (ou se esforçava em mostrar). Durante nosso percurso no metrô, Cristina me contou um pouco sobre sua relação com sua mãe e sua filha (...) Percebi que Cristina nutria um sentimento conflituoso em relação à mãe, pois **a considerava alguém central em sua vida, mas também percebia que sua mãe não acreditava nela e em seu potencial.** Em alguns momentos, cheguei a pensar que nem a própria Cristina acreditava em si. A situação lhe provocava muito cansaço e me transmitiu que não havia solução. **Frente a isto, estava tentada a ceder e ser curatelada pela mãe.** Neste momento, sugeri que tivesse calma, pois a curatela era um assunto sério. A questioneei sobre o que mudaria na sua vida se aceitasse esta opinião da mãe e Cristina não soube enxergar o alcance disso. Conversamos um pouco sobre os impasses diários que a curatela geraria em sua vida, mas sugeri que procurasse a assistente social do CAPS e perguntasse sobre o assunto. Disse que era muito importante que tivesse todas as informações possíveis antes de tomar sua decisão. **Cristina também me confidenciou sobre seus momentos de tristeza, me fazendo ver um lado que nunca tinha percebido antes.** Ela me disse que a tristeza era algo sempre presente nela, que a igreja, a filha e o CAPS a ajudavam, mas a tristeza nunca ia embora totalmente. Mencionou também sentir a falta de seu amigo de truço no CAPS, que tinha se mudado para o Nordeste. Ela lhe escreveu uma carta e tinha recebido uma resposta. Ao falar sobre a possibilidade do processo judicial achei muito rico quando mencionou que algumas pessoas a estavam ajudando muito naquele momento, incluindo o grupo de convivência e passeios como este, pois sentia que podia falar sobre si e também, por alguns momentos, esquecer o que lhe acontecia (MILENA, diário M10, p. 304-5, grifos meus).

Cristina segue interagindo com muito mais qualidade e está bem integrada no grupo e no CAPS. Participou do encontro da Economia Solidária da DISAM<sup>157</sup>, está produzindo seu artesanato, conversa com as pessoas, “topa” e se anima com qualquer novidade que introduzimos no grupo e está se tornando amiga de várias pessoas do grupo. “Cristina está serena no grupo: participa, conversa, produz e é atenciosa com todos” (TANIA, diário T24, p. 187). Foi com Cristina quem percebi, pela primeira vez, a importância não apenas do familiar, mas também da novidade, reconhecendo e

---

<sup>157</sup> Diretoria de Saúde Mental do Distrito Federal.

apostando na potencialidade. Ávida por novidade, Cristina foi se apropriando do espaço, dos materiais, das pessoas, produzindo novas possibilidades de vida para si.

Na participação de Cristina, no evento comemorativo do 18 de maio no CEUB, chamou a atenção sua presença na roda sobre Direitos Humanos. Cristina quis tirar dúvidas sobre a interdição; sua mãe está movendo um processo para interditá-la para ficar com a guarda de sua filha e esterilizá-la<sup>158</sup>. No trigésimo encontro, Cristina conta a Giovani sobre a audiência em que a mãe tentou interditá-la e pede novamente nossa ajuda. Diz que conversaram num tom tranquilo com o juiz, mas a mãe queria a interdição de qualquer forma. “Cristina conseguiu falar o que queria, mas que terá que retornar lá no dia 6 de junho, ocasião em que terá um defensor constituído para ela, e que apresentará três testemunhas a seu favor” (GIOVANI, diário G27, p. 273).

Fica destacado em nosso percurso com Cristina que buscamos dialogar com o CAPS, articulando com os profissionais, em especial Marcelo e Marlene, e recursos outros como os atendimentos familiares e jurídicos do PRISME para permitir que o cuidado com Cristina tivesse incidência concreta e efetiva em seu cotidiano.

No trigésimo primeiro encontro, noto que Cristina não está muito bem. Além de permitir que ela me pintasse<sup>159</sup>, busco conversar bastante com ela, pois estamos felizes e preocupados, ao mesmo tempo, com sua decisão repentina de sair de casa. Reitero com Cristina a importância de que morar sozinha não precisa significar ficar sozinha; que estamos ali para apoiá-la em suas decisões. Diz que já morou sozinha antes. Pergunto como foi. Me diz, rindo, um pouco envergonhada, que voltou grávida. Pergunto como será dessa vez e ela diz que não quer engravidar de novo. Me conta sobre a tristeza de ficar em casa e sua filha gostar demais da mãe dela. Que isso a faz sofrer. Converso um pouco com ela sobre maternidade, ciúmes e o quanto uma criança pode amar diferentes pessoas. Saio preocupada com ela. Compartilho com Giovani e nos organizamos para ligar para ela (TANIA, diário T27).

---

<sup>158</sup> O que infelizmente veio a ocorrer, apesar de um intenso esforço de nossa parte, através do PRISME e do apoio de Marcelo (psicólogo que a acompanhava no CAPS). De consolo nos fica que esta curatela se estabeleceu nos termos que Cristina escolheu, a partir do conhecimento, inclusive jurídico, que adquiriu: “trocou” a guarda da filha por sua liberdade; única negociação possível com uma mãe também em sofrimento psíquico, apesar de não o reconhecer. Apesar disso, não abre mão do cuidado e da presença em relação a sua filha: a visita todos os dias.

<sup>159</sup> “Cristina está meio para baixo hoje. Mostrei as tintas e me ofereci para a pintura. Ela pintou um peixe no meu rosto (um sucesso com os meninos e um estranhamento para todos os profissionais do CAPS e as pessoas nas ruas). Depois fez várias figuras nas mãos de Lilian, Luíza, Luzia, na minha...” (TANIA, T27, p. 196).

Cristina continua com muitos conflitos com a mãe: não quer continuar os encontros familiares. Mas em outros aspectos floresceu: tem amigos, fez a carteira de artesã, está produzindo, está mais próxima da filha... (TANIA, diário T28).

No último diário, registro emocionada que

Cristina me entrega ao final um cartão que diz: férias sim, mas ir embora não, que sou importante. Fico inteiramente comovida com o gesto e encho os olhos de lágrimas. Ela e Rafaela se entreolham... Lhe dou um abraço. Inteiramente inesperado receber este cartão de Cristina. Apesar de meu investimento e envolvimento, Cristina sempre foi muito discreta e quase arredia ao afeto (TANIA, diário T29, p. 203).

Cristina foi a pessoa que mais claramente me mostrou a importância em sustentar uma dialética entre familiaridade e novidade. Encontrar pessoas e atividades familiares era uma dimensão importante que trazia conforto, mas, também rapidamente, tédio. Cristina sempre nos incentivou a não nos acomodarmos – e um dos efeitos do comodismo é a institucionalização – e estarmos sempre em movimento em busca de atividades e sentidos novos.

Penso que nossa história com Cristina, em especial, o início de pouca empatia e o susto com sua tentativa de suicídio, me ajuda a pensar a importância da dimensão clínica. Subordinada, e penso sim que historicamente esta é uma exigência, às dimensões ética e política, a clínica encontra seu lugar no esforço em ouvir de forma delicada o modo de subjetivação de cada um. Conjuntamente, mas também para além das circunstâncias e limites impostos pelo social, há uma forma de se organizar subjetivamente que é complexa e inconsciente: apesar do riso, há dor; apesar da tirania materna, há desejo de corresponder ao desejo materno. Se ignorarmos esta dimensão subjetiva, complexa e ambivalente que também faz parte de quem somos, nossas intervenções, mesmo que visando a inserção social, não têm efeito, não encontram ressonância.

### **Silvana: as dores e cuidados de uma mãe**

No quinto encontro, Silvana e seu filho Nero participam pela primeira vez do grupo de convivência. São novos no CAPS, Nero acaba de ser admitido e foram encaminhados para o nosso grupo. Silvana se integra muito rapidamente ao grupo: faz crochê, se interessa pelas cestas, interage, ajuda a arrumar...

No entanto, em alguns momentos “tem o hábito ruim de falar do filho (Nero) como se ele não estivesse ali. Ela diz, se intrometendo em sua apresentação, que ele

gosta de Chaves. Nero reage e diz que gostava, que hoje não gosta mais” (TANIA, diário T5, p. 126). Em nossa reflexão em reunião de pesquisa, nos surge a preocupação em acolher Silvana (o grupo é aberto e para quem quiser participar), mas criando espaço para que Nero também possa existir.

No oitavo encontro, registro minha sensação de que Nero foge de sua mãe:

Nero joga dominó (...). Penso que Nero foge de sua mãe: ela se ocupou a fazer cestas com Paulo [o que Nero fez na semana passada] e Nero então escolhe fazer outra coisa. Me parece muito saudável. Apesar de sentir, como escrevi no diário de campo na primeira vez que eles participaram do grupo, que Silvana o infantiliza e se impõe, tenho a impressão que ela também está se envolvendo com as atividades, a convivência e o CAPS de uma forma independente de Nero. Me parece que, sem notar, é também para/por ela que participa (TANIA, diário T7, p. 132).

No último encontro do primeiro semestre, quando entregamos como lembrança de nosso semestre o *cd* do Gonzagão e Gonzaginha, Silvana me pergunta se ela deve ficar com um também já que o Nero também recebeu. Olho para Nero e tomo a decisão que me parece ser a que ele gostaria: digo a ela que eles são dois, talvez Nero queira escutar uma música no quarto e ela outra na sala (TANIA, diário T13). Esta é uma intervenção clínica, que se sustenta no esforço para reconhecer a forma específica de subjetivação de Silvana e Nero e, em especial, os impasses que são gerados nesta relação tão estreita.

Como é nosso último encontro do semestre, Silvana está um pouco aflita com o recesso. “E se o Nero piorar?” Digo a ela que o CAPS não vai fechar e que sempre haverá uma atividade acontecendo. “Ela me diz que o CAPS está fazendo muito bem ao Nero e confessa – o que eu já havia percebido – que a ela também. Me agradece muito pelo grupo” (TANIA, diário T13, p. 148).

No primeiro encontro do segundo semestre, Milena registra que Silvana declarou sentir muita falta dos momentos da oficina e que seu filho também, pois ficava mais introspectivo em casa, sem se relacionar com as pessoas (MILENA, diário M8).

No quarto encontro do segundo semestre, aquele em que ficamos na cozinha, registro que “Silvana parece se sentir bem com o grupo. Nero ficou com o grupo do Marcelo” (TANIA, diário T16, p. 155). Giovani, neste mesmo dia, ao relatar como Silvana foi cuidadosa com ele, afirma que “ela tem uma grande função ali no grupo, de zelar por todos nós, e isso contribui para um bom relacionamento e desenvolvimento do grupo” (GIOVANI, diário G17, p. 224). Um pouco mais afastada

do filho que vai, gradativamente, ocupando outros espaços no CAPS (conversamos em reunião com a equipe do CAPS a importância de Nero poder estar em lugares outros no CAPS sem sua mãe), Silvana se revela uma excelente cuidadora e nos ajuda a cuidar de todos. No melhor exemplo da mutualidade dos cuidados, ao cuidar de nós e do grupo, Silvana também se sente cuidada. Neste meio tempo, podemos também cuidar de seu filho.

Aprendemos com Silvana como cuidar, nos permitindo uma inversão de papéis. De fato, se conseguirmos sustentar a convivência como um dispositivo que se opõe ao dispositivo de controle da loucura (FOUCAULT, 2008), não seria considerada uma inversão, mas uma legítima característica do cuidado: *a mutualidade*. A agência do cuidado se torna então uma possibilidade para qualquer pessoa na convivência, o que implica tanto o empoderamento dos participantes quanto o reconhecimento do cuidador de seus limites, o que o deixará mais sensível, evitando fazer do cuidado um exercício de poder e submissão.

A característica de ser aberto é subestimada nos serviços de saúde mental do DF. Pouquíssimos grupos são abertos nos serviços de saúde mental do DF, ainda que haja uma gradação no fechamento e burocracia entre os diferentes CAPS. Esta dificuldade em relação a permitir que os grupos funcionem sem pré-determinação de seus participantes e que acolham qualquer pessoa – usuários, familiares, estudantes, comunidade – limita a potencialidade de cuidado do CAPS. Implica em um trabalho maior? Talvez; afinal exige a disponibilidade de acolher pessoas diferentes, em posições diferentes, estar mais aberto às críticas, pois o grupo está mais visível. Penso que vale a pena o preço a ser pago pelo esforço extra e pela exposição: ao nos reconhecermos como limitados (somos insuficientes!), ao acolher a diferença e a alteridade, potencializamos as possibilidades de cuidado.

Além disso, Silvana, ao se tornar cuidadora em nosso grupo, ao mesmo tempo em que não deixamos de cuidar dela, permitiu que Nero encontrasse outras formas de cuidado e de produção independente de sua mãe.

### **O sub-grupo do crochê: construção de uma rede solidária**

Como fazemos diferentes atividades ao mesmo tempo no grupo de convivência, justamente para propiciar formas de expressão e participação que façam sentido e representem o desejo de diferentes pessoas que convivem, são formados, a cada vez, de forma dinâmica e mutativa ao longo do tempo, diferentes subgrupos

construídos por afinidades. Diferente de uma oficina de crochê, grupos que existem em diferentes CAPS no DF, o sub-grupo do crochê não tem objetivo de produção (apesar de objetivo oficial, é preciso reconhecer que estas oficinas no DF não se parecem em nada com as cooperativas sociais italianas, tampouco com projetos de Economia Solidária no Brasil): algumas mulheres queriam aprender crochê, já haviam inclusive experimentado participar da oficina de crochê do CAPS, mas não conseguiram aprender e no grupo de convivência com professoras usuárias aprenderam. Vão se constituindo como um grupo de ajuda mútua, em uma rede solidária, enquanto fazem crochê: uma rede de mulheres que, a despeito de um sofrimento com tonalidade depressiva, desenvolvem uma rede nada melancólica de ajuda mútua, compartilhando os desencantos e encantos da vida.

O grupo do crochê não faz apenas crochê. Algumas pessoas nem mesmo pegam na agulha: sentam perto, conversam, compartilham dores, segredos e cuidados. No vigésimo primeiro encontro, registro que

a turma do crochê, comandada por Manu, se organiza: Manu, Ieda, Viviane, Suzana... Lilian não veio hoje. Sentimos falta uns dos outros e comentamos ao longo dos grupos, cada vez com mais frequência, da ausência daqueles que fazem parte da nossa convivência. Suzana hoje mais fala, do que faz crochê: continua preocupada, com razão, com seu filho (TANIA, diário T18, p. 161).

Algumas pessoas, após o grupo de convivência, seguem para um grupo psicoterápico no CAPS. Duas estagiárias que participam do grupo de convivência também seguem para este grupo. Com uma certa frequência, temas que se iniciaram na convivência (conflitos familiares, tentativas de suicídio, recrudescimento de sintomas) aparecem no grupo psicoterápico por estímulo das colegas: “fala, Suzana, para a Carla [psicóloga] o que você nos contou no grupo da convivência”. A mutualidade do cuidado está bem representada no sub-grupo do crochê, guardando mesmo algumas características de um grupo de ajuda mútua (VASCONCELOS, 2013). Afinal, o sub-grupo do crochê (ainda que estejamos presentes em uma forma de suporte) é composto, acima de tudo, por pessoas que se reúnem, durante o grupo de convivência, e trocam experiências e sentimentos entre si, gerando espaços de apoio emocional mútuo.

No décimo terceiro encontro, Giovanni, em seu primeiro dia no grupo de convivência, se surpreende com a dinâmica do grupo do crochê, pois a espontaneidade das conversas e trocas se diferenciam dos outros grupos do CAPS que frequenta onde

a fala é direcionada pelos profissionais e o que “escapa” da proposta do profissional costuma ser desqualificado (GIOVANI, diário G13, p. 205).

Nossa presença e intervenção neste sub-grupo é muito discreta. De maneira geral, nos asseguramos que todos estão bem e têm o que precisam e deixamos o grupo seguir seu curso, em uma postura reservada de cuidado que aposta na potencialidade dos sujeitos e na capacidade de cuidados mútuos. Há também uma dimensão de continuidade, por exemplo, continuo a conversa do encontro passado com Suzana sobre sua família e o grupo se interessa em acompanhar as aventuras e desventuras de cada um.

No penúltimo diário, comento que o grupo do crochê se tornou muito amigo: “elas conversaram entre si, sabem da vida uma das outras (mais do que nós!), se apoiam” (TANIA, diário T28, p. 200). De forma ainda tímida, esta é uma experiência no DF que visa o empoderamento, através, entre outros aspectos, da valorização da relação entre eles. Como afirma Vasconcelos (2013),

No Brasil, entretanto, apenas uma parcela do movimento antimanicomial e dos serviços de atenção psicossocial esboçou iniciativas e estratégias claras nesta direção do empoderamento. Na maioria dos serviços, ainda vigora de forma dominante aquela visão mais convencional de que tratamento e cuidado constituem uma prerrogativa dos profissionais e trabalhadores, de que a participação se dá apenas no processo de escuta e de prover informação relativa ao tratamento a usuários e familiares, ou nas assembleias dos serviços, ou ainda no máximo no ativismo direto nos conselhos de controle social. Tudo isso é reforçado por uma cultura difusa, ainda hegemônica, que valoriza a hierarquia e a dependência, em meio a uma sociedade com forte desigualdade social e desvalorização das pessoas oriundas das classes populares (p. 13).

Este foi essencialmente um grupo de mulheres que se organizarem em torno de uma atividade culturalmente feminina no Brasil, o crochê. Como na análise de Birman (2000) sobre o filme de Almodóvar, *Tudo sobre minha mãe*, o sub-grupo do crochê pode se constituir em uma “rede de ajuda mútua que as retirou [algumas mulheres] de uma tonalidade depressiva e queixosa de existir, dando a todas alento para desfrutar a vida sem queixumes” (p. 81). Não é algo semelhante o que esperamos de processos psicoterápicos?

### **6.3 Interpretação/Reinterpretação**

Considerando que meu objeto – a convivência – é composto de sujeitos e que os pesquisadores são também objetos, afinal, foi convivendo e sendo afetados pela

convivência que a intervenção foi construída e os diários de campo elaborados, a interpretação será dividida em:

- a) Do ponto de vista dos conviventes: usuários, familiares, profissionais e pesquisadores
- b) Questionamento próprio: o lugar da clínica
- c) Reinterpretação

**a) Do ponto de vista dos conviventes**

*“Pois eu te digo que eu tô dentro, meu filho”*  
(Mara, assistente social, REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 18/06/13).

*“Estou gostando muito do grupo e estou aprendendo a fazer crochê porque uma pessoa me disse que eu nunca ia aprender. Eu sou uma pessoa determinada e vou conseguir”*  
(Rose, CADERNO DE CONVIVÊNCIA, p. 9).

O esforço para respeitar a complexidade do fenômeno na teorização se contrapõe, em certa medida, à simplicidade das ações clínicas que se sustentam nesta complexidade teórica. Apesar da simplicidade das ações desenvolvidas ao longo do grupo de convivência, esteve presente em nós um movimento para tentar respeitar a complexidade do fenômeno convivência no complexo contexto da saúde mental, no DF, e de cada sujeito que acompanhamos e cuidamos. Este movimento se traduz, por exemplo, na reflexão clínica-teórica que fazíamos em cada reunião semanal do grupo de pesquisa para avaliar nossas ações e seus efeitos, modificando-as a partir desta reflexão. Em alguma medida, o efeito clínico se sustenta nesta reflexão a posteriori que norteia as nossas intervenções. O conteúdos surgem de forma mais *espontânea* na convivência e daí a importância de compartilhar também com a equipe do CAPS: um efeito clínico a posteriori na reflexão do que fazemos, na troca com a equipe e na supervisão.

