

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – GHC
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA – GEP
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS
ÊNFASE EM SAÚDE MENTAL

AMBIÊNCIA: CONVIVER PRODUZ SAÚDE?

Trabalho de Conclusão como requisito parcial
para obtenção do título de
Especialista em Saúde Mental
da Residência Integrada em Saúde
do Grupo Hospitalar Conceição

Letícia Vaz da Silva
Assistente Social Residente

Vera Lúcia Pasini
Orientadora

Agosto, 2008

A Guisa de Introdução: Notas Sobre o Percorso

O final da graduação nem sempre é acompanhado pelo sentimento de estar preparado para o mercado de trabalho. Apesar do bom desempenho durante o curso, eu sentia ainda a necessidade de continuar estudando. Contudo, a proposta de me dedicar a uma pós-graduação trazia a necessidade de um investimento financeiro do qual eu não dispunha. Precisava trabalhar. Pesquisando cursos e possibilidades de trabalho, encontrei a alternativa que viria atender perfeitamente às duas necessidades: meu desejo de seguir estudando e trabalhar. A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC oferece bolsas de estudo em uma proposta de formação em serviço. Com duração de dois anos, a RIS promove a integração de várias áreas do conhecimento, qualificando profissionais para o trabalho em saúde nos três níveis de atenção; integra não apenas conhecimento, mas ações.

Dentre as ênfases de Terapia Intensiva, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental, somente a primeira não oferece vaga para Assistente Social. Não hesitei em escolher a Saúde Mental, pois a graduação havia sido insuficiente nesta área, e meu interesse surgira ainda no estágio curricular. Estagiei no Programa Curumim da Associação de Apoio Comunitário da Prefeitura de Juiz de Fora – MG. O Programa atendia a crianças de seis a doze anos de idade em turno alternado ao da escola, cujas famílias estivessem em situação de vulnerabilidade social. Acompanhei algumas destas famílias, realizando contatos com a rede de atendimento em Saúde Mental para encaminhar, quase sempre, os pais e as mães para atendimento em decorrência de violência doméstica, abuso sexual e uso de substâncias tóxicas.

No ano seguinte ao da colação de grau – 2005 – ingressei na RIS, quando o GHC estava em pleno processo de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Estes serviços viriam a substituir o Hospital-dia e o Setor de Alcoolismo, que deixariam de funcionar dentro do hospital, para serem instalados em casas fora do ambiente hospitalar. O programa da Residência previa a passagem por uma internação psiquiátrica, pelo CAPS ad (dependência química) e pelo CAPS II (tratamento de adultos), além de serviços da rede municipal.

Esperava encontrar ali o solo fertilizado pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Política de Atenção em Saúde Mental, fazendo florescer uma nova práxis de democratização do poder e do saber entre profissionais e usuários, resgatando a saúde e a cidadania. Ao mesmo tempo em que imaginava o quão difícil seria atingir esses objetivos com pessoas tão dependentes de cuidados, vistas como “incapacitadas” para tal (pois esta era a imagem que eu até então tinha do doente mental) e sócio-historicamente marcadas pela exclusão.

Fui surpreendida ao encontrar nos usuários do Serviço de Saúde Mental uma dinâmica nem sempre favorável à auto-proteção, sintomas graves de sofrimento psíquico, doenças mentais crônicas; mas também um universo rico de cultura e potenciais singulares, no qual a valorização da experiência de vida era “força motriz” para a adesão ao tratamento.

A falta de serviços na rede de atendimento, a escassez de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para internações breves, o despreparo de alguns serviços e organizações da sociedade civil para receber usuários da Saúde Mental, exigências organizacionais e administrativas sobrepondo-se às necessidades de atendimento ao usuário, concepções e práticas em saúde caracterizadas pela cultura que confere poder hegemonicamente a um representante do saber legitimado pelo lugar sócio-técnico conferido por uma titulação acadêmica, a banalização da discussão sobre a reforma psiquiátrica tornando-a “rixa” política e simplificando a questão à falta de leitos – estes são apenas alguns dos fatores que demonstram que, apesar de 20 anos de muito esforço para se constituir uma política pública de atenção à saúde mental com uma ampla rede de serviços capaz de acolher a demanda e promover o resgate da cidadania, ainda há muito trabalho a ser realizado tanto na implantação da rede, quanto na modificação da práxis em saúde.