No esforço para sustentar estas especificidades do grupo e da atividade de convivência as características de cada **pesquisador** tiveram lugar específico: influenciam no conviver, facilitando em alguns aspectos, dificultando em outros... Tem impacto no tipo e na intensidade dos vínculos. Por isto, a importância de ter pessoas diferentes cuidando, pois, como cada um tem um jeito e habilidades, diferentes alcançamos pessoas diferentes.

Fabiano tem uma experiência de dois anos no PRISME no único centro de convivência de saúde mental do DF, uma OnG que funciona com os princípios éticos, políticos e clínicos que aqui defendo, e entrou no CAPS ao mesmo tempo como estagiário e pesquisador. Fabiano é tímido e reservado e sempre imaginei como seria um desafio para ele – e para mim, pois também assim me reconheço – a convivência. Surpreendentemente, Fabiano se adapta de uma forma muito suave: sua reserva se converte em gentileza e resistência à frustração; sua timidez em paciência. Conforme acima mencionado, Fabiano desenvolve um especial vínculo com Helena e o faz não nas atividades formais de estágio, mas exclusivamente durante as atividades de convivência. A relação com

dona Helena me levou a pensar sobre como os vínculos se fortalecem à medida em que convivemos. Visto que foi na convivência que a conheci, não em uma oficina, sob o papel de estagiário, mas conhecendo na convivência. Sinto que este vínculo acaba se tornando pessoal enquanto convivemos, essa confiança que ela tem em mim para “contar segredos” ou acontecimentos marcantes de sua vida possui grande potencial terapêutico, pode-se dizer. Porém me questiono até onde esta personalidade na convivência pode chegar; se é preciso estabelecer limites a isso (FABIANO, diário F5, p. 13).

Giovani, de todos os pesquisadores, é quem mais tem familiaridade com o CAPS. Foi inicialmente voluntário no CAPS, pesquisador (em um projeto de iniciação científica) e foi extensionista por alguns semestres sob minha supervisão. Giovani tem uma excelente relação com os profissionais do CAPS e é muito querido pelos usuários. Giovani, no momento em que a pesquisa foi realizada, tem uma relação de muito amor pelo CAPS. Sua posição, por um lado, facilita sobremaneira a atividade de convivência, pois tem familiaridade com o CAPS e sua rotina e, mais importante, tem vínculo sólido com vários usuários. Por outro lado, é muito solicitado pelos profissionais, o que, às vezes, atrapalha, sua possibilidade de estar disponível para os usuários. É o pesquisador que mais se incomoda com os limites do cuidado no CAPS e que deseja ver a instituição alcançar seu potencial e objetivos, refletindo sobre a diferença entre “estabilizar” sintomas e reinserir socialmente, com um trabalho, a resolução de um conflito familiar, ajudar a constituir uma família (GIOVANI, diário G10). Kinoshita (2001) destaca como há um esforço e trabalho necessário para buscar formas de atuação que, para além da desmontagem do manicômio, alcance “uma situação de participação efetiva no intercâmbio social” (p. 56).

Em relação ao grupo de convivência, Giovani, em seus primeiros diários, mostra muito prazer, comprometimento e orgulho do trabalho que realizamos no grupo. No passeio à Torre de TV, por exemplo, quando Suzana, após desabafar e conversar muito conosco no metrô, diz que gosta do grupo, registro bem-humorada em meu diário: “Giovani nem consegue disfarçar, com um sorriso de orelha a orelha...” (TANIA, diário T19, p. 166).

Milena é, juntamente com Samara, por certo, a pesquisadora mais tranquila. Ambas conhecem o CAPS<sup>160</sup> – já foram extensionistas -, têm experiência em outras pesquisas e, no cotidiano, são pessoas acessíveis e de fácil convivência. Milena consegue estar disponível, mas não invade o espaço de ninguém. Seu maior dilema na convivência está relacionado à Psicologia, pois, por um lado, sente que as pessoas se abrem e desejam conversar apenas por saberem que eles são estudantes de Psicologia. Por outro lado, sente uma cobrança, “como se eu tivesse que ter algo a dizer sobre todas as calamidades do mundo. No fim, eu não tento atender a essa cobrança, nem conseguiria se quisesse, mas percebo que ela existe de forma sutil no olhar e fala das pessoas” (MILENA, diário M1, p. 86).

Samara, por sua vez, teve grande desenvoltura na atividade de convivência, utilizando sua delicadeza para engendrar uma série de pequenos gestos e estratégias que tinham como efeito por todos à vontade e a conversar. Uma revista, um programa na TV, o tempo, a fome por estar perto da hora do almoço: Samara encontrava com facilidade modos de se aproximar das pessoas.

Lisa, como Fabiano, é uma pesquisadora que não tinha familiaridade com este CAPS, pois sua experiência no PRISME foi em outro CAPS. Também, como Fabiano, iniciou, ao mesmo tempo, como estagiária e pesquisadora no CAPS. Estava no último semestre do curso de Psicologia. Certamente é a pesquisadora que mais dificuldade tem com a atividade de convivência: se sente inibida, inútil, em alguns momentos como se estivesse desperdiçando seu tempo. É também a pesquisadora mais crítica em relação ao CAPS, seu funcionamento e a postura dos profissionais. Para Lisa, os sinais de que está sendo acolhida e sua presença desejada são muito importantes: um olhar, um sorriso, uma usuária que traz uma cadeira para que ela possa se sentar (LISA, diário L5). Em alguns momentos, parece-me que Lisa, sem se dar conta, “foge”

---

<sup>160</sup> Juntas com Dyanne - a aluna que faleceu conforme relatado no capítulo anterior – realizaram, via PRISME – uma oficina de empoderamento, inspirada no trabalho realizado por uma associação de usuários no Canadá. Esta experiência canadense de auto-gestão de medicamentos me foi apresentada pela querida Eva Faleiros.

da atividade de convivência, ocupando-se com pessoas que não fazem parte do CAPS ou se distraíndo... Um certo incômodo é importante, creio, para não se acomodar (e acabar desistindo de conviver) ou se impor/invadir (por não estar atenta ao que o outro sente e como reage). Só não pode ser tão intenso a ponto de mobilizar estratégias defensivas que impeçam o conviver.

De toda forma, o que me parece mais relevante quando comparo as diferentes experiências de convivência dos pesquisadores – e lembro que eles foram cuidadosamente escolhidos entre um vasto universo de alunos – é o tipo e intensidade de vínculo estabelecidos por eles.

Em seu último diário, Giovani sonha que o grupo de convivência ultrapasse, afinal, os muros do CAPS:

constatei que as pessoas se importam conosco, e que o grupo caminha cada vez mais integrado, e o quanto as pessoas estão felizes de estarem ali. Da forma como o grupo esteve organizado, parecia uma cooperativa, e acredito que possamos algum dia chegar a essa proposta, num espaço fora do CAPS, pela maturidade das pessoas e das relações que se estabeleceram (GIOVANI, diário G29, p. 282).

Milena, por sua vez, em relação ao grupo de convivência faz diferentes e importantes reflexões. Ela, por questões pessoais, não esteve tão envolvida quanto Giovani e eu com o grupo, mas esteve presente em alguns encontros nos dois semestres.

soube que uma das participantes da oficina [Cristina] estivera internada no final do ano. Fiquei surpresa com esta informação, voltando a pensar em um aspecto que até o momento, não conseguimos trabalhar na oficina. O espaço que criamos não engloba a tristeza e o sofrimento. Desta forma, cabe algumas perguntas: A convivência só é possível em ambientes alegres e festivos? De que forma podemos conviver com a desesperança, agonia e raiva? O espaço que desenvolvemos agrega pessoas distintas, tanto em idade como em histórias de vida. Contudo, fica a impressão que se formaram pequenos guetos, onde as afinidades unem pessoas em espaços alegres. É possível avaliar concretamente esta união, no percurso terapêutico dos sujeitos envolvidos? Na tentativa de legitimar suas escolhas talvez incentivamos a formação dos guetos. É preciso avaliar de que forma estas pessoas, que normalmente ficam nas mesmas atividades, se relacionam com os demais (MILENA, diário M8, p. 295).

Preocupação legítima de Milena, a convivência, enquanto dispositivo de cuidado, implica em acolhimento das experiências de alegria e de sofrimento, de dor e riso, de harmonia e conflito.

Quando se ausenta de alguns encontros, surpreende-se como o grupo está cheio e registra como é mais difícil encontrar seu espaço (não sabe o nome de todos) e

conviver (MILENA, diário M11). Ao conviver menos fica mais difícil manter as relações, os vínculos e a afetividade que se desdobram exatamente da convivência.

Amanda, em sua primeira participação no grupo no início do segundo semestre, registra que sua impressão foi que todos se sentiam bem e aceitos no grupo e que não era possível identificar quem era usuário (AMANDA, diário A1). No seu sétimo encontro no grupo, registra que “o grupo flui muito bem e já me sinto mais à vontade em conversar e me fazer disponível para os usuários. Com o tempo me sinto mais disposta, mas ainda me abalo muito com suas histórias” (AMANDA, diário A7, p. 321). Amanda é a única pesquisadora que não tinha nenhuma experiência prévia no campo da saúde mental, ingressa no CAPS, ao mesmo tempo, como estagiária e pesquisadora. No último encontro do grupo, Amanda afirma que percebe o grupo mais unido a cada semana que passa (AMANDA, diário A15).

Rafaela participou apenas de dois encontros no primeiro semestre e por motivos pessoais não continuou no grupo de convivência, apesar de continuar fazendo parte do grupo de pesquisa. No semestre seguinte, agora também como estagiária do CAPS, volta a participar do grupo. Rafaela inicialmente teve muita dificuldade em conviver, sentia-se desconfortável, sem uma função específica e, em alguns momentos, sem se dar conta acaba por “fugir” da convivência, envolvendo-se em atividades que a distanciavam. Interessante ressaltar que foi o carinho e o cuidado dos usuários com ela, em especial, Sílvia e Luíza, que a trouxeram para a convivência, fazendo o desconforto inicial se dissolver.

Uma preocupação que esteve sempre presente conosco foi como ouvir e receber feedback dos **usuários** sobre o grupo. Experimentamos algumas estratégias: perguntar ao final do grupo, no início, ao longo das atividades, de forma grupal, individual... Restava sempre uma sensação em nós de que ao pedir a opinião sobre o grupo poderíamos passar a impressão de estar esperando elogios. Acabamos por abandonar estas tentativas mais formalizadas e apostamos na construção conjunta do grupo, na busca por propiciar um ambiente que fomentasse a posição ativa de cada usuário no grupo. Esteve presente também um esforço para nos aproximarmos de quem não se “apresentava”, que não estava integrado, que parecia não estar bem ou satisfeito naquele momento com as atividades. A partir destas aproximações, conforme exemplos acima descritos e analisados na etapa da análise formal, buscávamos construir conjuntamente novas atividades e formas de *estar com* e *fazer junto* que fossem mais próximas daquilo que cada pessoa desejava ou estava

buscando. Problematizamos também, e conversamos com a equipe do CAPS em algumas circunstâncias, quando sentíamos que, a despeito do nosso esforço de integrar e fazer o grupo sob medida para cada pessoa, para alguns o grupo não era convidativo: muito barulho, muitas pessoas, um grupo aberto e pouco diretivo. Algumas pessoas sinalizaram que preferiam estar em grupos menores, mais intimistas e que indicassem de forma mais clara o que cada um deveria fazer. Em algumas circunstâncias, conseguíamos criar dentro do próprio grupo espaços mais intimistas, aproveitando as diferentes atividades e espaços do local que ocupávamos, e o desconforto inicial se desfazia.

Abaixo apresento alguns posicionamentos espontâneos que os usuários nos deram em relação ao grupo que registramos em nossos diários.

Milena relata que alguns participantes comentaram na saída que aquela havia sido a melhor oficina: “uma das pessoas que escutei isso, foi do rapaz que [disse] não gosta[r] de pessoas, lidando bem apenas com os cachorros” (MILENA, diário M4, p. 285).

Registro em meu diário que “conversei um pouco com Liliana que diz que o grupo está ajudando a ela. Quando comentei se tem mais alguma coisa que poderia fazer para ajudá-la ela respondeu que nós já estávamos fazendo” (TANIA, diário T12, p. 147).

Giovani escreve que “estava muito animado para participar, posto que ao longo do semestre escutei muitos elogios dos usuários que dele participavam” (GIOVANI, diário G13, p. 204). Giovani registra que “Sílvia chegou no pátio (...) e perguntou se eu iria participar junto com eles do grupo, e lhe respondi que sim. Ela parece ter gostado, e disse que eu iria gostar, que o grupo era muito bom” (GIOVANI, diário G13, p. 204).

No décimo terceiro encontro do grupo de convivência – o último do primeiro semestre – Nete ao perguntar sobre Sílvia (que havia faltado neste dia) me “agradece e diz que o grupo a está ajudando, que nem sempre é fácil ir, encontrar energia para vir, mas que quando vem se sente melhor” (TANIA, diário T13, p. 148).

Suzana “me diz que está muito difícil participar do grupo de sexta, pois não aguenta ficar duas horas ouvindo problemas e tristezas de todos. Que gosta de estar no nosso grupo, vai se sentindo melhor, mais leve” (TANIA, diário T16, p. 155).

Mariazinha, que conversa com Giovani sobre sua família, enquanto juntos fazem uma salada de frutas, o agradece “por tê-la convidado a frequentar o grupo,

pois estava gostando muito de vir, já que em casa não tem muita atenção do marido” (GIOVANI, diário G15, p. 216). Espontaneamente, Mariazinha, em outro momento, diz a Giovani que “tinha amado o passeio que fizemos na Feira da Torre, e que gostaria de fazer mais passeios como esse. Concordei com ela, e disse que a peça de hoje seria muito boa. Ela balançou a cabeça e sorriu” (GIOVANI, diário G22, p. 244).

No passeio à Torre, de forma espontânea, Suzana, Mariazinha e Cristina comentam sobre o grupo e o comparam com outros grupos:

Suzana fala como gosta do grupo (...) Tento entender o que faz o grupo especial. Diz de um certo cuidado e preocupação, ao mesmo tempo, que uma certa leveza. Se queixam de um outro grupo que frequentam no CAPS. Suzana, em especial, diz ser pesado, que sai triste... Na volta Mariazinha também se queixa (...). Ambas [Cristina e Mariazinha] contam histórias de serem descuidadas por ela [uma profissional] (TANIA, diário T19, p. 167).

Conforme mencionado na constelação **Modo de funcionamento do grupo**, no tópico **Ser aberto**, um outro desafio que enfrentamos que exigiu muita negociação com a equipe diz respeito a comprovar a presença dos usuários no grupo de convivência, evitando punições e desligamentos. Para tanto, criamos o caderno de convivência que surge de

uma excelente iniciativa do Giovani, inspirada na minha ideia delirante ofertada ao CAPS [durante uma supervisão] de que os usuários pudessem escrever no próprio prontuário. Além de resolver o problema das faltas, podemos ter um *feedback* diário dos participantes, o que estávamos sentindo falta, mas não sabíamos muito bem o que fazer a respeito, após termos experimentado algumas estratégias... (TANIA, diário T17, p. 156).

Vasconcelos (2003), ao discutir os desafios para a implementação de estratégias de *empowerment* na realidade brasileira, chama a atenção para a força de uma formação e cultura terapêutica entre os profissionais de saúde que dificulta a construção de dispositivos de cuidado mais horizontalizados. Minha sugestão de que os usuários evoluíssem no próprio prontuário é ouvida como piada pela equipe. O caderno, ainda que pálida tentativa, é um esforço para construir um espaço de participação do usuário no sistema do CAPS.

Com a criação do caderno de convivência, com o objetivo de comprovar para a equipe, se necessário, a participação dos usuários no grupo de convivência e assim evitar registros de faltas no prontuário, os usuários passaram a assinar no caderno e, se quisessem, registravam como foi a participação no grupo, “como se” fosse seu registro no prontuário.

As características que mais foram destacadas nos relatos no Caderno de Convivência foram:

- a) o prazer por estar com pessoas que gostavam. “Gosto muito de estar aqui com pessoas amigas, carinhosas e humanas” (p. 13). “Me sinto livre, sou aceita, as pessoas não tem pena de mim, não ficam fazendo comparações” (p. 13). “Hoje é meu último dia no grupo, mas porém foi o grupo onde conheci as melhores pessoas” (p. 23). “Estou começando a me entrosar com as meninas e com as psicólogas, está sendo bom, estou fazendo amizades com pessoas que tem a história de vida parecida com a minha, aqui me sinto no meio de uma nova família” (, p. 38).
- b) o prazer por estar aprendendo ou ensinando. “Hoje vim ao CAPS e ensinei as minhas amigas fazer crochê; foi muito bom” (p. 10). “Hoje foi um dia especial porque eu aprendi a fazer crochê” (p. 35). “Gostei muito do nosso grupo, a gente aprende e também ensina” (p. 5).
- c) ter escolhido o que queria fazer, de modo que foi possível ver em alguns relatos que as pessoas nem sempre faziam as mesmas coisas, circulavam entre as possíveis atividades e conviviam com diferentes pessoas ao longo dos encontros. “Hoje foi ótimo, conheci uma pessoa maravilhosa” (p. 9). “Hoje trouxe algumas bonecas e palhaços feitos na caneta, vendi todos e presentiei algumas amigas, adoro o dia de quarta-feira” (p. 18). “Gostei muito do dia de hoje. Conversei muito com a Amanda e ela me ajudou a tomar algumas decisões” (p. 20). “Está indo tudo bem, neste grupo é tão importante para cada um de nós, conversa, faz o que gosta” (p. 5).
- d) se sentir um pouco melhor após o grupo, apesar da tristeza e do sofrimento que estavam vivenciando. Uma pessoa registra que “hoje estou triste, mas tive forças e vim para cá. Fiz uma torta de banana, foi bom ter vindo” (p. 7). “Mais um dia de espaço de convivência, sempre é bom vir na quarta-feira, bate papo, trocar ideias, fazer pinturas, brincar com os jogos, sempre saio daqui muito bem, melhor do que entrei” (p. 36). “Foi bom ter vindo hoje, estou perdendo minha irmã, mas com a força e o carinho de todos aqui estou conseguindo ficar de pé” (p. 44).

Momentos em que não estavam bem também foram registrados: “hoje estou

desanimada, com vontade de ir embora para casa, não estou com vontade de falar, conversar, estou cansada” (p. 10). “Não estou muito legal. Em casa me sinto muito melhor, não gosto de vir para o CAPS, para nenhuma atividade, prefiro ficar em casa. Desde os 13 anos trabalho, nunca pude ficar em casa, agora que posso, preciso pegar ônibus para vir para cá” (p. 15). “Estou aqui mas queria ir embora para casa, ficar sozinha” (p. 17).

Em suma, para os usuários, os aspectos do grupo que são mais valorizados estão ligados a formação de relações/vínculos (poder conversar, passear, encontrar pessoas com uma história semelhante), a dimensão de prazer, alívio e descontração do grupo, poder escolher fazer o que gosta e aprender/ensinar.

Em relação aos **familiares**, a participação no grupo ocorreu de formas diferentes. Alguns familiares participaram de forma esporádica, especialmente, nas primeiras vezes em que vieram ao CAPS. A partir de algumas participações no grupo, a impressão que ficamos é que os familiares começam a ter mais confiança no CAPS e se sentem à vontade para ficar se por acaso alguma atividade interessar, mas também para ir embora ou resolver outras questões enquanto os seus familiares ficam no grupo. Alguns usuários trouxeram seus familiares (em especial, filhos e netos e amigos íntimos) para encontros específicos para apresentá-los para o grupo. Aqui o movimento era compartilhar com o grupo um pouco mais da vida e da história. Na maior parte das vezes, era o desejo dos usuários de apresentar seus amigos e familiares que os levava ao grupo. Estes encontros esporádicos guardam muito potencial, pois aproximam os familiares do CAPS, intensificam as relações entre os próprios usuários e seus familiares, em suma, tornam o CAPS um espaço mais *familiar* e menos técnico.

Além disso, alguns familiares (em especial, três mães de participantes do grupo) tiveram uma participação ativa e frequente, se tornando efetivamente parte do grupo. No décimo oitavo encontro, Giovani registra, em seu diário, a opinião da mãe de Paulo: “quando desci, encontrei com a mãe dele sentada na recepção, e a cumprimentei. Ela deu um sorriso e me abraçou, dizendo que estava gostando de terem voltado [do recesso]” (GIOVANI, diário G17, p. 224).

Silvana, mãe de Nero, conforme acima destacado, se apropria do grupo, em várias posições: enquanto mãe, enquanto cuidadora de outras pessoas do grupo e se permitindo também ser cuidada, conforme analisado na etapa anterior. No trigésimo segundo encontro, Giovani registra que “voltei para sentar ao lado de Nilson, e no

caminho encontrei com Dona Silvana, que me abraçou e disse que tinha sentido falta do grupo” (GIOVANI, diário G29).

A relação do grupo de convivência com o CAPS foi marcada por muito apoio e confiança por parte da gestão e de alguns **profissionais** e, ao mesmo tempo, por um desconforto por parte de outros profissionais, em especial uma estranheza por nosso modo aberto e flexível de funcionamento. Estabeleceu-se uma relação multifacetada: desde um interesse e apoio inicial até construções de sólidas parcerias que permitiram um cuidado diferenciado e integrado como foi o caso com Paulo, Cristina e Paula; mas também incômodo com nossa “bagunça” e “descontração”, uma certa desconfiança e estranheza com a abertura do grupo e a liberdade dos usuários em nosso grupo.

Lina (auxiliar de enfermagem) foi a única profissional que participou efetivamente do grupo. Em diferentes momentos, mostrou preocupação com o uso de objetos cortantes – facas, tesouras, estiletes – pelos usuários. E com certa frequência expressou, para meu constrangimento, sua preocupação na frente dos usuários. Por exemplo, no quarto encontro, reclama do uso da faca, na frente de Sílvia, que gentilmente trouxe polpas de cacau para fazer suco para o grupo. Tento explicar para Lina que as pessoas fora do CAPS vivem: cozinham, costuram, consertam e usam objetos cortantes. Ela me passa a impressão de achar minha posição irresponsável. Este episódio me faz pensar no processo cotidiano de legitimação da desigualdade, ao excluir as pessoas das oportunidades materiais e simbólicas (SOUZA, 2009). Também me parece estar presente o esforço, que Souza (2009) descreve, da equipe, em especial aqueles que, do ponto de vista social e geográfico, estão mais próximos dos usuários, de se diferenciar e fugir de estigmas, em uma “recorrente e desesperada tentativa de evitar seu próprio rebaixamento como pessoa” (p. 320). Remete ainda, por certo, à raiz do preconceito em saúde mental: incapazes e, portanto, potencialmente perigosos.

No entanto, gradativamente, a partir da convivência, a relação de Lina com o grupo se transforma. A relação inicial com o grupo de desconfiança e desconforto com nossa “bagunça” e “falta de cuidado com os objetos cortantes” se modifica. A primeira vez que percebo sua empolgação no grupo é quando uma amiga de uma usuária, que estava visitando o grupo, ensina um artesanato diferente: Lina se interessa, senta junto, aprende, *faz junto* pela primeira vez e mostra feliz o resultado do que produziu. Por outro lado, mesmo se incomodando com o nosso modo de

funcionar, Lina sempre mostrou cuidado e preocupação com nossas atividades e o bem-estar de todos. Lina, três meses antes do fim do grupo de convivência como pesquisa, se preocupa e espontaneamente me “diz que será uma pena [se o grupo acabar], que as pessoas gostam demais do grupo...” (TANIA, diário T21, p. 174).

Com uma certa frequência, em função de atrasos e faltas de profissionais (ou mesmo a pedido destes para poderem realizar outras tarefas), usuários de outros grupos foram encaminhados para o grupo de convivência. Por exemplo, no oitavo encontro, a composição do grupo é confusa, pois Vanessa (enfermeira) se atrasou e

os integrantes do grupo não sabiam se deviam ou não participar. Apesar de tentar resolver este impasse na reunião de equipe, continua confuso. Digo as pessoas que quem quiser participe e quem preferir pode esperar por Vanessa: que eles podem com tranquilidade escolher. Eles assim o fazem, mas Vanessa depois (já cerca de 14:30) vem atrás deles, os assusta um pouco em relação às faltas. Digo a ela que passarei uma lista só para ela e entregarei no final (TANIA, diário T7, p. 131).

Também de forma ambivalente, nos dois primeiros encontros do segundo semestre, os participantes do grupo de Marcelo ficaram conosco: no primeiro dia a seu pedido e no segundo por sua ausência. No encontro seguinte, ele vai até o nosso grupo e retira “algumas pessoas do espaço, pois “pertenciam” ao grupo dele. Algumas pessoas que gostam de participar do grupo de convivência (como a Sílvia e o Davi) saíram meio que não querendo” (GIOVANI, diário G16, p. 219).

A posição do grupo é ambivalente, pois cada vez mais o CAPS conta com o grupo, mas enquanto equipe, na última reunião, decidiram que os usuários não podem ficar só no grupo de convivência. É uma preocupação legítima: evitar que a equipe perca contato com os usuários, caso eles apenas venham ao grupo de convivência. No entanto, o modo como foi apresentada esta decisão foi um pouco confuso.

Contudo, no vigésimo terceiro encontro, noto em meu registro uma mudança da relação de Marcelo (psicólogo) comigo e com o grupo: “Me despeço, cansada, Marcelo diz “vai não”, de modo carinhoso” (TANIA, diário T20, p. 173). De fato nossa relação mudou: uma parceria se construiu ao longo do funcionamento do grupo – e sua continuidade mesmo após o fim da pesquisa - e de nossas supervisões conjuntas.

O ápice da dificuldade com o CAPS se manifesta no décimo primeiro encontro. Uma técnica de enfermagem, que não conheço, escondeu as agulhas de crochê para que não utilizássemos, apesar de termos a autorização da gerente.

Nadia, por outro lado, terapeuta ocupacional do CAPS com quem nunca tive nenhuma espécie de relação, mostra-se desde o início curiosa em relação à pesquisa. Em especial, após apresentarmos em reunião de equipe como Paulo, não apenas interage bem, mas é cuidadoso com os novos integrantes, Nadia se aproxima de nós e do grupo de convivência e se torna importante parceira.

Gradativamente, o grupo começa a fazer parte orgânica do CAPS. Sinto uma mudança também em mim: estou mais dentro do que fora. Alguns registros em meu diário do vigésimo quinto encontro revelam esta mudança. “Toda semana há uma pessoa nova no grupo. É interessante, sempre desafiante. Minha suspeita é que Marlene [gerente do CAPS] quem encaminha para o grupo (rsrs)” (TANIA, diário T23, p. 178). Marcelo (psicólogo do CAPS) organizou um passeio “para o grupo dele e para o nosso, olha que especial!” (idem).

Nas reuniões com a equipe do CAPS, quando compartilhávamos os desdobramentos do grupo de convivência, foram surgindo diferentes opiniões dos profissionais e repercussões das atividades de pesquisa no CAPS. Por exemplo, conversamos em reunião com a equipe o quanto o “parecer não estar fazendo nada” na convivência entra em conflito com nossa formação centralizadora e autoritária. Marlene afirma que “tem essa preocupação da gente enquanto profissional, tem essa coisa de imaginar mesmo, de sair daqui e não falar alguma coisa, um conceitinho, será, parece que não fizemos nada, parece que deixou correr solto, é confuso sabe?” (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 18/12/13). Carla, se referindo especificamente ao grupo de convivência, afirma não o ser “uma convivência crua, também tem alguma coisa de grupo” (idem) e sugere que a convivência seja apenas um complemento, “não como uma coisa única que deveria existir” (idem).

A estranheza e ambivalência, em especial, em relação ao modo de funcionamento flexível e aberto do grupo de convivência, desvelam o desafio, para todos nós, implicado na mudança de paradigma em saúde mental. Uma mudança em direção a uma prática menos burocrática e prescritiva, e mais flexível, afetiva e espontânea, sustentada a partir do esforço de construir juntamente com os usuários um modo de *estar com* e *fazer junto* no CAPS que potencializa o espaço terapêutico, pois se configura em uma forma de cuidado que “exige a emancipação do outro” (DEMO, 2003, p. 17).

Na última reunião com a equipe do CAPS sobre o grupo de convivência enquanto pesquisa, ao final de um ano, quando anunciamos (após o convite do CAPS

e o interesse manifesto dos frequentadores) que iremos continuar o grupo de forma voluntária, sem ser pesquisa, a assistente social Mara, feliz com a notícia, nos conta que alguns usuários dizem para eles: “Não me tira do grupo de quarta” (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 18/12/13).

## **b) Questionamento próprio**

Na análise formal discuti minha implicação nas atividades de pesquisa, e, em especial, os efeitos em mim da convivência, bem como meus limites para implementar um certo modo de conviver no CAPS que visava cuidar para emancipar. Os aspectos que mais me mobilizaram ao longo da implementação da convivência, como destacado na etapa da análise formal, foram a dimensão da afetividade, tanto em relação à rapidez quanto à intensidade, a potencialização dos vínculos que se desdobraram desta afetividade e a flexibilização dos papéis; temas que serão retomados na reinterpretação.

Aqui neste tópico, quero destacar uma questão que aparece como inquietação frequente em meus diários, nas reuniões com o grupo de pesquisa, no diálogo com meu orientador: o lugar da clínica. Como fazer uma clínica não ocupada com a normatização, mas que enseje o soerguimento do sujeito? (SÁ; PEREIRA, 2006).

É um pressuposto ético deste trabalho, inspirado na experiência italiana, que a clínica em saúde mental só encontra lugar se subordinada à política, ou seja, ao objetivo maior de reinserção social. A clínica precisa ser, de forma rotineira e dialética, problematizada, senão facilmente retorna a sua origem normatizadora. “A patologização da loucura mostra a configuração cultural que possibilitou a emergência de um saber psiquiátrico e de um saber psicológico, a partir do exercício do poder disciplinar que atravessa os indivíduos” (SÁ; PEREIRA, 2006, p. 54). O poder disciplinar visa interiorizar nas pessoas a forma pela qual cada um pode se manifestar e perceber a si mesmo (FOUCAULT, 2002).

Neste sentido, o conhecimento formulado sobre a loucura visava à coerção não apenas da conduta, mas principalmente da subjetividade do insano, de modo que ele mesmo fosse capaz de se adestrar em perfeita consonância com os valores sociais. Aí está o centro do poder-saber moderno: propiciar a auto-imposição da disciplina, manipular a relação do indivíduo consigo mesmo, enfim gerar e gerir a subjetividade (SÁ; PEREIRA, 2006, p. 55).

A despeito da discussão que apresentamos no capítulo 04, com o apoio de vários autores e atores da reforma psiquiátrica brasileira, este “falso dilema” (PASSOS, 2009) político x clínico ressurgue a cada vez no cotidiano dos serviços de saúde mental. A clínica reencontra sua função histórica disciplinar a cada vez que “ao mostrar o caminho” a ser seguido manipula a relação do sujeito consigo mesmo. Por outro lado, Onocko-Campos (2001) alerta que, ao nos furtarmos de uma discussão clínica rigorosa, estamos criando “serviços pobres para pobres e [levando] à inviabilidade do Sistema Único de Saúde em termos dos custos crescentes derivados do alto consumo de técnicas diagnósticas e terapêuticas que acabam sendo caras, ineficazes, e, às vezes, até iatrogênicas” (p. 110).

Apesar de chamar de “falso dilema”, Passos (2009) organiza sua pesquisa de comparação das experiências francesa e italiana de reforma psiquiátrica a partir desta polarização: “confrontarei dois paradigmas prático-teóricos (...), chamados aqui (...) de ‘paradigma político’ e ‘paradigma clínico’, respectivamente exemplificados pela desinstitucionalização triestina e pela psicoterapia institucional francesa” (PASSOS, 2009, p. 23). A crítica que a autora faz à experiência italiana é a pouca ou inexistente ênfase em dimensões propriamente subjetivas, “nos moldes do que faria uma clínica psicologicamente orientada para a história da vida afetiva, imaginária ou fantasmático-simbólica do indivíduo” (p. 222). A ênfase na dimensão política, a partir da denúncia histórica do desaparecimento do sujeito sob o rótulo doente mental (BASAGLIA, 1985; 2005), convida os profissionais a reinventar papéis e funções, constituindo novas relações com os usuários, circulando nos espaços sociais reais, o que geraria um paradoxo na vivência profissional, pois este, “tendo de se despir, ou no mínimo suspeitar, do saber do qual se apropriou (e do qual o sujeito só participa em condição de submissão), não pode dele prescindir totalmente” (PASSOS, 2009, p. 223).

Ainda que seja necessário um esforço reiterado para desinstitucionalizar as relações, reconhecendo as contradições do real (BASAGLIA, 1985), se considerarmos a relação entre as dimensões ética, política e clínica em uma lógica de complementaridade (DERRIDA, 1967/1999), não mero complementos, só entendidos em sua relação recíproca e não inteiramente redutível, penso ser possível um cuidar emancipatório que se organize a partir da atenção e respeito ao modo próprio de subjetivação, aí incluídas também a dimensão afetiva, relacional e inconsciente. Dada a histórica e latente força normatizadora da clínica, nesta relação ainda que

suplementar, a clínica se desejamos o *soergimento do sujeito* (SÁ; PEREIRA, 2006) se subordina às dimensões ética e política. Penso que é o ético-político que abre a *possibilidade* da clínica não se estruturar de forma displicinar ou assistencialista. Se faz a partir das relações cotidianas, instigando a autonomia, “favorecendo, concomitantemente, transformações sociais, de modo que os espaços de convívio com a diferença possam se ampliar” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010, p. 1159).

No texto, *Politicidade da terapia*, Demo (2003) discute a necessidade ética de que o cuidar vise a emancipação do outro.

Precisa saber intervir de tal modo que a intervenção não degenera em efeito de poder. Precisa exercer poder que seja capaz de controlar o poder. Precisa orientar para que o “paciente” passe a orientar-se por si mesmo. Não deixará de precisar de ajuda. Mas terá da ajuda a noção emancipatória do cuidado: não se degrada quando é ajudado, e não degrada quando ajuda (...) ninguém se emancipa, ou aprende sozinho. Todos precisamos de cuidados. Mas o cuidado que interessa é aquele que contribui para a autonomia do outro (DEMO, 2003, p.17).

Neste sentido, continua o autor, autonomia não é sinônimo de competitividade ou apartação. Autonomia precisa incluir a solidariedade, não para desfazer a capacidade de confronto, mas, ao combinar energias não lineares e ambivalentes, visa gerar um sujeito que reivindica seus direitos e, por ser solidário, capaz de respeitar o direito dos outros (DEMO, 2003).

A clínica desejada não é pedagógica, curativa, adaptacionista, ortopédica. Clínica enquanto desvio: “enquanto *clinamen*, possibilidade de, no encontro com o outro, produzir diferença” (PASSOS; BENEVIDES, 2001, p. 93). Os autores investigam o sentido da clínica como política na contemporaneidade, ocupados não com a ideia de sujeito, mas de produção de subjetividade (em uma inspiração deleuze-guattariana). Se, no contemporâneo, as relações de poder incidem sobre o próprio processo de vida, mais do que em corpos individuados, sugerem a biopolítica como uma política em favor da vida, esta entendida como ponto onde o exercício de poder pode incidir e, ao mesmo tempo, ponto de resistência. No lugar do assujeitamento, resistência e criação que se faz “biopoliticamente através de práticas de si, de uma estética da existência que investe na capacidade de auto-organização ou de autopoiese da vida” (PASSOS; BENEVIDES, 2001, p. 94). Clínica como desvio é resistência, processo de criação no qual é possível nos reapropriarmos de componentes outros de

subjetivação criando novas possibilidades existenciais (PASSOS; BENEVIDES, 2006).

No esforço realizado neste trabalho de problematizar uma clínica com base na convivência, norteadas por estes princípios ético-políticos, meu movimento parece ter sido primeiro o de negar o lugar de clínica e os papéis formais tradicionais que habitualmente ocupo, me permitindo estar na convivência mais disponível não apenas no sentido de me ocupar com todos, de dar consequências aos pedidos, demandas e desejos, mas *afetivamente* mais disponível. Ao ter “abandonado” este papel, o redescubro justamente nesta disponibilidade afetiva:

*Hoje estava com mais saudades. Estou cansada da sobrecarga de tarefas e trabalhos, de problemas pessoais, da parte burocrática da pesquisa (fazer os diários, ir até [a cidade onde o CAPS está situado]...), mas das pessoas efetivamente sinto saudades. Gosto de estar com o grupo. Ter me dado conta também na última reunião de pesquisa de que o clínico, que parecia tão difícil de ser caracterizado na convivência, está presente comigo o tempo todo me desorganizou um pouco. Quando estou lá não estou fazendo pesquisa, eu nem lembro da pesquisa. Minha postura é clínica, no sentido do cuidado, estou lá e após o grupo pensando nas pessoas e em como ajudá-las e respeitá-las (TANIA, diário T27, p. 195).*

Dar-me conta de que a dimensão clínica do cuidado esteve sempre, em alguma medida, presente, ajuda a entender como o grupo acabou por *articular-se de uma forma muito dinâmica com as outras atividades em que estou envolvida no CAPS*: o projeto de extensão, o estágio, as demandas que surgem da gerência do CAPS, bem como a proximidade construída com vários profissionais. Um objetivo comum nos une: tentar cuidar.... Neste sentido, ao longo de sua implementação, o grupo foi gradativamente se integrando ao CAPS, embora ocupe também um lugar algo estrangeiro.

### **c) Reinterpretação**

*“Nossa, Tania, esse negócio está mexendo com a cabeça da gente”*  
Marlene (gerente, REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 02/10/12).

Destaco, por fim, considerando o percurso teórico-prático-analítico produzido até aqui, reflexões finais no esforço de diferenciar a convivência enquanto dispositivo ético-político-clínico de cuidado dos dispositivos terapêuticos tradicionais: o combate à formalização; a flexibilização dos papéis; a potencialização dos vínculos a partir da afetividade; a mutualidade do cuidado e o fazer caber a alegria e o prazer em um lugar

que oficialmente acolhe a dor são as características/princípios demarcados. O conceito de heterotopia<sup>161</sup> (FOUCAULT, 1984) está, em certa medida, guiando - às vezes de forma explícita, às vezes de forma discreta - as reflexões seguintes.

Duas diferentes pesquisas comparadas ilustram um paradoxo entre o que profissionais e usuários esperam do CAPS. Bellenzani, Coutinho e Chaveiro (2009), ao refletirem sobre as práticas grupais em um CAPS, chamam a atenção em relação à resistência dos psicólogos para participarem de grupos que sejam de convivência, permanecendo fortemente voltados apenas para os atendimentos psicoterápicos individuais e grupos psicoterápicos tradicionais. Já na pesquisa realizada por Miranda e Onocko-Campos (2012) sobre o trabalho de referência nos CAPS, os usuários “valorizam um tipo de trabalho diferente daquele próprio a *settings* formalizados, como atendimentos psicoterápicos, grupos e oficinas” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 523).

O *combate à formalização*, não impondo condições para cuidar, horizontalizando relações a partir do *fazer junto* e de uma intensa circularidade de papéis entre todos nós, permitiu a construção de um modo de cuidar cuja principal marca foi a mutualidade. Esta característica da convivência de introduzir a espontaneidade, combatendo à formalidade – efeito da institucionalização - nos CAPS, a faz se aproximar de uma heterotopia (FOUCAULT, 1984), um espaço outro “que tem a curiosa propriedade de estarem em relação com todos os outros lugares, mas de tal modo que eles suspendem, neutralizam, ou invertem o conjunto de relações que eles designam, espelham ou refletem” (p. 4).