Quanto ao fato de não contar com uma rede de assistência e aos movimentos institucionais interferindo no trabalho diário, busquei a adequação possível. Todavia, os questionamentos emergiam também da rotina em nosso próprio âmbito de ação, onde havia uma relativa autonomia na elaboração de atividades e procedimentos, visando a estabelecer um ambiente terapêutico para os usuários do serviço. Percebia em nossa própria prática, algumas

manifestações divergentes de nossos propósitos terapêuticos. Para citar alguns: Por que usávamos jaleco se concordávamos em não apresentar uma placa de identificação na frente da casa onde funcionava o CAPS para não estigmatizar o usuário? Por que, ao coordenar um grupo, a cadeira do coordenador devia ficar distanciada das demais, marcando um lugar diferenciado? Por que alguns de nós (profissionais) tínhamos a sensação de que o momento da alta não significava reinserção social?

O quanto nossas ações estavam permeadas pela lógica social de segregação do doente mental? O quanto nossos valores, preconceitos e visões de mundo coloriam a nossa atuação profissional sem que percebêssemos?

Foi no segundo ano da Residência, quando ingressei no CAPS II, que conheci o contexto que suscitaria o tema de minha pesquisa. Havia neste CAPS, um horário no início da manhã com duração de uma hora, em que os usuários do serviço chegavam, tomavam café, verificavam a pressão, tomavam a medicação e ficavam *por ali*, conversando, rindo ou chorando. Os profissionais organizavam uma escala, para que sempre houvesse no mínimo dois técnicos, dentre funcionários e residentes, acompanhando os pacientes.

Pela segunda vez me surpreendi: ainda achava que veria a personificação da incapacidade completa para a vida. No entanto, encontrei novamente um grupo de usuários com seus sofrimentos, sintomas e diagnósticos, e cheios de histórias para contar; histórias de suas vidas, de sua comunidade, de seus gostos e hábitos. Lembro bem da primeira vez que pisei neste espaço; estavam lá usuários e técnicos do serviço. Pareceram-me tão *normais*, e a surpresa foi o que se passou comigo. Ao visualizar a cena das pessoas circulando e conversando, parei exatamente onde estava e pensei: “nossa, está todo mundo tão igual, tão misturado... Como é que eu vou me identificar?”. Logo, lembrei: “Ah, sim, o crachá”, como se o uso do crachá sustentasse uma diferenciação necessária, para mim, naquele momento; tranqüilizei-me e segui. Porém, não sem questionar, perplexa comigo mesma: o que significava aquilo? Por que buscava evidenciar um lugar diferenciado? Não seria essa a mesma razão que fundamentava a exclusão social, seja no plano objetivo, seja no subjetivo?

Aqui tratamos da diferença marcada pelo sofrimento psíquico e doenças mentais, mas esse questionamento pode ser lançado a outras diferenças como de gênero, religiões, culturais, concepções de mundo, raças, entre outras.

À medida que ia participando deste momento, ao qual denominei “ambiência”, me sentia mais à vontade. Algumas características deste espaço eram distintas das outras atividades desenvolvidas no CAPS. Ali não havia nenhuma atividade para ser coordenada, nem grupo, nem oficina terapêutica, nem atendimento individual. Nada estabelecido *a priori*. Isso proporcionava uma certa *informalidade* no ambiente e favorecia uma proximidade entre técnicos e usuários enquanto sujeitos comuns, pois não havia qualquer objetivo mediando a relação entre eles. Conversavam sobre eventos de seu bairro ou da cidade, trocavam receitas culinárias, informações sobre cinema, sobre recursos sociais e, é claro, falavam de suas doenças, comparavam sintomas e remédios.

E como seria estar ali compartilhando diversos assuntos e situações que aconteciam sem estar investida deste papel técnico, mas sem perder de vista a função terapêutica naquela convivência? Responder ou não às questões pessoais, expor ou não fatos de sua vida? Sentia que havia um limite, mas qual era este? Não havia um modelo norteador nem orientação que pudesse ser aplicada de forma geral; mesmo porque a situação era nova para a equipe que inaugurara o serviço há pouco tempo.

Instigada por estes questionamentos, escolhi este tema para minha pesquisa de conclusão da Residência. Queria compreender como estar naquele contexto informal, onde a proximidade modificava a relação entre técnicos e usuários e onde surgia um universo bastante diverso da doença. E queria mais: poder conferir a este espaço uma valorização por suas características diferenciadas como mais uma possibilidade terapêutica no CAPS.