Desde o início, nosso combate à formalização foi um esforço para problematizar a tendência à institucionalização que percebíamos estar operando em nossos serviços de saúde mental. Ao comentar com a equipe sobre a surpresa dos usuários em relação a um grupo aberto, uma psicóloga afirma: “*agora tá bem disciplinado*, que antigamente eles vinham [a qualquer hora], agora eles estão vindo mais no horário deles mesmo” (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 02/10/12). Sigo falando sobre como pode ser difícil entender uma atividade que é aberta, que não precisa estar escrito, que eles podem vir se quiserem. A gerente neste momento intervém e diz que “eu também acho, sabe Tania, que convivência é uma coisa que a

---

<sup>161</sup> Agradeço aos meus ex-alunos e estagiários, Nivaldo Coelho e Raquel Trindade, por terem me apresentado este conceito foucaultiano e por terem produzido um relatório final de estágio que é o sonho de qualquer orientador.

gente tem que estar falando sempre, divulgar mais” (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 02/10/12).

Na última reunião com a equipe do CAPS, descrevo o esforço que fazemos para evitar ao máximo o formalismo: as pessoas chegam e não ficam esperando que a gente “chame” para começar o grupo (Luíza, por exemplo, vai chamando as pessoas), as pessoas se sentem mais livres para buscar o material, mesmo no armário; o grupo acaba porque os usuários dos outros grupos começam a chegar para o lanche; as pessoas se servem, um serve ao outro; nada de filas. “Eu tenho impressão de que são pequenos gestos que ajudam a construir essa sensação de estar em casa, de se sentir acolhido, no grupo” (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 18/06/13).

O estranhamento dos usuários em relação a este funcionamento aberto surgiu inicialmente quando a proposta do grupo foi apresentada formalmente. Diferentemente dos profissionais, este estranhamento se desfez de forma muito rápida no fazer em si (tanto na atividade de convivência quanto no grupo): seja pelo engajamento em atividades que interessavam; seja por aproveitar a disponibilidade dos pesquisadores para *estar com* e conviver.

Este combate à formalização produz, como um de seus efeitos, a flexibilização e a circulação de papéis que discutimos na análise formal. Amanda, que entra no segundo semestre, em seu primeiro dia no grupo, diz que não é possível saber quem é usuário, familiar, estagiário, pesquisador ou profissional. Um dos aspectos que sempre nos impressionou na experiência da Inverso (que, em certa medida, inspirou o tema deste trabalho) e que conseguimos levar para esta experiência no CAPS.

Nas reflexões de Giovani surgem, em vários momentos, a sensação de não estar no CAPS, quando compara com suas outras experiências em grupos no CAPS: como se estivesse em qualquer outro lugar, na rua, em uma praça, em uma confraternização e não nas atividades formais do CAPS. Neste espaço outro que a convivência introduz no CAPS se opera também uma mudança de atitude que sente por parte de alguns usuários, que são mais ativos e presentes. Giovani, em seus diários, credita esta mudança a possibilidade de escolha e abertura que introduzimos.

A proposta da humanização é que, ao serem criados esses espaços coletivos com a inclusão de diferentes saberes para as discussões da transformação na *ambiência*, se favoreça a problematização sobre os modos de operar, as práticas instituídas e os processos de trabalho nesse espaço, contribuindo para o aumento da capacidade de análise e intervenção sobre esses processos e a construção de novas situações, relações de trabalho e convivência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 1).

Ainda que o próprio CAPS possa ser considerado, em alguma medida, uma heterotopia de desvio (FOUCAULT, 1984), já que acolhe pessoas que são julgadas culturalmente como desviantes, o modo como buscamos introduzir uma nova forma de convivência altera a ambiência, cada vez mais formalizada no CAPS. De acordo com o segundo princípio da descrição foucaultiana das heterotopias, esses seriam lugares que variam de função, muitas vezes apresentando função diversa do originalmente proposto. A convivência, como espaço heterotópico, introduziu algumas mudanças no funcionamento do CAPS. Desde algo muito simples que é, ao invés de fazer filas para receber o lanche, *sentar juntos* nas mesas, em um modo de servir coletivo. Introduzir esta pequena mudança exigiu esforço e articulação: foi preciso conversar com vários profissinais que se aborreciam com esta mudança, pedir autorização em reunião com a equipe do CAPS para proceder de forma diferente... A heterotopia é capaz de justapor em um único lugar real, diversos espaços, diversos lugares que são eles mesmos incompatíveis, heterotopias em forma de lugares contraditórios (FOUCAULT, 1987).

Uma outra dimensão no combate à formalização diz respeito a nossa relação com diagnósticos: não convivemos com supostas doenças, mas com pessoas.

Libertamo-nos quando colocamos em questão a naturalidade ahistórica de categorias com as quais nos identificamos, indagando a história que subjaz a estas categorias, isto é, indagando seu processo de constituição. A liberdade, portanto, se alcança por um exercício crítico ou, como entendemos, por um exercício clínico, desviando-nos da natureza humana que acreditamos nos definir (PASSOS; BENEVIDES, 2001, p. 98).

Para Leal e Delgado (2007), a clínica é fruto da relação que se estabelece entre o sofrimento psíquico, o serviço e a comunidade, neste sentido, o que o sujeito experiencia em seu sofrimento diz não somente de seus sintomas, mas de um modo de relação com o outro e consigo mesmo. Clínica e convivência se articulam no cuidado que só se faz possível se parte da experiência das pessoas e de como elas vivenciam o cuidado e não de categorias que suspostamente as definem. Os autores perguntam: “Como desenhar intervenções que não tratarão a história vivida pelo paciente como mero sintoma a ser ultrapassado, nem como destino a ser cumprido, mas que, partindo dela, terão o propósito de facilitar a sua reescritura?” (LEAL; DELGADO, 2007, p. 141).

A partir da convivência, tal como construímos na teoria e na prática deste trabalho, não há restrição ou critério para participar do grupo: acolhemos as mais diversas demandas e diferentes momentos do sofrimento; primeiras crises, situações de cronificação; pessoas que estão prestes a sair do CAPS... A diversidade do grupo é um desafio na condução, uma potencialidade para a construção do cuidado mútuo, uma ética de inclusão e um modo de acolher à alteridade. Não colocamos condições para cuidar.

O combate à formalização é uma das características que diferenciam a convivência (mesmo em sua forma institucionalizada em um grupo com hora marcada!) dos dispositivos clínicos clássicos, consultório e grupos psicoterápicos. A diferença em relação aos dispositivos tradicionais aparece, em especial, na espontaneidade e na utilização dos diferentes mediadores *como estratégia para alcançar cada sujeito em sua alteridade*. A espontaneidade da convivência permite o surgimento dos mais diversos conteúdos: não se fala apenas sobre os sintomas, mas sobre a vida, seus desafios, dores e alegrias. Esta espontaneidade associada à flexibilização dos papéis leva ao fortalecimento do vínculo na convivência e à mutualidade do cuidado. Um modo de cuidar que é mais próximo do viver e se esforça por considerar as condições de vida - emocionais, sociais e econômicas (SOUZA, 2009) - das pessoas que acompanhamos nos serviços de saúde mental.

O que está em jogo não é apenas o uso de mediadores, o que pode estar presente em qualquer oficina ou mesmo em alguns grupos psicoterápicos. Se as pessoas “que oferecem o grupo não tem clareza de objetivos, o espaço é banalizado, os usuários são ‘encaminhados’ para o grupo e ‘devem ir’, nunca ninguém se perguntando sobre o que tal espaço significa para esse usuário em particular” (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 107). Para a autora, pouca ou nenhuma interrogação sobre o sentido de nossas práticas estão sendo operadas no serviços de saúde mental.

Diferentemente, a necessidade de utilizar diferentes mediadores e diferentes atividades esteve relacionada ao nosso esforço e implicação para encontrar lugar e sentido para cada pessoa, deixando as peculiaridades do sujeito ocuparem o centro. Não é fazer qualquer coisa ou obrigar as pessoas a fazerem determinadas atividades ou utilizarem determinados materiais ou objetos ou falarem sobre determinado assunto, mas produzir coletivamente algo que faça sentido para o sujeito e que ao estar articulado à sua história tem a potencialidade de se configurar em uma experiência de integração.

Essa é uma preocupação constante do grupo (...) achar lugar pra todo mundo. É por isso que acontecem tantas coisas ao mesmo tempo. Porque as pessoas tem desejos, interesses diferentes e alguns dão muito trabalho da gente descobrir. (...) o cuidado tá surgindo realmente de diferentes formas, de formas não comuns, vamos assim dizer, no grupo (REUNIÃO COM A EQUIPE CAPS, 18/06/13).

As diferentes atividades e materiais também se associam com o esforço de fazer da convivência um lugar de produção de vida, de modo que tudo aquilo que diz respeito ao viver encontre acolhida: “lá onde o que somos está em vias de se modular, em que algo se anuncia como expressão da diferença, quando morremos no que somos para advir outra coisa” (PASSOS; BENEVIDES, 2006, p. 97).

Uma diferença com os grupos terapêuticos clássicos é que, na convivência, *tratamento e reabilitação não estão separados*. Não faremos as atividades quando as pessoas estiverem melhor: Rose pôde aprender crochê mesmo quando uma profissional diz que não adianta nem tentar, pois ela já esteve no grupo de crochê e ela não dá conta de fazer; vamos sair juntos, apesar do pânico, se assim Paula o desejar; o passeio não é um prêmio para quem “melhorou”...

as atividades que ofertamos nos serviços tanto não podem ter todas as mesmas regras de funcionamento, como precisam elas mesmas constituírem espaços de liberdade capazes de acolher a idiossincrasia dessas pessoas e operar a partir delas. Só assim esses espaços não irão reproduzir a atitude, comum no meio social, de intolerância a esses modos marginais de existir. Para isso é fundamental que as atividades oferecidas no serviço não se esgotem em si mesmas (LEAL; DELGADO, 2007, p. 143).

A espontaneidade da convivência permite experimentar outros papéis e já não estamos mais tão presos aos lugares e funções de ser paciente, louco, usuário, profissional, técnico, familiar, estagiário... Neste sentido, a convivência, ao propor uma presença a menos formalizada possível, propicia a criação de um outro espaço, uma heteropia mais livre e vazia em que o sujeito pode “exercitar sua capacidade para alucinar, sonhar, brincar, pensar e mais amplamente, criar o mundo na sua medida e segundo suas possibilidades” (FIGUEIREDO, 2007, p.22).

Neste sentido, uma outra diferença da convivência em relação aos dispositivos clínicos tradicionais (consultório e grupos psicoterápicos) que aparece é uma mudança de papéis dos usuários, familiares e dos profissionais em direção a uma maior flexibilização, o que permite, a cada vez, ocupar lugares e papéis diferentes e uma maior horizontalização nas relações.

A *flexibilização dos papéis* me parece ter sido aspecto central para a potencialização dos vínculos na convivência. A análise do episódio *par ou ímpar* permitiu ampliar a reflexão sobre a importância desta flexibilização, pois se configura como um exemplo, ainda que desajeitado, do esforço para não ocupar um lugar de centro, de autoridade. Foi um episódio marcante, pois desvela, acredito, a relação necessária no campo da saúde mental entre a política e a clínica, ao mesmo tempo, em que nos permitiu ver, no acompanhamento de Luzia, por exemplo, que um certo desempoderamento de nossa parte (em um posicionamento ético de que somos insuficientes) foi um dos aspectos envolvidos no percurso de empoderamento de Luzia.

Para ser possível esta disponibilidade e abertura que potencializam os afetos a partir da flexibilização dos papéis, é preciso que a atividade faça sentido para os usuários, mas também para os profissionais. Já no terceiro dia no grupo, sinto o efeito negativo de estar envolvida em atividades que não tem um efeito integrador<sup>162</sup> para mim.

Algumas reflexões, a partir deste encontro, são compartilhadas na reunião com a equipe do CAPS ao final do primeiro semestre de implementação do grupo de convivência:

teve um momento que foi muito marcante para mim, *eu me senti obrigada a fazer uma determinada atividade, e eu pensei: quantas vezes a gente já não fez isso? Hum... [em um tom que revela arrependimento] As pessoas fazem só porque nos estamos dizendo pra elas que é bom fazer* (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 18/12/12).

Em certa medida, ter experimentado em primeira pessoa esta imposição – me sentir obrigada a fazer algo com o que não me identificava – intensifica minha reflexão sobre o esforço que devemos fazer para *construir de forma coletiva*, ao invés de prescrevermos para as pessoas as atividades que idealizamos. Faz pensar na discussão de Demo (2006a) sobre a construção da informação qualitativa, em que é importante que o pesquisador tenha algum conhecimento ou convivência no contexto social constitutivo da vivência do sujeito. Além de possibilitar um maior vínculo, esse contato torna mais fácil o *standpoint epistemology*, termo que de acordo com Demo (2006a), reflete a “preocupação epistemológica de entender o outro assim como o

---

<sup>162</sup> Para Figueiredo (2007) fazer sentido equivale a constituir para o sujeito uma experiência de integração.

outro gostaria de ser entendido” (p. 32). Enfatizando assim a importância do pesquisador colocar-se no lugar do participante e sua tentativa de “sentir” aquela vivência. Desse modo, o protagonismo da construção dos dados é compartilhado entre narrador e pesquisador, através do diálogo entre os dois. Pude “sentir na pele” o efeito de me sentir obrigada a fazer algo que não fazia sentido para mim.

O que mais me surpreendeu na experiência da convivência foram a rapidez e a intensidade com que os vínculos se formaram. Ao discutir com a equipe que a *potencialização dos vínculos e a dimensão da afetividade* também me incluía de uma forma intensa e diferente, Marlene inicia um movimento interessante de tentar avaliar, através do impacto em mim, o valor da convivência para os usuários. Para Passos e Benevides (2006), a clínica é uma experiência com os afetos, intervindo nas fendas da existência, em uma “zona de indeterminação que se dá entre os encontros e os corpos” (p. 97).

Não é que qualquer relação seja em si mesma terapêutica, mas uma relação sustentada em um esforço para perceber a singularidade do sujeito e, em um mesmo movimento, sustentar a possibilidade de sua existência. Assim, caminha-se na direção de desenvolver uma sensibilidade que capacita o profissional para conhecer o usuário e contribuir para que ele se faça ouvido, reconhecido e compreendido também por outros atores sociais.

Em suma, a dimensão ética, que nos conduziu a uma postura de abertura, informalidade e disponibilidade ao encontro com o outro, produziu:

- a) em uma dimensão política: uma flexibilização dos papéis
  - dos profissionais: estar na pele do outro e aprender; sair do centro
  - dos usuários: empoderamento
- b) em uma dimensão clínica: resgatou a afetividade como aspecto central, potencializando os vínculos.

Além disso, em uma outra distinção com dispositivos terapêuticos clássicos, para além da *mutualidade no cuidado* (que se constrói em um espaço marcado pela flexibilização dos papéis, pela horizontalização e afetividade), em algumas circunstâncias, **o melhor cuidador foi outro usuário.**

*Acho que essa mutualidade do cuidado, essa horizontalidade, a possibilidade de ocupar papéis diferentes no grupo que é o que o grupo da convivência permite, eu tenho visto mesmo um potencial terapêutico aí. De cuidado mesmo, são diferentes*

*lugares* mesmo, de professor, tem gente que ensina, de amigo, de conselheiro, de anfitrião (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 18/06/13).

Coelho e Trindade (2013), resgatando as reflexões de Figueiredo (2007) sobre o cuidado, ao refletir sobre suas experiências como estagiários neste mesmo CAPS, alertam para uma possível “crise de cuidadores” que levaria à crescente demanda por cuidadores profissionais, personificados nas figuras dos profissionais de saúde. Os procedimentos técnicos codificados e ritualizados efetivamente pouco oferecem em termos do cuidado como temos apresentado aqui, pois as tarefas do cuidador não se ensinam ou prescrevem, pelo contrário, pois o “equilíbrio dinâmico entre as funções da presença implicada e suas relações com a presença reservada” (FIGUEIREDO, 2007, p.23) não só não são ensinadas como não podem ser aprendidas em nenhum manual.

Para Coelho e Trindade (2013), além da possibilidade de criar e sonhar, na convivência, também se exercita a capacidade de cuidar das pessoas, capacidades essas que, segundo Figueiredo (2007), devem ser introjetadas. Mas para isso, é preciso tempo, é preciso espaço. E a forma como as atividades estão estruturadas e desenvolvem-se no CAPS não oferecem normalmente esse tempo e esse espaço, pois presas a um certo formalismo

no lugar do exercício criativo e pessoal das atividades de cuidados encontraremos a pura e simples inaptidão para cuidar ou um exercício mecânico, estereotipado, repetitivo e compulsivo (FIGUEIREDO, 2007, p. 23).

Um outro aspecto que faz da convivência um espaço heterotópico é *fazer caber a alegria e o prazer em um lugar que oficialmente acolhe a dor*. Está presente uma dialética entre poder falar do sofrimento (quando quiser, o que é incentivado pela informalidade) e poder “esquecer”- poder ter momentos de alegria e prazer, o que exige nosso cuidado clínico para perceber quando o esquecimento e o prazer viram “fuga” ou quando é importante “injetar” alegria para que o sujeito possa “respirar” um pouco para além de sua dor. Outra característica apontada por Foucault (1984) é a possibilidade das heterotopias de serem, ao mesmo tempo, vários espaços num só, espaços esses que muitas vezes podem ser incompatíveis ou mesmo contraditórios.

Abrir espaço para o prazer e alegria não nos faz esquecer a importância de também acolher a dor, a tristeza, a angústia e a agonia: algo difícil de conviver. Uma das maiores potencialidades da convivência – a possibilidade da criação de espaços de

prazer a partir da espontaneidade e da horizontalização dos papéis/funções – é também um risco se nos esquecermos do cuidado e iniciarmos uma fuga – o mais comum na vida cotidiana social e também saída defensiva psíquica central – do que incomoda, dói e faz sofrer.

Sem nos esquecermos do cuidar, o prazer de estarmos juntos e a alegria permitem estreitar as relações. Marlene diz que, ao observar o grupo, percebe que é “muito dinâmico e alegre, que tem carinho, as pessoas parecem felizes ali. Você estava falando de papéis, a impressão é que as pessoas ali não estão exercendo papel, elas são reais, elas são elas” (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 18/12/12). Respondo que, gradualmente e em diferentes medidas e matizes ajustadas a cada momento em função das necessidades e demandas que surgem no grupo, “eles não estão no papel de paciente, acho que do mesmo jeito que eu não estou lá no papel de técnica” (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 18/12/12).

A dimensão do prazer também é importante para os profissionais, pois o trabalho de cuidar, que é tão exigente do ponto de vista emocional, fica mais leve, mais fluido. Neste sentido, encontrar o modo e a forma possível de atuação para cada profissional, respeitando suas características e também preferências, de modo que sua atuação tenha sentido e um efeito integrador, é fundamental “para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para vivificar o sentido da vida no outro” (MERHY, 2004, p. 8). Para o autor, “um corpo alegre está em plena produção de vida, está em expansão (...) ou seja, só um coletivo que possa estar em plena produção de vida em si e para si, pode ofertar, com o seu fazer, a produção de novos viveres não dados, em outros” (p. 10). Para Merhy (2004), a alegria como combustão para o trabalho de cuidar e o alívio na experiência cotidiana de trabalho são eixos fundamentais para construir “CAPS anti-manicômios”. Mosher e Hendrix (2004), nesta mesma direção, destacam a importância da equipe reconhecer os próprios limites e não se exigir mais do que o suportável, afinal cada pessoa tem um nível de tolerância para lidar com determinada situação.

Por fim, destaco alguns efeitos da experiência da implementação de uma outra forma de conviver no CAPS. Me parece que a diferença no modo dos profissionais se relacionarem com a convivência está, por um lado, relacionado ao estilo de formação e atuação com uma conotação mais autoritária ou mais ancorada no reconhecimento da dimensão política e do objetivo de empoderamento. A convivência exige uma disponibilidade ética para estar com outro, sustentada em uma posição política de

reconhecer o outro em sua diversidade e alteridade e acolher, o que é incompatível com uma formação autoritária e prescritiva. Por outro lado, em parte esta disponibilidade pode estar presente não necessariamente na formação estritamente profissional, mas em uma disponibilidade afetiva para *estar com, fazer junto e deixar ser*.

A pouca valorização da convivência está presente na fala e gestos de vários profissionais que não a reconhecem como trabalho, pois não *parece* trabalho. A necessidade de que o mediador tenha uma função, por exemplo, quebra-cabeça para a memória. Utilizar um quebra-cabeça como fazemos, apenas como uma forma de *estar com e fazer junto* parece ser só um passatempo e portanto não tem valor. Por um lado, é preciso cuidar para que não se torne mesmo mero passatempo, “tapa-buraco”, forma de não se envolver/engajar no trabalho e no contato com o outro. Se um profissional faltar o grupo vira “convivência”. Por outro lado, a potencialidade da convivência está na construção coletiva, que convoca o usuário a se posicionar sobre o que deseja ou não, gosta ou não, e nos aproximarmos de forma mais livre, menos estruturada e centralizada; o que entendo pode ameaçar nosso papel institucionalizado de profissional. Na convivência está implicada uma certa lógica “desespecialista”:

É a essa forma de trabalhar dos triestinos, desconstruindo saberes canônicos e valorizando as relações sociais reais, que chamei de lógica ‘desespecialista’. A ela corresponde uma ética coletivista com fundamento maior no compromisso político do agente de saúde em relação à realidade social, material e concreta do usuário, visto como cidadão (PASSOS, 2009, p. 227).

A experiência de Soteria em utilizar profissionais que não eram da área de saúde ajuda a pensar o quanto a convivência em sua lógica desespecialista nos assusta<sup>163</sup>. O potencial curativo em Soteria não estava relacionado à “especialidade”, mas a disponibilidade para conviver e *estar com*.

Parece-me que insistimos nos grupos terapêuticos, mesmo quando reconhecemos, por exemplo, desanimados nas reuniões de equipe pela estagnação/ineficácia de nossas ações, porque é o que aprendemos a fazer<sup>164</sup> na universidade. Há um certo conforto em reproduzir aquilo que aprendemos que seria supostamente eficaz. Não muito diferente da posição sustentada na instituição

---

<sup>163</sup> “*Deprofessionalization has no more adherents than demedicalization*” (MOSHER & HENDRIX, 2004, p. 277).

<sup>164</sup> Isso quando o aluno teve a oportunidade de realizar atividades de estágio voltadas para grupos e não apenas atendimentos individuais, senão será meramente transportada a lógica do atendimento individual para o grupo.

manicomial, “quadro inalterado, conduta mantida” (Tenório, 2001), onde a conduta se mantém, apesar de ineficaz, porque se o sujeito não melhora a “culpa” é dele e de sua “doença”. Em uma reunião de equipe, uma das psicólogas, quando eu tematizava o desafio que é estar em outras posições na convivência, em especial, por estar mais pessoalmente, reitera que há um desconforto implicado, um certo desnudamento, ao deixarmos “nossos muros do consultório e dos grupos”.

“Este compromisso clínico só se faz pondo em questão nossos especialismos, o que exige de nós a busca de estratégias eficazes contra o conservadorismo das imagens identitárias” (PASSOS; BENEVIDES, 2001, p. 91). A gerente reconhece que o CAPS não incentiva muito o *estar com*, em especial, a relação entre eles. Em uma de nossas reuniões salienta que o CAPS se ocupa muito em fazer grupos, mas não em incentivar a construção de redes entre os usuários. O grupal, no sentido da convivência, deve ser pensado como “capaz de engendrar novas modalidades de si e de mundos” (RIBEIRO, 2002, p. 91).

Espaços de convivência passaram a ser parte do cronograma da instituição e há um incentivo para que alunos extensionistas, estagiários e voluntários que o CAPS recebe de várias instituições se coloquem disponíveis para *estar com* os usuários de uma forma menos institucionalizada. Nas reuniões de equipe e nas supervisões, alguns profissionais falam sobre a convivência e sobre a importância dos espaços informais (lanches, intervalos e espera) como privilegiados para a construção dos vínculos e para melhor conhecer e acessar os usuários. Por exemplo, um projeto com estagiários de terapia ocupacional foi inaugurado nas salas de espera e espaços de convivência e está incluído no cronograma oficial de atividades do CAPS. Certamente que há uma mudança no CAPS em direção à valorização da convivência, mas a disponibilidade dos profissionais para ocupar estes espaços ainda é discreta. Ainda que consideremos a realidade cruel deste CAPS cuja população de referência é de 1.200.000 habitantes (quando deveria ser de até 200.000 habitantes), a convivência ainda parece ser menos importante que conduzir alguns grupos terapêuticos, nos moldes clássicos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### Sugestões de (des)organização do CAPS a partir da lógica da convivência

*“(...) o odor de halloperidol que caracteriza, pelo cheiro, o hospício ou a clínica. Um Caps burocrático é um Caps que cheira mal”* (LANCETTI, 2008, p. 48).

*“São ações simples e solidárias, coletivas, que vão construindo aos poucos uma vida melhor para todos”* (Delgado, 2010, citado por Vasconcelos, 2013, p. 2).

*“Most serious, reducing symptoms of disturbed and disturbing behavior does not effect reintegration. It merely mutes inconvenience”* (MOSHER e HENDRIX, 2004, p. 277).

A reflexão que se desdobrou da análise da experiência concreta de convivência em um CAPS, articulada com o esforço teórico inspirado por diferentes campos de saber e diferentes experiências no campo da saúde mental, aponta para a potencialidade da convivência como um dispositivo de cuidado. A convivência, se guiada pelas constelações de princípios e características sustentadas pelas dimensões ética e política (afinal não é qualquer encontro humano que é terapêutico), configura-se na possibilidade de construir um cuidado privilegiado em saúde mental através das disponibilidades afetivas de *estar com, fazer junto e deixar ser*.

O combate à formalização, permitindo uma flexibilização e uma circularidade dos papéis, culminando na construção de redes solidárias e de relações mútuas de cuidado, marcadas pela afetividade, espontaneidade e a alegria, tornou possível acolher o sofrimento, sem nos furtarmos aos confrontos, desencontros e ambivalências que constituem, de todo modo, quem somos.

O sofrimento humano é aqui entendido não pela marca dos sintomas, mas como a “maneira peculiar como uma pessoa conseguiu ou não pôr em marcha as questões de sua existência” (SAFRA, 2004, p. 122). Este modo de assumirmos o sofrimento é o que sustentou, por exemplo, a experiência de Soteria e penso que também é o que pode sustentar um CAPS (des)organizado através da lógica de convivência.

O CAPS não é um Centro de Convivência; este tem sua função e objetivos estratégicos e específicos na constituição da RAPS: um espaço no qual pessoas com variados tipos de diferença possam transitar, oferecendo à população possibilidades de troca social e de intervenção e produção na cidade e na cultura (MARAZINA, 1997; BRASIL, 2011b). Mas o CAPS pode ser reorganizado de modo a constituir-se como um espaço de tratamento que reconhece o potencial terapêutico da convivência.

As suas características - abertura, poder escolher, estar disponível a cada um, construindo conjuntamente a partir do desejo e do vínculo, de modo a acolher as diferentes formas de participação, em um espaço afetivo que visa o estabelecimento de relações horizontais e fraternas - permitem a construção de um cuidado que, por um lado, respeita as peculiaridades <sup>165</sup> de quem acompanhamos e que, fundamentalmente, em um mesmo movimento visa o empoderamento.

Vários autores, entre eles alguns supervisores institucionais, têm denunciando uma certa perda na potencialidade terapêutica dos CAPS em função de um movimento de burocratização e formalização que levam a um fechamento da instituição em si mesma (DELGADO, 2014; LEAL; DELGADO, 2007; LANCETTI, 2008; ONOCKO-CAMPOS, 2001; MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2006, 2012). “Um dos grandes obstáculos dos Caps é a centralização em si mesma e sua pouca abertura para o território” (LANCETTI, 2008, p. 46). O CAPS é a porta de entrada para as pessoas com sofrimento psíquico intenso no sistema público de saúde. Portanto, é preciso cuidar para que esta porta de entrada que representa uma passagem para a reinserção social (LOBOSQUE, 2003; COELHO; TRINDADE, 2013) não se torne uma rua sem saída, dadas as condições precárias de agenciamento de redes socioculturais que a instituição oferece a seus usuários. “Dessa forma, o que era para ser passagem torna-se o ponto final para muitas pessoas, que só consegue estabelecer vínculos e ter uma vida dentro das paredes do CAPS” (COELHO, TRINDADE, 2013, p. 6).

Seguem algumas sugestões para (des)organizar o CAPS, calcadas na convivência, considerando, por um lado, como nossa RAPS deveria ser e funcionar, pois é preciso continuar lutando pela sua construção no DF. Por outro, as sugestões levam em consideração, especificamente, a atual realidade do DF que é, conforme descrito na contextualização sócio-histórica, uma das mais baixas coberturas de CAPS no Brasil, sem nenhum CAPS funcionando de fato 24 horas (com exceção de CAPS ad), sem nenhuma residência terapêutica, sem nenhum centro de convivência financiado pela gestão <sup>166</sup>. Neste sentido, as sugestões, amparadas pela contextualização sócio-histórica do campo da saúde mental no DF, sustentam-se no

---

<sup>165</sup> Tentamos fazer diferente de Procasto cuja hospitalidade estava condicionada à sua medida: se o visitante fosse mais alto, teria seus pés amputados para caber na cama; se fosse menor, seria esticado (MANONNI, 1992).

<sup>166</sup> A Inverso, que funciona como um Centro de Convivência, é uma iniciativa inteiramente sustentada por voluntários.

desejo e no compromisso político-ético de ajudar a construir uma forma outra de cuidar e fazer saúde mental em nosso território. Estas singelas sugestões não têm um sentido prescritivo, o que seria incompatível com a discussão aqui realizada, apenas se apresentam como possibilidades a serem consideradas e, se provocarem interesse, desconstruídas e reconstruídas segundo a peculiaridade e singularidade de cada serviço.

**Cardápio aberto de atividades:** Projeto Terapêutico Singular (PTS) dinâmico e construído conjunta e continuamente

Aqui no DF poucos grupos funcionam abertos nos CAPS, com algumas exceções, por exemplo, os grupos voluntários que são conduzidos pelo PRISME. A rigidez em relação à presença dos usuários nos CAPS varia desde mandar embora o usuário que foi no dia “errado”, pois não fazia parte de seu projeto terapêutico, até gentilmente “disciplinar” para que não se “enganem” mais e deixem de vir no dia errado. Em um dos CAPS temos realizado a experiência de, no dia da semana em que os alunos do PRISME estão lá, o usuário pode escolher de qual atividade naquele dia quer participar. A cada semana, ele pode estar em uma atividade diferente. Foi uma iniciativa que começou tímida, com uma oficina de culinária, e que gradativamente, em função do interesse dos usuários que começaram a frequentar o grupo e convidar outras pessoas, foi ocupando o espaço do CAPS. A oficina cresceu de tal maneira que começaram a ser oferecidas outras atividades e os profissionais se interessaram pelo movimento e começaram a incluir os seus próprios grupos nesta convivência. De modo que, neste dia específico, os usuários chegam e escolhem, a cada vez, o que querem fazer e todas as atividades são abertas.

Não estou sugerindo que todos os grupos precisam ser abertos e que devemos substituir todos os dispositivos terapêuticos clássicos por espaços de convivência. A proposta é que sejam criados grupos abertos, um por turno, por exemplo, para acolher as pessoas nas suas diferentes necessidades: não era “seu” dia de ir para o CAPS; está aflito, angustiado ou entediado e não quer ficar no “seu” grupo; estava precisando falar de forma mais espontânea; não quer conversar; está em crise...

Em especial, destaco o potencial destes espaços para o acolhimento da crise. Acolher a crise em espaços mais abertos e espontâneos possibilita abrigar as diferentes formas de expressão, a partir do *estar com e fazer junto*, sem protocolos,

lidando com as situações na medida em que elas surgem, com uma flexibilidade que propicia tempo e espaço, *deixa ser*, compartilhando afetivamente a experiência.

Parte-se aqui do princípio de que não há separação rígida entre atividades de tratamento e reabilitação (LEAL; DELGADO, 2007). As atividades que visem ao lazer, à inserção social, ao diálogo com o território não serão prêmios para quando julgarmos que o sujeito estiver melhor: são elas parte do tratamento, afinal, a premissa que sustenta o trabalho é a de que não estamos tratando doenças, mas ajudando as pessoas em seus percursos existenciais, transformando, ressignificando e produzindo a partir de seu sofrimento, em suas dimensões psíquicas e sociais.

Na experiência desenvolvida neste trabalho de doutoramento, o grupo de convivência foi, aos poucos, assumindo diferentes funções no CAPS: uma espécie de “cartão de visitas” – quem quer conhecer o CAPS é encaminhado para lá; “casos difíceis” – ou seja, pessoas que não estão “aderindo” às atividades propostas pelo CAPS; casos graves e urgentes – que preocuparam no acolhimento mas ainda não passaram pelo grupo de boas-vindas e ainda não tem plano terapêutico por não ter sido possível ainda agendar – tornando-se uma espécie de “entrada” não burocrática no CAPS; pessoas que a equipe julga que devem receber “alta”, mas que não querem sair do CAPS...

A ideia proposta é um cardápio aberto de atividades: não apenas no início, na “escolha” do PTS<sup>167</sup>, mas todos os dias. Desta forma, o PTS se tornaria mais dinâmico, espontâneo e construído conjunta e continuamente, de fato, com os usuários. O cardápio de atividades e recursos terapêuticos pode ser variado e aberto. “A vida cotidiana dos pacientes, o modo como desenham sua existência no serviço e fora dele devem ser a baliza para indicar o recurso a ser privilegiado” (LEAL; DELGADO, 2007, p. 141). Em nossa experiência na pesquisa, a partir da convivência no espaço aberto do grupo, vários encaminhamentos de cuidado se desdobraram: atendimentos individuais, grupos psicoterápicos, atendimentos jurídicos, atendimentos familiares, acompanhamento terapêutico, Inverso, etc.

Classicamente reconhecidos como do campo do cuidado, os atendimentos individuais médicos, psicológicos etc., atendimentos grupais médicos, psicoterápicos, visitas domiciliares, administração de medicação etc. não precisarão ser ofertados a todos e quaisquer pacientes. Do mesmo modo, as atividades que envolvem ações da vida

---

<sup>167</sup> Atualmente, os CAPS, com algumas discretas distinções, ao organizar os projetos terapêuticos tentam levar em consideração os interesses do usuário. Normalmente, isto é feito de forma superficial e nos primeiros momentos, quando ainda nem conhecemos ou convivemos com a pessoa que está chegando. E qualquer mudança no PTS costuma ser um pouco burocrática.

cotidiana – lazer, trabalho etc – não precisam ser permanentes e mantidas perenemente. Tais atividades num CAPS podem ser definidas com a participação do coletivo de pacientes, mas podem também ter início a partir do interesse particular de um paciente. O mais importante é que essas atividades sejam oferecidas como ferramentas capazes de abrir possibilidades de promover a conexão do paciente com o serviço e a partir daí com o território, com a cidade. As atividades que envolvem ações da vida cotidiana podem ser desenvolvidas pelo profissional que tiver interesse ou por aquele que, a partir do vínculo, estiver indicado para realizá-lo. Não faz sentido que tais atividades – tais como oficinas terapêuticas – tenham todas as mesmas regras de funcionamento (LEAL; DELGADO, 2007, p. 142).

Para tanto, seria interessante desburocratizar a entrada no CAPS e reorganizar a agenda dos profissionais para que *haja tempo* para conviver.

### **Desburocratizar a entrada**

De maneira geral, a entrada do usuários em nossos CAPS, com ligeiras distinções, acontece através de um primeiro acolhimento, por um profissional de nível superior, com o qual se define a elegibilidade do usuário para o CAPS ou seu encaminhamento para um outro ponto da rede. Em função da insuficiência de ambulatorios de saúde mental em nosso território, este encaminhamento, na maior parte das vezes, é para uma lista de espera<sup>168</sup>. No CAPS estudado o acolhimento é aberto, sempre que alguém chega é acolhido<sup>169</sup>.

Se elegível, o usuário participa de um grupo de boas-vindas, onde as atividades do CAPS são apresentadas, as regras estabelecidas (com ênfase especial sobre as faltas, sendo sujeito a afastamento da instituição caso não cumpra as regras estabelecidas), um contrato é assinado e é estabelecido o projeto terapêutico (que demarca quais dias e atividades eles deverão frequentar no CAPS).

Seja enquanto aguarda o acolhimento, ou o grupo de boas-vindas (em função da não territorialização deste CAPS e da gigantesca demanda existente há um período de espera, às vezes de alguns meses, entre o acolhimento e a entrada formal no CAPS), as pessoas já poderiam participar dos espaços de convivência. Garantiria uma entrada imediata no serviço: já começaríamos a conhecer as pessoas, seus interesses e

---

<sup>168</sup> O primeiro filme que a TV Sã realizou, *Para o além*, ainda com a ajuda de nossa madrinha TV Pinel em 2006, teve como temática escolhida pelo coletivo justamente os encaminhamentos para o além com os quais os usuários convivem diariamente em seu percurso pela rede de saúde mental do DF.

<sup>169</sup> Em um outro CAPS do DF há um limite de acolhimento (06 usuários por dia), após este número o usuário deve voltar no dia seguinte, mesmo se o profissional estiver desocupado. Quando minha estagiária se ofereceu para fazer o acolhimento, sensibilizada pois a pessoa lhe disse que era a sexta vez que voltava e que seu sofrimento estava intenso, a resposta do profissional foi que ela não poderia fazer este acolhimento – uma de suas atividades habituais de estágio – para “não acostumar mal os usuários”.

dificuldades, sua história. O usuário iria conhecer outros frequentadores, iniciar novas relações.

Em alguma medida, o CAPS fez este uso do grupo de convivência. A gestora e alguns profissionais encaminharam para o grupo de convivência pessoas que já haviam passado pelo acolhimento e estavam em profundo sofrimento e ainda teriam que esperar um certo tempo para participar do grupo de boas-vindas, assinar o contrato e ter seu projeto terapêutico elaborado. Nós acolhíamos e, a partir das demandas que surgiam, negociávamos com a equipe a participação das pessoas em outros grupos e outros dispositivos clínicos, se necessário. Ou seja, promovendo um acolhimento não burocrático.

Também na recepção cotidiana, é possível transformar um momento burocrático em uma potencialidade de cuidado via convivência. Giovani (diário G16) teve a experiência de, antes do início do grupo de convivência, ficar um dia na recepção do CAPS, pois o profissional responsável precisou se ausentar. Assumiu a tarefa de receber as pessoas, registrando sua presença, o que garante a sua permanência no serviço<sup>170</sup>.

Percebi que aquele ali é um local muitíssimo importante; não pela “retirada” de faltas, mas sim pela possibilidade de criar vínculos, pois é a “primeira” atividade formal da pessoa logo que chega ao CAPS. E ela chega trazendo problemas, sofrimentos, dúvidas, expressões faciais das mais diversas (...) Aquele é um local extremamente estratégico, pois podemos receber a pessoa com um tratamento muito bom, e ela pode então se abrir e se sentir segura (GIOVANI, diário G16, p. 218).

Temos aqui, potencialmente, a possibilidade de promover o compartilhamento de histórias e sofrimento em um momento não formal de cuidado. O combate à formalização, a partir da criação de espaços mais espontâneos, facilita a expressão de cada um.

E se esta tarefa, a princípio burocrática, for realizada nos espaços de convivência? Uma recepção mais natural e espontânea, sem filas, compartilhada. Um momento de encontro entre todos, antes de se dirigirem para as atividades do dia.

### **(Re)Organização da equipe: para que haja espaço, tempo e desejo de conviver**

---

<sup>170</sup> “O pai da Roberta até brincou comigo, dizendo que “hoje tá dureza hein, tirando falta rapaz!”, e ri junto, dizendo que não havia problema. Após cada lançamento do registro da pessoa na folha, percebia uma expressão de alívio no rosto delas, como se houvesse algo de que tinham se livrado (uma missão que foi cumprida)” (GIOVANI, diário G16, p. 218).

Uma possibilidade seria dividir a equipe:

- a) os que se sentem mais à vontade com a convivência, participam de grupo mais abertos, passeios e intervalos e assumem uma posição, quando necessária, de mediadores entre os usuários e estes e a equipe;
- b) os que se sentem mais à vontade e competentes em dispositivos clássicos, conduzindo psicoterapias grupais e atendimentos individuais).

Seria viável<sup>171</sup>, por exemplo, ter dois profissionais, com alunos extensionistas, estagiários e voluntários como equipe de apoio, para estar nos **espaços de convivência** que poderiam funcionar, combinando características da atividade de convivência e do grupo de convivência: acolher demandas, mediar com a equipe, compartilhar histórias e fazeres em espaços familiares e marcados pela gentileza, informalidade e afetividade, sustentados por um interesse autêntico por cada um. Espaços onde seja possível ensinar e aprender, ser um coletivo, construir relações horizontais e redes solidárias, pois podemos escolher juntos, a cada vez, o que fazer ou o que não fazer, a partir do modo próprio de cada um se apresentar, em uma convivência um pouco mais fraterna em que, mesmo sendo um coletivo, esforçamos-nos para estar atentos a cada um, buscando novidade, sentido e integração, a partir de relações interpessoais que convidam à solidariedade e ao confronto, em um cuidado mútuo que deseja emancipar.

Penso que não é divisão meramente administrativa, uma pessoa pode estar nos dois grupos: está mais identificado com b, por exemplo, mas com um usuário está no grupo a. Ou dividir por turnos: de manhã na convivência; à tarde em grupos e atividades fechadas. As combinações possíveis são múltiplas e, quanto mais respeitarem as peculiaridades e desejos de cada profissional, mais potencial para o cuidado se desdobra. Como mencionado no capítulo anterior, há uma grande importância no resgate da dimensão do prazer e alívio no cotidiano do CAPS para os usuários, mas também para os profissionais. Tal como estamos tentando desconstruir a nossa imposição de tarefas, atividades e temas que os usuários se sentem obrigados a “engolir”, é importante uma preocupação semelhante em aproveitar as habilidades e

---

<sup>171</sup> Estou aqui levando em consideração o número de profissionais que compõem as equipes dos CAPS no DF.

interesses de cada profissional, respeitando seus limites. Como defende Merhy (2004, p. 9), “só produz novos sentidos para o viver quem tem vida para ofertar”, por isso a importância de uma equipe alegre que “atua na crise como oportunidade” (idem). Por mais difícil que seja trabalhar com o sofrimento, é possível resgatar uma dimensão de prazer. Em sua visão do cuidado, Figueiredo (2007) também defende uma dimensão prazerosa e lúdica presente no cuidar: o esforço implicado não se converte em um sacrifício. Para Merhy (2004), o desafio é exatamente

imaginar as várias possibilidades de produção de uma alegria e um alívio, no cotidiano do trabalhador, implicado com um agir antimanicomial, encarando a produção cotidiana dos seus inversos: a tristeza e a exaustão, para poder criar uma aposta coletiva de desconstruí-las ( p. 13).

Produzir “caps antimanicômios” é um esforço e não algo dado. Em troca do esforço implicado e do abrir mão do centro e da “organização prescritiva”, proponho mais prazer, sentido e vida no trabalho, onde nossas habilidades, interesses e desejos também encontrem lugar no cotidiano. O trabalho no campo da saúde mental que se dirige para “desinterditar a produção do desejo e, ao mesmo tempo, gerar redes inclusivas, na produção de novos sentidos para o viver no âmbito social” (ibidem, p. 4) deve alcançar também os profissionais. Neste sentido, acredito que se subestima o potencial da novidade, do inusitado, da surpresa para produzir novos encontros, sentidos e relações. O familiar, o organizado, é cômodo, mas é também potencialmente paralisante.

### **Nutrir as reservas do cuidador**

Busca-se, a partir da convivência, suplementar a dimensão clínica do cuidado com o esforço ético e político de criar um movimento de diálogo (BOHM, 2005) no CAPS que articule os diferentes profissionais, atividades e recursos do território. De forma que os efeitos clínicos da convivência dependem muito de uma troca qualificada com a equipe, visando um cuidado que se faz de forma mais integrada. Diatkine, Quartier-Frings e Andreoli (1993) afirmam a importância da reflexão e diálogo constante da equipe para sustentar o interesse pelo usuário, “sem encerrá-lo em uma rede fechada de julgamentos definitivos” (p. 63).

Para tanto, reuniões semanais da equipe me parecem insuficientes. A maior potencialidade, creio, destas reuniões semanais, está na convivência entre os

profissionais, onde podem compartilhar suas dificuldades, mas também conquistas, criando um espaço de cuidados mútuos. Mas são reuniões pouco resolutivas: em algumas circunstâncias discute-se um “caso” por cerca de uma hora e não se decide nada. Reconhecendo a importância destas reuniões para nutrir a reserva de cuidado dos profissionais, uma alternativa seria a criação de reuniões mais curtas<sup>172</sup> todos os dias, ao final de cada turno, para uma troca entre os profissionais dos principais acontecimentos e impressões, buscando uma forma mais coletiva de gerir o cuidado.

Já as reuniões semanais cumpririam a função de, através da convivência, ajudar a nutrir as reservas dos profissionais. Se considerarmos a “grande carga de sofrimento psíquico nos profissionais que oscilam entre perigosa onipotência e devastadora impotência” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2013, p. 101), cuidar da equipe é imperativo. A complexidade implicada na construção de um trabalho próximo ao usuário, “envolve a necessidade de que os profissionais lidem com suas manifestações afetivas, que podem se caracterizar como defesas ligadas à onipotência, somatização, idealização, dentre tantas outras demasiado humanas” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2013, p. 101), afinal a convivência é exigente e marcada por intensas e ambivalentes relações interpessoais.

Colocar-se disponível para experimentar um contato emocional vivo com o paciente, mas, ao mesmo tempo, conseguir se ausentar; reservando a este o centro da cena. Para tanto, *pode contar com suas próprias reservas, como as experiências pessoais, a capacitação técnica, a supervisão e também com a equipe de referência* (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010, p. 1160, grifo meu).

Estes espaços de compartilhamento exigem profissionais que escolhem construir e sustentar uma instância coletiva da gestão do cuidado. Exigem também que a equipe disponha de espaços de supervisão institucional (COSTA; SILVA, 2013) para “analisar suas defesas inconscientes e tratar dos sofrimentos inerentes a uma prática que envolve relações íntimas com colegas e pacientes” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010, p. 1159).

Enquanto continuamos lutando pela implementação das supervisões institucionais, tal como previsto pelo Ministério da Saúde (2010b), uma alternativa é a

---

<sup>172</sup> Passos (2009), ao descrever sua experiência em La Borde, se surpreende com a quantidade de reuniões que são realizadas: “o que chama a atenção e certamente garante a produtividade e constância dessas reuniões é a objetividade (...) têm hora para começar e para acabar (...) Quase não há dispersão e sempre se toma alguma decisão ou algo é encaminhado” (p. 201).

realização de *intervisões* com instituições de ensino parceiras, abrindo o CAPS para olhares diversos e externos<sup>173</sup>.

### **Papel da Referência: um trabalho que se faz a partir da convivência**

Diversos estudos e autores destacam a importância da função de referência (técnico ou equipe) na organização do cuidado no CAPS (LOBOSQUE, 2003; TENÓRIO, 2001; MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2006). O técnico de referência, segundo Lobosque (2003), é aquele que, por ter um vínculo especial com o usuário, está mais diretamente encarregado de decidir e avaliar com o usuário o processo de tratamento. Esta é uma função que se constrói fundamentalmente a partir da convivência e do vínculo que daí se desdobra. De modo que um profissional ou um pequeno grupo “toma para si os encargos do acompanhamento do paciente em suas diferentes facetas, tais como questões emocionais, familiares, educacionais, habitacionais, laborais e financeiras” (MIRANDA; ONCKO-CAMPOS, 2010, p. 1154). Para as autoras, a função de referência tem lugar estratégico na complexidade que envolve o trabalho do CAPS, exigindo a criação de arranjos singularizados que promovam a construção de projetos terapêuticos sensíveis às peculiaridades e necessidades de cada sujeito. É um trabalho que se pauta no vínculo e no acompanhamento cotidiano do usuário no serviço e principalmente no território, nos espaços onde sua vida acontece. Em suma, um trabalho que se faz a partir da convivência.

Os usuários apontam como ponto crucial para o desenvolvimento da confiança o poder contar com os técnicos para ajudar a resolver questões concretas de suas vidas. “Trata-se de uma relação pautada na possibilidade que a paciente tem de contar com o apoio profissional para os conflitos do cotidiano” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 522).

Os usuários também valorizam a capacidade dos profissionais de identificar seus sentimentos, percebendo que eles não estão bem, sem que seja preciso falar: o

---

<sup>173</sup> A gestora em uma de nossas reuniões reassegura a importância destas parcerias: “isso é uma coisa muito legal da pesquisa, da instituição, desta troca, de vir gente de fora, eu acho que mexe com a gente, sabe assim, dessa troca, porque acaba que mexe muito com a gente, tira a gente daquele formato, desmistifica um pouco o papel, a gente começa a pensar em outras possibilidades” (REUNIÃO COM A EQUIPE DO CAPS, 02/10/12).

que só é possível porque convivem<sup>174</sup>. “Trata-se de algo que parece próximo à magia ou adivinhação, mas cuja origem localizam, claramente, na *convivência* e conversas constantes” (*ibidem*, p. 526, grifo meu). Está em jogo o desenvolvimento de uma sensibilidade em relação tanto à polifonia do contexto quanto ao percurso subjetivo de cada pessoa, o que requer estar atento às ambivalências e contradições que nos constituem.

Os usuários valorizam um tipo de trabalho *diferente* do oferecido em *settings* formalizados. Enfatizam a importância de relações que promovam o suporte para a “organização do dia a dia, que se estendem por longos períodos e perpassam diferentes necessidades, ligadas tanto a crises emocionais e dificuldades de relação interpessoal, quanto a problemas de moradia e trabalho” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 523). O que se busca com a convivência é, a partir das mais diversas atividades e âmbitos da vida do usuário, construir situações de confiabilidade em que se ofereça suporte para lidar com o sofrimento, sustentando novas possibilidades existenciais.

Além da atividade de referência ser construída com base na convivência, os espaços de convivência também podem ser aproveitados para o trabalho de referência. Por exemplo, enquanto um profissional pode estar no CAPS no espaço de convivência, outro pode estar saindo para ações no território: seja com um usuário para ajudá-lo a resolver determinada demanda; seja com um pequeno grupo que está com vontade de tomar um sorvete; conhecer um novo espaço; conhecer a nova casa de um usuário; visitar a antiga escola, pois pensa em voltar a estudar...

### **Participação dos usuários: em direção à cogestão do cuidado**

Segundo Vasconcelos (2013), os profissionais de saúde e saúde mental,

desde que comprometidos com os valores de empoderamento e autonomização dos usuários, poderão ter também um papel importante como estimuladores na formação de grupos, suporte direto na facilitação das reuniões, ou como observadores e avaliadores do processo (p. 15).

---

<sup>174</sup> “Nesta convivência, valorizam o fato de os profissionais acreditarem em suas vivências e os auxiliarem a lidar com elas, sem subjugar-las ou negá-las” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 523).

A convivência, como caracterizada neste trabalho, leva a uma flexibilização dos papéis, de modo que o profissional sai do centro<sup>175</sup> na organização das atividades e estas passam a ser construídas conjuntamente: seja através do ensinar e aprender, onde qualquer pessoa pode ocupar o lugar de professor e de aprendiz, seja no modo mesmo de construir as atividades, que se faz pelas características de poder escolher, de acolher as diferentes formas de participação, de estar disponível a cada um, construindo conjuntamente o cotidiano alicerçado no desejo e no vínculo. Como efeito, temos a criação de um espaço afetivo, marcado por um esforço em direção à horizontalização das relações, em que as interações entre os usuários é valorizada e visa à construção de redes solidárias<sup>176</sup>.

Neste sentido, nosso papel está muito mais voltado para propiciar condições para os encontros, trocas e interações que potencializam o empoderamento e a autonomização. É um movimento maior que a realização de algumas assembleias<sup>177</sup>, ainda que estas sejam, a depender do modo como são conduzidas, sem sombra de dúvida, importante exercício democrático. Trata-se do cotidiano ser organizado de forma coletiva e participativa, o que pode potencialmente se desdobrar na construção de grupos de ajuda mútua e suporte mútuo (VASCONCELOS, 2013), assembleias participativas, construção de redes solidárias que atuem dentro e fora do CAPS no território compartilhado.

Penso que uma ação diferente de compartilhamento do cuidado seria a possibilidade da evolução dos prontuários ser feita de forma conjunta profissionais e usuários. Ideia que causa algum espanto por aqui, mas é uma possibilidade jurídica<sup>178</sup> que guarda, parece-me, alguns potenciais, por exemplo, conversar francamente sobre diagnósticos, medicações e intervenções, produzindo conjuntamente planos e cartões de crise (VASCONCELOS, 2013). O processo de empoderamento faz-se também através da possibilidade de “integrar as experiências de uma pessoa, de expressar essa vivência a partir da perspectiva pessoal, social e política dos usuários” (VASCONCELOS, 2003, p. 33). A transformação do estigma e a mudança das

---

<sup>175</sup> Como sugere Chauchick (2001), sair do lugar de uma presença-centralizadora para uma presença-referência, em um gestão conjunta, conforme mencionado no capítulo 04.

<sup>176</sup> Tal como como vimos acontecer, por exemplo, com o sub-grupo do crochê.

<sup>177</sup> No DF a realização das assembleias ainda é bastante frágil: mais parecem “reuniões de pais e mestres” para troca de algumas informações, com pouca participação dos usuários. Aqui as assembleias são semanais, mensais ou esporádicas (quando o serviço quer comunicar alguma mudança aos familiares), a depender de cada CAPS.

<sup>178</sup> Em consulta a Laura Frade, professora de Direito do PRISME, esta confirmou que, do ponto de vista jurídico, não há nenhum impedimento para a realização conjunta de prontuários.

atitudes discriminatórias em relação às pessoas em tratamento nos CAPS também se faz por meio dos próprios usuários e de novas relações que podem estabelecer-se quanto aos diagnósticos e os estigmas que os acompanham, inclusive de colocar em questão este rótulo que supostamente os define. A experiência canadense de autogestão de medicamentos é exemplar neste sentido<sup>179</sup>. Esta experiência é pioneira e, desde meados dos anos 1990, empreende um esforço de reapropriação do poder, de modo que os usuários façam valer seus pontos de vista nas decisões concernentes ao uso dos medicamentos psiquiátricos (RRASMQ, 2003). Os princípios da gestão autônoma da medicação, parte integrante de uma abordagem alternativa à saúde mental em Quebec, incluem o reconhecimento dos aspectos simbólicos da medicação psicotrópica, a abertura de espaços de conversa sobre a medicação e o reconhecimento de que qualquer gestão da medicação passa por um questionamento pessoal sobre a qualidade de vida e os meios e condições para mudanças significativas na vida cotidiana e na trajetória de vida das pessoas (RRASMQ, 2003). Entre várias ações, foi desenvolvido um guia pessoal<sup>180</sup> para as pessoas que chegaram à conclusão de que sua medicação produzia repercussões negativas sobre sua qualidade de vida, propondo um método de diminuição progressiva da medicação em colaboração com vários dispositivos de saúde mental, incluindo as consultas médicas (RRASMQ, 2002). Recentemente no Brasil foi realizado um estudo multicêntrico que traduziu e adaptou este guia ao contexto brasileiro, a partir de uma perspectiva de cogestão:

do ponto de vista micropolítico, a cogestão expressa reposicionamentos subjetivos dos que se colocam lado a lado e que se corresponsabilizam e assumem protagonismo distribuído nos processos de produção de saúde. Esses reposicionamentos subjetivos dependem de condições concretas (PASSOS et al, 2013, p. 31).

Uma construção conjunta dos prontuários - com a potencial mobilização para trocas de informações e experiências entre os usuários e técnicos sobre os medicamentos, as hipóteses diagnósticas e as intervenções arquitetadas que desta construção poder-se-iam desdobrar - seria um interessante exercício em direção à cogestão nos processos de produção de saúde, criando possíveis condições para diferentes expressões de autonomia. Uma forma de construir o cuidado que combate a

---

<sup>179</sup> Esta foi a experiência, mencionada no capítulo 5, que inspirou a oficina que realizamos, neste mesmo CAPS, com Dyanne e duas alunas que depois passaram a integrar a pesquisa.

<sup>180</sup> *Gestion autonome des médicaments de l'âme. Mon guide personnel* (RRASMQ, 2002).

pobreza política (DEMO, 2006b) e se esforça por desconstruir nossa atuação autoritária e moralista.

A inspiração basagliana nos conduz a uma tentativa de construir, juntamente com os usuários, um modo de *estar com e fazer junto*, mediado por um *deixar ser* que respeita tempo, espaço, movimento e idioma pessoal (SAFRA, 2004), que potencializa o espaço terapêutico, pois se configura em uma forma de cuidado que exige a emancipação do outro (DEMO, 2003).

### **Abertura dos grupos: aos familiares e comunidade**

Eis-me aqui: quando e no modo que você precisar. Ser aberto destaca-se na dimensão ética: te acolho, ofereço a hospitalidade, sem exigir que fale a minha língua. Além de permitir cuidar sem colocar condições<sup>181</sup> (não depende do que está demarcado no cartão que representa o PTS), permite também acolher familiares, amigos, voluntários, a comunidade. Aumenta a possibilidade de parcerias, abre o CAPS para o território, diminui a distância entre o dentro e fora, potencializa a criação de redes solidárias.

A abertura também nos ajuda a lembrar que o tratamento não se limita ao espaço físico do serviço. “O que possibilitará às atividades realizadas no CAPS se oferecerem como ferramenta de ressignificação das difíceis experiências desses sujeitos é também o fato de elas próprias se articularem, de algum modo, na trama do território” (LEAL; DELGADO, 2007, p. 142), de modo que as atividades realizadas dentro ganham sentido porque articuladas com a vida fora do CAPS. As ações do cuidado passam a acontecer também onde o sujeito vive, pois o tratamento diz respeito não aos sintomas em si mesmos, mas ao modo de sofrer do sujeito e como este se constrói a partir de sua relação com o social (LEAL; DELGADO, 2007). Neste sentido, “o cotidiano do CAPS precisa ser aberto o suficiente para considerar o cotidiano do paciente como um modo de vida, uma forma de existir e estar no mundo, obra construída a cada tempo de sua existência, por mais que pareça vazia de sentido” (LEAL; DELGADO, 2007, p. 140).

O cuidado aqui se integra à noção de saúde, como um dispositivo, segundo Figueiredo (2011), que incrementa as sensações de vida, ampliando as capacidades

---

<sup>181</sup> Quando nossos CAPS se tornarem III, funcionando 24 horas, sete dias na semana, o cuidado poderá ser ofertado, de fato, sempre que o sujeito precisar.

vitais e somáticas: afinal, o sofrimento e a dor não podem ser inteiramente eliminados da nossa existência, mas podem tornar-se toleráveis, de modo que o sujeito torna-se capaz de sentir, sofrer e fruir. Juntos, convivendo, incrementa-se nossa capacidade para “uma modulação contínua promovida pelos efeitos suplementares de dispositivos antiestéticos - anestésicos - de proteção, e dos dispositivos estéticos de potencialização” (FIGUEIREDO, 2011, p. 22), ao compartilharmos dores e alegrias.

Ainda em relação aos familiares, sobretudo se considerarmos a preocupação constante das equipes do CAPS em incluí-los e as dificuldades que sentem em relação a esta inclusão, a atividade de convivência nos fez perceber que um outro momento privilegiado para nos aproximarmos e estabelecermos vínculos com os familiares é durante a espera para as consultas médicas.

### **Relação com outros grupos e espaços: continuidade e integralidade do cuidado**

O esforço para tentar diferentes estratégias visando alcançar cada sujeito não se restringe aos espaços de convivência, mas deve estar presente em todos os dispositivos? A convivência é um dispositivo específico que se soma a outros dispositivos ou é o caráter próprio dos dispositivos de cuidado?

Penso que o que está em jogo é construir diferentes dispositivos de cuidado nos CAPS, tão variados quanto as demandas e necessidades dos usuários. A criação de espaços de convivência visa, no entanto, para além de se configurarem como mais um dispositivo, embora também o sejam, à desorganizar um pouco a formalização e a burocratização que atingem os CAPS. Brinco com a ideia de desorganização, pois um CAPS reorganizado a partir da lógica da convivência, funcionaria com uma atuação profissional menos autoritária e prescritiva: deixamos de ser o centro e nos concentramos no outro, na forma de uma presença afetiva e reservada, através das características de abertura, poder escolher, propiciando um diálogo com as diferentes atividades que compõem o CAPS, em uma forma de gestão coletiva do cuidado, pois nos reconhecemos como incompletos e insuficientes. Neste sentido, a convivência pode ser entendida no CAPS como uma heterotopia (FOUCAULT, 1967/1984) e um contradispositivo (AGAMBEN, 2005).

Conforme destacado no capítulo anterior, no grupo de convivência, em várias circunstâncias, conteúdos mobilizados em outros grupos foram trabalhados na convivência e vice-versa. A possibilidade de, através da convivência, dar

continuidade e acolhimento a questões que foram mobilizadas em outros espaços/grupos ou, ao contrário, acolher, no espaço de convivência, demandas mobilizadas em outros espaços dentro ou fora do CAPS, apresenta-se como importante função na construção de uma forma de cuidar mais complexa e integral. Certamente, isto só será possível, *se compartilharmos* o que acontece nos diferentes espaços.

Uma das palavras mais utilizadas ao longo deste trabalho foi *esforço*. Esta pesquisa foi, ela mesma, um esforço no sentido de refletir sobre os desafios para consolidar um novo paradigma – da atenção psicossocial – no campo brasileiro da saúde mental. É uma experiência regional, ocupada com as particularidades da realidade sócio-histórico-administrativa do Distrito Federal, mas que se deixou ser afetada por várias experiências de saúde mental no Brasil, experiências exteriores e por campos de saber diferentes. O esforço é um reconhecimento da complexidade implicada no cuidar em saúde mental, especialmente aqui problematizada como um cuidado ético-político-clínico que se faz a partir de intensas, afetivas e ambivalentes relações interpessoais construídas na convivência. Este esforço é também a medida do reconhecimento de nossa insuficiência e incompletude: não conseguimos a todos cuidar e a cuidar a todo momento; o sofrimento de outro pode produzir ressonâncias em nós que, se não forem por sua vez bem cuidadas, afetam nosso potencial de cuidado; nossas ações, mesmo bem intencionadas, estão marcadas por uma complexa economia de poder; nosso desejo de construir um cuidado sob medida pode se configurar em excesso ou falta de cuidado, errando a medida da dialética implicação e reserva... O reconhecimento de nossa insuficiência faz do esforço (que não significa sacrifício e nem exclui a possibilidade de prazer e alegria na convivência) exigência ética levinasiana: eis-me aqui, pois o sofrimento do outro me faz responsável – eu mais do que todos –, pois minha indiferença me torna cúmplice.

## REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo? **outra travessia**, Florianópolis, n. 5, p. 9-16, jan 2005.

ALMEIDA, Neli Castro; DELGADO, Pedro Gabriel. **De volta à cidadania**: políticas públicas para crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2000.

ALMEIDA, Neli Castro. A desconstrução do manicômio, em sua narrativa. In ALMEIDA, Neli Castro; DELGADO, Pedro Gabriel (Orgs.). **De volta à cidadania**: políticas públicas para crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2000, p. 103-125.

ALTHUSSER, Louis. **Freud e Lacan, Marx e Freud**. 3ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.

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

\_\_\_\_\_. Prefácio. In SCARCELLI, Ianni Regia. **Entre o hospício e a cidade**: dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagodoni, 2011, p 9-11.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 26-34, mai/ago 2001.

ANDRADE, Pedro Duarte de. Entre a ontologia e a ética: Heidegger e Lévinas. **Revista Ethica**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 107-120, 2007.

AVILA, Fátima; FONSECA, Tania Mara Galli. A resistência de corpos que não aguentam mais: a oficina de criatividade em um contexto manicomial. **Vivência**, Natal, n. 32, p. 109-118, jan/jun 2007.

BARBOSA, Joaquim Gonçalves; HESS, Remi. **O diário de pesquisa: o estudante universitário e seu processo formativo**. Brasília: LiberLivro, 2010.

BAREMBLIT, Gregório Franklin. Amigos qualificados... ou acompanhantes terapêuticos? In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Orgs.). **Crise e cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997, p. 177-182.

BARRETO, Kleber Duarte (1997). Uma proposta de visão ética no acompanhamento terapêutico. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa

(Orgs.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997, p. 241-268.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

\_\_\_\_\_. **A instituição negada**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. **A psiquiatria alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. 2 ed. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, Franco; GALLIO, Giovanna. Vocação terapêutica e luta de classes: para uma análise crítica do modelo italiano. In DELGADO, Jaques (Org.). **A loucura na sala de jantar**. Santos: Resenha, 1991.

BAUER, Martin; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 3ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BELLENZANI, Renata; COUTINHO, Mayara; CHAVEIRO, Maylla. As práticas grupais em um CAPS: sua relevância e o risco de iatrogenias. In: XV ENABRAPSO, 15º, 2009, Maceió. **Anais do XV ENABRAPSO**. Maceió: ABRAPSO, 2009.

BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

BERGER, Eliane. Apresentação. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Orgs.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997, p. 7-10.

BERGO, Bettina. Emmanuel Levinas. In ZALTA, Edward (Org). **The Stanford Encyclopedia of Philosophy**. Stanford, 2011. Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2011/entries/levinas/>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

BENEVIDES, Laura Gonçalves. Manhãs gaúchas. In PALOMBINI, Analice de Lima et at. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004, p. 43-47.

BEZERRA, Benilton. A clínica e a reabilitação psicossocial. 2. ed. In PITTA, Ana Maria Fernandes (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

BIRMAN, Joel. Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos! In KEHL, Maria Rita (Org.). (2000). **Função fraterna**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000, p. 171-208.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2011.

BOHM, David. **Diálogo: comunicação e redes de convivência**. São Paulo: Palas Athena, 2005.

BRAGA, Filipe Willadino. **A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave**. 2012. 167f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília, 2012.

BRAGA, Filipe Willadino; COSTA, Ileno Izídio. Clínica sensível à cultura popular na atenção ao sofrimento psíquico grave. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, vol. 25, p. 1-10, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198402922013000300009&lng=en&nrm=iso&ting=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922013000300009&lng=en&nrm=iso&ting=pt). Acesso em: 10 mar. 2014.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Braziliense, 1987.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, excluir não**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental - 2004 a 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Portaria n. 3.008 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CARROZZO, Nelson. Introdução. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Orgs.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997, p. 11-18.

\_\_\_\_\_. A república – uma moradia terapêutica. In CAUCHICK, Maria Paula. **Sorrisos inocentes, gargalhadas horripilantes: intervenções no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Annablume, 2001, p. 11-20.

CAUCHICK, Maria Paula. **Sorrisos inocentes, gargalhadas horripilantes:** intervenções no acompanhamento terapêutico. São Paulo: Annablume, 2001.

CHNAIDERMAN, Miriam. Construindo possibilidades de clínicas multifacetadas: caleidoscópios cotidianos. In PALOMBINI, Analice de Lima et al. **Acompanhamento terapêutico na rede pública:** a clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004, p. 13-16.

COELHO, Nelson Ernesto; FIGUEIREDO, Luís Claudio. **Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade.** Interações, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 1-10, jun 2004.

COELHO, Nivaldo Barros; TRINDADE, Raquel Alves. **Espaço de ser.** 2013. 11f. Relatório final de estágio curricular. UniCEUB, Curso de Psicologia, Brasília, 2013.

COLAPIETRO, Roberto. **Ocupação do território.** In: Franca and Franco Basaglia International School: portas abertas: do hospital psiquiátrico ao território. Campinas, 09 a 13 set 2014. Apresentação oral.

CORTES, Patrícia de Melo. **A convivência no cotidiano de um CAPS.** 2013. 78f. Monografia (Conclusão de curso Psicologia). UniCEUB, Brasília, 2013.

COSTA, Alexandre. A fábula de Higino em Ser e Tempo: das relações entre cuidado, mortalidade e angústia. In MAIA, Marisa Schargel (Org.). **Por uma ética do cuidado.** Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 29-51.

COSTA, Ileno Izídio. **Da fala ao sofrimento psíquico grave.** Ensaio acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: Kaco, 2003.

\_\_\_\_\_. **Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves:** caminhos para uma abordagem complexa. Brasília: Kaco, 2010.

\_\_\_\_\_. **Intervenção precoce e crise psíquica grave.** Fenomenologia do sofrimento psíquico. Curitiba: Juruá, 2013.

COSTA, Ileno Izídio; SILVA, Elisa Alves. **Dores dos “cuida-dores” em saúde mental:** sobre a complexidade do sofrimento psíquico dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2013.

COSTA, Jurandir Freire. Playdoier pelos irmãos. In KEHL, Maria Rita (Org.). (2000). **Função fraterna.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000, p. 7-30.

COSTA, Liana Fortunato; PENSO, Maria Aparecida; ALMEIDA, Tania Mara Campos. Nos bastidores da pesquisa: dificuldades no procedimento metodológico em situações-limite. Psico, Porto Alegre, n. 2, p. 175-181, mai-ago 2006.

COUTINHO, Priscila. A má-fé da justiça. In SOUZA, Jessé. **A ralé brasileira:** quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009, p. 329-352.

CROMBERG, Renata Udler. O buraco e a escada manca. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Orgs.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997, p. 155-166.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010, 3ª edição.

DÁ PARA FAZER. Direção: Giulio Manfredonia. Itália: Warner Bros, 2008 (107 m).

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DELGADO, Jaques (Org.). **A loucura na sala de jantar**. Santos: Editora Resenha, 1991.

DELGADO, Pedro Gabriel. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 13-18, 2015.

DEL BARRIO, Lourdes Rodrigues et al. Avaliação qualitativa de serviços em saúde mental a partir das perspectivas de usuários e profissionais – Negociação, cidadania e qualidade dos serviços. In BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 401-450.

DELEUZE, Giles. O que é um dispositivo. In: DELEUZE, Giles. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Ed. Vega, 1996, p. 83-96.

DELION, Pierre. **Psychose toujours**. Paris: Editions du Scarabée, 1984.

DEMO, Pedro. **Charme da exclusão social**. Polêmicas do nosso tempo. Campinas: Autores Associados, 1998.

\_\_\_\_\_. **Solidariedade como efeito de poder**. São Paulo: Cortez e Instituto Paulo Freire, 2002.

\_\_\_\_\_. **Politicidade da terapia**. Brasília, 2003. Disponível em <https://docs.google.com/document/pub?id=1LyECRnAIVLLYI8-VHA8IPz0EwXqwl6Fj1cdvFr29ekw>

\_\_\_\_\_. **Pesquisa participante: saber pensar e intervir juntos**. Brasília: Liber Livro, 2004.

\_\_\_\_\_. **Éticas multiculturais: sobre convivência humana possível**. Petrópolis, Vozes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos**. Campinas, Papirus, 3ª ed, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Pobreza política**. A pobreza mais intensa da pobreza brasileira. Campinas, Armazém do Ipê (Autores Associados), 2006b.

DERRIDA, Jacques. **Gramatologia**. 2ed. São Paulo: Perspectiva, 1999. (Obra original publicada em 1967).

\_\_\_\_\_. **Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar Da Hospitalidade**. São Paulo: Escuta, 2003. (Obra original publicada em 1996).

\_\_\_\_\_. **Adeus a Emmanuel Lévinas**. São Paulo: Perspectiva, 2008. (Obra original publicada em 1997).

\_\_\_\_\_. Violência e metafísica: ensaios sobre o pensamento de Emmanuel Lévinas. In DERRIDA, Jacques. **A escritura e a diferença**. São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 111-223. (Obra original publicada em 1967).

DIATKINE, René; QUARTIER-FRINGS, Florence; ANDREOLI, Antonio. **Psicose e mudança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

DISTRITO FEDERAL. **Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011 a 2015**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2010.

\_\_\_\_\_. Relatório Anual de Atividades - 2012. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2012.

ELIA, Luciano; GALVÃO, Maria. Estratégias de desconstrução da instituição fechada e produção de subjetividade. In ALMEIDA, Neli Castro; DELGADO, Pedro Gabriel (Orgs.). **De volta à cidadania: políticas públicas para crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2000, p. 71-94.

EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.

\_\_\_\_\_. **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997.

ESTAMIRA. Direção Marcos Prado. Rio de Janeiro: Zazen Produções, RioFilme e Europa Filmes, 2006 (2h1m).

FIGUEIREDO, Luís Claudio. **Escutar, recordar, dizer: encontros heideggerianos com a clínica psicanalítica**. São Paulo: EDUC/Escuta, 1994.

\_\_\_\_\_. Sobre pais e irmãos. Mazelas da democracia no Brasil, pp.145-170). In KEHL, Maria Rita (Org.). (2000). **Função fraterna**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000, p.145-170.

\_\_\_\_\_. A metapsicologia do cuidado. **Psychê**, São Paulo, n. 21, p. 13-30, 2007.

\_\_\_\_\_. Cuidado e saúde: uma visão integrada. **ALTER Revista de Estudos Psicanalíticos**, Brasília, v. 29 (2), p. 11-29, 2011. Disponível em: <<http://www.spbsb.org.br/01.%20Figueiredo.pdf>>. Acesso em 10 set. 2012.

FOUCAULT, Michel. **De outros espaços**. Conferência proferida no Circle D' Études Architecturales-Paris – março/1967, publicado em 1984. Disponível em: [www.virose.pt](http://www.virose.pt). Acesso em: 10.07.2014.

\_\_\_\_\_. **A história da loucura**. 3ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.

\_\_\_\_\_. **Ditos e escritos 1**. Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. 25ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

FRANCO, Fernanda Santini; SZYMANSKI, Heloisa. O método fenomenológico-hermenêutico na investigação de prática educativas parentais. In: IV Seminário Internacional de Pesquisas e Estudos Qualitativos, 4º, 2010, Rio Claro. **Anais do IV SIPEQ**. São Paulo: [s.n.], 2010. Disponível em: <http://www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/>.

FREUD, Sigmund. Formulação sobre os dois princípios do funcionamento mental. In FREUD, Sigmund. **Edição Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Originalmente publicado em 1911).

GALLETTI, Maria Cecília. Os Centros de Convivência e Cooperativas – Cecco em São Paulo: uma política inclusiva de construção de redes territoriais. In MATEUS, Mário Dinis. **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013, p. 161-168.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOULART, Daniel. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano**: abrindo caminhos entre educação e saúde mental. 2013. 147f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Educação, Brasília, 2013.

GRIGOLO, Tania Maris. “**O CAPS me deu voz, me deu escuta**”. Um estudos das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília, 2010.

HEIDEGGER, Martin. (1995). **Ser e tempo**. Parte 1. 5ed. Petrópolis: Vozes, 1995. (Obra original publicada em 1927).

\_\_\_\_\_. **Ser e tempo**. Parte 2. 4ed. Petrópolis: Vozes, 1996. (Obra original publicada em 1927).

\_\_\_\_\_. **Seminários de Zollikon**: protocolos, diários e cartas. Petrópolis: Vozes, 2009. (Obra original publicada em 1987).

JARDIM, Vanda Maria da Rosa et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 18, n. 2, p. 241-248, abr 2009. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71411706006>. Acesso em: 02 mar. 2014.

JESUS, Aideivaldo Fernandes de. **Saúde mental no contexto da realidade brasileira**. As peripécias de uma equipe multiprofissional. Curitiba: Abbris, 2013.

KASTRUP, Virginia; BARROS, Laura Pozzana de. Cartografar é acompanhar processos. IN: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Liliana de (Orgs.). **Pistas do método de cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010, p. 52 a 75.

KEHL, Maria Rita. **Função fraterna**. Relume Dumará: Rio de Janeiro, 2000.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 55-59.

\_\_\_\_\_. **Trajetória do Hospital Psiquiátrico para o Território**. In: Franca and Franco Basaglia International School: portas abertas: do hospital psiquiátrico ao território. Campinas, 09 a 13 set 2014. Apresentação oral.

\_\_\_\_\_. David e a saúde mental: fortalecendo a reforma psiquiátrica. In: **Saúde Pública, meu amor**. Campinas: Saberes Editora, 2 ed., 2014b, p. 109-118.

LA MOINDRE DES CHOSES. Direção: Nicolas Philibert. França: [s.n.], 1996 (99m).

LAJONQUIÈRE, Leandro de. (2000). Psicanálise, modernidade e fraternidade. In: KEHL, Maria Rita (Org.). (2000). **Função fraterna**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000, p. 51-80.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LAPLANCHE, Jean. **Novos fundamentos da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1992.

LE CLUB. **L'Écrit dans l'Institution ou Du Club et du Conflit**. Cour-Cheverny: La Borde, 1998.

LEAL, Erotildes Maria. Abordagem psicopatológica do delírio: é possível tomá-lo como ferramenta para o desenho do cuidado nos serviços substitutivos ao manicômio? In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). **Caderno de Saúde Mental**, A reforma psiquiátrica que queremos por uma clínica antimanicomial. Belo Horizonte: ESP, 2007, p. 83-88.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula; GOMES, Aluisio; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.).

**Desinstitucionalização na saúde mental:** contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/LAPPIS, ABRASCO, 2007, p. 137-154.

LECARPENTIER, Michel. **Association Culturelle Clinique de la Borde**. Paris: Brochura, 1989.

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

\_\_\_\_\_. **Le temps et l'Autre**. Paris: Presses Universitaires de France, 1996. (Obra original publicada em 1947).

\_\_\_\_\_. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. (Obra original publicada em 1991).

\_\_\_\_\_. A ontologia é fundamental? In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 21-32. (Obra original publicada em 1951).

\_\_\_\_\_. A ontologia é fundamental? In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 21-32. (Obra original publicada em 1951).

\_\_\_\_\_. Filosofia, justiça e amor. In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 130-148. (Obra original publicada em 1982a).

\_\_\_\_\_. O sofrimento inútil. In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 117-129. (Obra original publicada em 1982b).

\_\_\_\_\_. Do uno ao outro. Transcendência e tempo. In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 160-183. (Obra original publicada em 1983).

\_\_\_\_\_. Diacronia e representação. In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 184-204. (Obra original publicada em 1985).

\_\_\_\_\_. Sobre a unicidade. In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 215-223. (Obra original publicada em 1986a).

\_\_\_\_\_. A determinação filosófica da ideia de cultura. In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 205-214. (Obra original publicada em 1986b).

\_\_\_\_\_. Diálogo sobre o pensar-no-outro. In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 241-248. (Obra original publicada em 1987a).

\_\_\_\_\_. “Morrer por...”. In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaios sobre a alteridade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 224-235. (Obra original publicada em 1987b).

\_\_\_\_\_. Prólogo. In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaios sobre a alteridade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 17-20. (Obra original publicada em 1990).

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; et al. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 93-104, jan/jun 2007.

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

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

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

MACHADO, Dillyan. **Uma experiência de empoderamento**. 2014. 103f. Monografia (Conclusão de curso Psicologia). UniCEUB, Brasília, 2014.

MACHADO, Paula Sandrine. Era uma vez... uma história que não se contava. In PALOMBINI, Analice de Lima et at. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004, p. 48-53.

MANONNI, Octave. **Um espanto tão intenso**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992.

MARAZINA, Isabel. As fronteiras do terapêutico no trabalho da rede pública. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Orgs.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997, p. 167-175.

MARIN, Isabel Cristina. **Benefícios, associação usuários e familiares: trabalho em grupo (Sistema Triestino)**. In: Franca and Franco Basaglia International School: portas abertas: do hospital psiquiátrico ao território. Campinas, 09 a 13 set 2014. Apresentação oral.

MARTINS, Francisco. **Psicopathologia II: Semiologia Clínica**. Brasília: ABRAFIPP, 2003.

\_\_\_\_\_. **Psicopathologia I: Prolegômenos**. Belo Horizonte: PUCMINAS, 2005.

MERCADO-MARTINEZ, Francisco Javier. (2004). O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. In BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 137-174.

MERHY, Emerson Elias. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores**. 2004.

Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MEYER, Julierze. Usando métodos qualitativos na pesquisa-ação relacionada à saúde. In POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 71-86.

MEZAN, Renato. A querela das interpretações. In MEZAN, Renato. **A vigância da esfinge**: ensaios de Psicanálise. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 61-74.

MEZINA, Roberto. **Portas Abertas**: departamento de saúde mental triestino. In: Franca and Franco Basaglia International School: portas abertas: do hospital psiquiátrico ao território. Campinas, 09 a 13 set 2014. Apresentação oral.

MINDURI, Hyanne. **A convivência como dispositivo de cuidado no campo da Saúde Mental**: um desafio para a equipe. 2015. 68f. Monografia (Conclusão de curso Psicologia). UniCEUB, Brasília, 2015.

MIRANDA, Lilian; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1153-1162, jun 2010.

\_\_\_\_\_. Funções clínicas do trabalho de referência junto a paciente psicóticos: uma leitura winnicotiana. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 4, p. 519-529, outubro 2012.

\_\_\_\_\_. Balizamentos éticos para o trabalho em saúde mental: uma leitura psicanalítica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 100-115, mar 2013.

MOURA, Maria Lucia Seidl; FERREIRA, Maria Cristina. **Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2005.

MOTA, Amanda de Oliveira. **O teatro como palco para o self: entre Winnicott, a arte e a clínica da atenção psicossocial**. 2013. 296f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília, 2013.

MOVIMENTO PRÓ-SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL (MPSMDF). **Como anda a Saúde Mental na capital do país?** Uma amostra da realidade da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal. Relatório de Visitas Institucionais realizadas através da Frente Parlamentar de Saúde Mental da Câmara Legislativa do Distrito Federal e o MPSMDF. Brasília: MPSMDF, 20f, 2013.

MOSHER, Loren; HENDRIX, Voyce. **Soteria**: through madness to deliverance. USA: Xlibris Corporation, 2004.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direito**: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

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

NETO, José Martins Canelas. Prefácio à edição brasileira. In: DIATKINE, René; QUARTIER-FRINGS, Florence; ANDREOLI, Antonio. **Psicose e mudança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993, p. XI-XVI.

NICÁCIO, Fernanda; AMARANTE, Paulo; BARROS, Denise Dias. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários (pp. 195-214). In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005, p. 195-214.

NICHOL, Lee. (2005). Prefácio. Em BOHM, David. **Diálogo: comunicação e redes de convivência**. São Paulo: Athena, 2005, p. 7-23.

NISHIKAWA, Christiano Asano. **A convivência como instrumento desinstitucionalizante: (re)construindo cidadanias**. 2012. 95f. Monografia (Conclusão de curso Psicologia). UniCEUB, Brasília, 2012.

NUCCI, Marcelo; DALGALARRONDO, Paulo. Formulação cultural do caso em saúde mental: a prática clínica e a pesquisa como uma microetnografia. In BARROS, Nelson Filice; TURATO, Egberto Ribeiro (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas: UNICAMP/FCM, 2005, p. 37-54.

NUNES, Everardo Duarte. A metodologia qualitativa em saúde: dilemas e desafios. In BARROS, Nelson Filice; TURATO, Egberto Ribeiro (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas: UNICAMP/FCM, 2005, p. 15-24.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, mai-ago 2001.

OURY, Jean. **Création et schizophrénie**. Paris: Galilée, 1989.  
\_\_\_\_\_. Les concepts fondamentaux. In: MARTIN, Patrick (Org.). **Pratiques institutionnelles et théorie des psychoses: actualité de la psychothérapie institutionnelle**. Paris: L'Harmattan, 1995, p. 55-69.

PACHECO, Juliana Garcia. **Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização**. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, 2011.

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

\_\_\_\_\_. **Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político**. *Psychê*, São Paulo, n. 18, p. 115-127, set 2006.

PASSOS, Isabel Friche. **Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica**, v. 13, n. 11, p. 89-100, 2001.

\_\_\_\_\_. Passagens da clínica. In: MACIEL, Auterives; KUPERMAN, Daniel; TEDESCO, Silvia (Orgs.). **Polifonias: Clínica, Política e Criação.** Rio de Janeiro: Conreacapa, 2006, p. 89-100.

PASSOS, Eduardo et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação. **Aletheia**, n. 41, p. 24-38, mai-ago 2013.

PELBART, Peter Pál. Apresentação. CAUCHICK, Maria Paula. **Sorrisos inocentes, gargalhadas horripilantes: intervenções no acompanhamento terapêutico.** São Paulo: Annablume, 2001, p. 21-22.

\_\_\_\_\_. **Da clausura do fora ao fora da clausura.** Loucura e desrazão. 2 ed. São Paulo: Iluminuras, 2009.

PICK, Susan. **Breaking the poverty cycle: the human basis for sustainable development.** Nova York: Oxford University Press, 2010.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: Conhecer para Cuidar melhor, Cuidar para Confrontar, Cuidar para Emancipar.** 2004. 274f. Tese (Doutorado em Política Social). Universidade de Brasília, Programa de Pós-graduação em Política Social), Brasília, 2004.

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo. **Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica.** São Paulo: Vetor, 2005.

PIVATO, Pergentino. Apresentação. In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaios sobre a alteridade.** 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 9-15.

PLASTINO, Carlos Alberto. A dimensão constitutiva do cuidar. IN: MAIA, Marisa Schargel (Org.). **Por uma ética do cuidado.** Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 53-88.

POPE, Catherine; ZIEBLAND, Sue; MAYS, Nicholas. Analisando dados qualitativos. In POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde.** 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 87-100.

RADICCHI, Lis Célia. (2009). Inverso: o Centro de Convivência aberto em saúde mental como um espaço de acolhimento da crise. Relato de uma experiência. In COSTA, Ileno Izídio; GRIGOLO, Tânia Maris (Orgs.). **Tecendo redes em saúde mental no cerrado.** Brasília: Universidade de Brasília e Ministério da Saúde, 2009, p. 178-196.

RESENDE, Tania Inessa Martins. Psicopatologia e Saúde Mental. In: III CONGRESSO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO E II ENCONTRO DE

INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2006, Brasília. **Anais do III Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão e II Encontro de Iniciação Científica do UniCEUB**. Brasília: UniCEUB, 2006.

RIBEIRO, Carlos José Simões. **Plano Grupal Transdisciplinar**: cartografando uma equipe de saúde mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, 2002.

RIBEIRO, Clarice Scopin; CAMPOS, Florianita Braga. O salto para um mundo a construir. In: HARRARI, Angela; VALENTINI, Willians (Orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 157-168.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologica: ciência e profissão**, Brasília, v. 23, n.4, p.64-73, dez 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 abri. 2014.

ROLNIK, Sueli. Clínica nômade. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Orgs.). **Crise e cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997, p. 83-100.

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

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, p. 149-170.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EM SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ). **Gestion autonome de la médication**: formation et développement des pratiques dans une perspective de collaboration avec les différents partenaires em santé mentale. Québec: RRASMQ, 18f, 2003.

\_\_\_\_\_. **Gestion autonome des médicaments de l'âme**. Mon guide personnel. Québec: RRASMQ, 22f, 2002.

SÁ, Carmen Gomes; PEREIRA, Ondina Pena. Psicopatologia e poder disciplinar: o papel da psicologia no questionamento da individualidade domesticada. In: RIBEIRO, Maria Alexina; FREITAS, Marta Helena (Orgs.). **Psicopatologia, processos de adoecimento e promoção da saúde**. Brasília: Universa, 2006, p. 51-68.

SADE, Rossana Maria Seabra. **Portas abertas**: do manicômio ao território – entrevistas triestinas. Marília: Editora Cultura Acadêmica, 2014.

SAFRA, Gilberto. **A po-ética na clínica contemporânea**. 3. ed. São Paulo: Ideias & Letras, 2004.

\_\_\_\_\_. **A face estética do self: teoria e clínica.** 5. ed. São Paulo: Unimarco Editora, 2005.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça.** Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2011.

SCARCELLI, Ianni Regia. **Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental.** São Paulo: Zagodoni, 2011.

SIBEMBERG, Nilson. Psicanálise e instituição: um lugar possível na clínica das psicoses. In PALOMBINI, Analice de Lima et at. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004, p. 137-140.

SOUZA, Jessé. **A ralé brasileira: quem é e como vive.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SOUZA, Paula Stein de Melo. **A inserção da Psicanálise na saúde mental da reforma psiquiátrica brasileira: possibilidades e desafios.** 87p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília, 2010.

SZASZ, Thomas. (1977). **Ideologia e doença mental.** Rio de Janeiro: Zahar.

TEIXEIRA, Bethania Serrão. Construindo (n)a reforma psiquiátrica: um relato de experiência. In: COSTA, Ileno Izídio e GRIGOLO, Tânia Maris (Orgs.). **Tecendo Redes em Saúde Mental no Cerrado.** Brasília: UnB e Ministério da Saúde, 2009, p. 153-177.

TENÓRIO, Fernando. **Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

THOMPSON, John. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa.** Petrópolis: Vozes, 1995.

TURATO, Egberto Ribeiro. Conceitos de pesquisa qualitativa em saúde mental. In BARROS, Nelson Filice; TURATO, Egberto Ribeiro (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares.** Campinas: UNICAMP/FCM, 2005, p. 27-35.

VALENTINI, Willians. Nenhum ser humano será bonsai. Em HARRARI, Angela; VALENTINI, Willians. **A reforma psiquiátrica no cotidiano** (Orgs.). São Paulo: Hucitec, 2001, p. 11-24.

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

\_\_\_\_\_. **Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental.** Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al. **Reinventando a vida**: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. 2ed. Rio de Janeiro-São Paulo: Hucitec, 2005.

VENTURINI, Ernesto. **Saúde Mental e Direitos Humanos**. In: Franca and Franco Basaglia International School: portas abertas: do hospital psiquiátrico ao território. Campinas, 09 a 13 set 2014. Apresentação oral.

VERONESE, Marília Veríssimo; GUARESCHI, Pedrinho Arcides. Hermenêutica da profundidade na pesquisa social. **Ciências Sociais Unisinos**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 85-93, mai/ago 2006.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

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

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Cronograma da Pesquisa

29/05/12 Apresentação da Pesquisa e Discussão com a equipe do CAPS

12/06/12 Apresentação da Pesquisa na Assembleia e Discussão com os usuários e familiares presentes

09 a 31/07/12 Imersão

01 a 13/08/12 Análise da Imersão e preparação para a reunião com a equipe do CAPS

14/08/12 Apresentação e discussão com a equipe sobre as propostas de atividades após à imersão

03 a 18/09/12 Apresentação do Grupo de Convivência para os usuários

22/08 a 03/12/12 Atividade de Convivência

19/09/12 Início do Grupo de Convivência

02/10/2012 Participação na reunião de equipe: apresentação e discussão dos dois primeiros encontros do Grupo de Convivência

30/10/2012 Participação na reunião de equipe: apresentação e discussão do Grupo de Convivência e da Atividade de Convivência

27/11/2012 Participação na reunião de equipe: apresentação e discussão do Grupo de Convivência e da Atividade de Convivência

18/12/2012 Participação na reunião de equipe: apresentação e discussão do Grupo de Convivência e da Atividade de Convivência

19/12/2012 Último encontro do Grupo de Convivência no semestre

06/02/2013 Retorno do Grupo de Convivência

05/07/13 Último encontro do Grupo de Convivência – enquanto atividade de pesquisa

18/06/2013 Participação na reunião de equipe: discussão e avaliação do processo da pesquisa

## APÊNDICE B

Informações qualitativas geradas - Diários de Campo:

<b>Atividade de convivência</b> Período: 22/08 a 03/12/12		
<b>Pesquisador/a</b>	<b>Números dos Diários</b>	<b>Paginação</b>
Fabiano	F1 a F8	01 a 22
Giovani	G1 a G12	23 a 84
Milena	M1 a M3	85 a 95
Lisa	L1 a L6	96 a 105
Samara	S1 a S4	106 a 112

<b>Grupo de Convivência</b> Período: 19/09/12 a 05/07/13		
<b>Pesquisador/a</b>	<b>Números dos Diários</b>	<b>Paginação</b>
Tania	T1 a T29	113 a 203
Giovani	G13 a G29	204 a 282
Milena	M4 a M12	283 a 312
Amanda	A1 a A14	313 a 338
Rafaela	R1 a R13	339 a 352
Lisa (visita ao grupo)	L7	353 a 354
Bianca (extensionista)	B1 a B2	355 a 357
Daniela (extensionista)	D1 a D2	358 a 364

<b>Imersão no CAPS</b> Período: 09 a 31/07/12		
<b>Pesquisador/a</b>	<b>Números dos Diários</b>	<b>Paginação</b>
Fabiano	F9 a F15	365 a 387
Tania	T30 a T35	375 a 387
Milena	M13 a M15	388 a 394
Samara	S5 a S8	395 a 399

<b>Apresentação do grupo de convivência nos grupos do CAPS</b> Período: 03 a 18/09/12		
<b>Pesquisador</b>	<b>Números dos Diários</b>	<b>Paginação</b>
Fabiano	F16 a F18	400 a 406
Giovani	G30 a G31	407 a 408

## APÊNDICE C

Informações qualitativas geradas – **Transcrições das reuniões com a equipe do CAPS:**

<b>Data</b>	<b>Número de páginas</b>	<b>Tema</b>
14/08/12	06	Discussão da proposta das duas intervenções
02/10/12	12	Discussão do grupo de convivência e da atividade de convivência
27/11/12	22	Discussão do grupo de convivência e da atividade de convivência
18/12/12	11	Discussão do grupo de convivência e da atividade de convivência
18/06/13	12	Discussão do grupo de convivência e da atividade de convivência

Informações qualitativas geradas – **Entrevista com a gestora**

Entrevista realizada pela pesquisadora-auxiliar Hyanne Minduri para complementação das informações para a contextualização sócio-história. Transcrição: 09 páginas.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Informações qualitativas geradas – **Caderno de Convivência**

Número de participantes que fizeram seus registros	37
Números de páginas	56

## APÊNDICE D

### Informações qualitativas geradas – Atas das Reuniões de Pesquisa

02/08/12	Análise da Imersão/Preparação Reunião com a equipe do CAPS
09/08/12	Análise da Imersão/Preparação Reunião com a equipe do CAPS
23/08/12	Preparação da equipe de pesquisadores para as intervenções
30/08/12	Preparação da equipe de pesquisadores para as intervenções
06/09/12	Preparação da equipe de pesquisadores para as intervenções
13/09/13	Preparação da equipe de pesquisadores para as intervenções
20/09/12	Discussão sobre as intervenções: grupo e atividade de convivência
04/10/12	Discussão sobre as intervenções: grupo e atividade de convivência
11/10/12	Discussão sobre as intervenções: grupo e atividade de convivência
18/10/12	Discussão sobre as intervenções: grupo e atividade de convivência
25/10/12	Discussão sobre as intervenções: grupo e atividade de convivência
01/11/12	Discussão sobre as intervenções: grupo e atividade de convivência
08/11/12	Discussão sobre as intervenções: grupo e atividade de convivência
29/11/12	Discussão sobre as intervenções: grupo e atividade de convivência
06/12/12	Análise das intervenções: grupo e atividade de convivência
07/02/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
14/02/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
28/02/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
07/03/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
14/03/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
21/03/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
28/03/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
04/04/11	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
11/04/11	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
18/04/11	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
25/04/11	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência

09/05/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
16/05/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
23/05/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
30/05/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
06/06/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
13/06/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
20/06/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
27/06/13	Discussão sobre as intervenções: grupo de convivência
04/07/13	Análise das intervenções: grupo de convivência

## APÊNDICE E

### Lista de Nomes Fictícios - Pesquisadores

**Amanda:** participação no segundo semestre do grupo de convivência

**Bianca:** aluna extensionista – participação em dois encontros do grupo de convivência

**Daniela:** aluna extensionista – participação em dois encontros do grupo de convivência

**Fabiano:** participação na etapa de imersão e na atividade de convivência

**Giovani:** participação na etapa de imersão, na atividade de convivência e no segundo semestre do grupo de convivência

**Lisa:** participação na atividade de convivência e de um encontro do grupo de convivência (para auxiliar com a música, na ausência de Giovani)

**Milena:** participação na etapa de imersão, na atividade de convivência e no grupo de convivência

**Rafaela:** participação no grupo de convivência, em especial no segundo semestre

**Samara:** participação na etapa de imersão e na atividade de convivência

## APÊNDICE F

### Lista de Nomes Fictícios – Usuários

Em ordem aproximada de surgimento nos diários de campo:

Helena	Nelma	Suzana	Miriam
Rose	Selma	Flávio	José
Paulo	Nelson	Nilson	Paula
Luciana	Chico	Marcela	Breno
Dani	Caio	Jesus	Nando
Luciano	Lúcia	Zazá	Nenê
Carlinhos	Ari	Manu	Rui
Mariana	Messi	Nete	Roberto
Mauro	Fátima	Claudio	Davi
Telma	Valdete	Márcia	Lúcia
Neusa	Alves	Ivan	Alberto
Valmira	Brena	Diogo	Ronaldo
Maria Eunice	Luzia	Jair	Nonato
Rodrigo	Luíza	Cássio	Anderson
Gilmar	Juliano	Lilian	Elis
Josimar	Cristina	Ieda	Lene
Laura	Sílvia	Mariazinha	Fernando
Vanusa	Silvana	Rebeca	Cícera
Lúcio	Nero	Viviane	
Joana	Vânia	Roberta	

## APÊNDICE G

### Lista de Nomes Fictícios – Profissionais do CAPS

<b>Nome</b>	<b>Categoria profissional</b>	<b>Nome</b>	<b>Categoria profissional</b>
Marcos	Segurança	Meire	Psicóloga
Flávia	Enfermeira	Nadia	Terapeuta Ocupacional
Priscila	Psicóloga	Jane	Auxiliar de Enf
Simone	Terapeuta Ocupacional	Marcelo	Psicólogo
Rafael	Mestrando em Psicologia	Vanessa	Enfermeira
Claudiana	Profissional da limpeza	Luciana	Auxiliar de Enf
Daniel	Segurança	Lina	Auxiliar de Enf
Marlene	Psicóloga	Mara	Assistente Social
Luiz	Psicólogo	Helena	Auxiliar administrativo
Sônia	Enfermeira	Marta	Psicóloga
Carla	Psicóloga		