Durante a revisão bibliográfica para elaborar o projeto de pesquisa, encontrei poucas referências que tratavam especificamente do assunto; apenas um estudo realizado em um CAPS de São Paulo – SP. A maioria dos artigos que falavam da ambiência ou da convivência nos CAPS versavam

sobre a terapêutica no serviço e enfatizavam sua importância sem aprofundar o tema.

Em minha pesquisa, realizei um estudo qualitativo, para o qual utilizei um grupo focal – que consiste em um debate sobre o tema – com um grupo composto por conveniência que, neste caso, deveria contar com profissionais contratados e residentes das diferentes áreas da equipe do CAPS II: psiquiatra, serviço social, terapia ocupacional, enfermagem, psicologia e arteterapia.

O grupo focal foi realizado com duração de uma hora e gravado em fita K7. Anteriormente à realização do grupo focal, obtive o consentimento dos participantes do grupo para a gravação das falas e para o uso das informações produzidas, resguardado o sigilo na identificação destes. Após a transcrição literal da discussão, foi realizada a leitura e seleção dos pontos associados aos objetivos da pesquisa. Posteriormente, as falas foram organizadas conforme o objetivo específico a que se referiam e realizada a análise dos elementos empíricos relacionando-os aos elementos teóricos.

Para a análise das informações colhidas, utilizei como pressuposto a perspectiva teórica de Foucault (1986) de análise discursiva. A escolha por esta perspectiva de análise justifica-se por partilhar com este autor de três aspectos fundamentais para a compreensão de ciência: 1) todo conhecimento é sempre parcial; 2) a realidade é uma construção; 3) a identidade é sempre um estado em processo.

Neste sentido, as falas dos componentes do grupo focal que discutiu a temática do estudo foram utilizadas menos em função de demonstrar *uma verdade* e mais a fim de identificar *condições de possibilidade* para que determinada narrativa emergja enquanto discurso. Portanto, os depoimentos apresentados são entendidos como emergentes de práticas discursivas, históricas, contingentes. O que nos interessou fundamentalmente são as regras que governam e produzem as práticas discursivas. Assim, passei a entender as falas enquanto discursos, ou seja, com palavras *se faz*. Desta forma de concebermos as falas, resulta que os sujeitos que participaram do grupo focal não nos remetem a uma essência, e sim a uma *posição*, que pode ser ocupada por indivíduos variados. Como coloca Foucault (1986),

gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. (...) não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (p. 56).

Assim, não busquei saber se aquele que fala se manifesta ou se oculta no que diz; outrossim, busquei nas falas dos profissionais que concepções e sentidos orientam os modos de agir e pensar na prática na ambiência e que efeitos estes produzem nos modos como se processa esta prática.

Percurso Teórico sobre a Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica é um movimento que tem início no Brasil na década de 70, cujos protagonistas são os próprios trabalhadores da saúde mental. Segundo Amarante (1995), é um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivo e estratégia o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Fundamenta-se em uma crítica conjuntural ao subsistema de saúde mental e também em uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas. O Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental é o principal ator, juntamente com familiares e usuários dos serviços, na formulação teórica e organização de novas práticas.

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são um dispositivo de atenção à saúde mental substitutivo aos hospitais psiquiátricos enquanto instituições asilares. Fazem parte de uma proposta mais ampla de implementação de uma rede de ações e serviços interligados que possam atender aos usuários em seu meio sócio-cultural, sem deslocá-los do espaço

de construção e manifestação de sua subjetividade, de seu espaço de vida e de relação em função de seu adoecimento. São a expressão de uma forma de compreender a saúde mental conquistada ao longo dos últimos anos, pelo movimento social organizado. Este serviço foi inicialmente regulamentado pela portaria GM 336/2002 (BRASIL, 2002), que regulamenta igualmente os Núcleos de Atenção Psicossocial e os Centros de Referência que passam a integrar o Sistema Único de Saúde – SUS.

Conforme esta regulamentação, os CAPS

são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004, p. 9).

São referência de tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, tais como neuroses graves, psicoses e outros quadros, cuja severidade e persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

A noção de território dos CAPS ultrapassa sua geografia, abarcando também as características da população que produz cotidianidade com seus conflitos, interesses, cenários e sua forma de se relacionar.

Este contexto sustenta outro conceito importante para o trabalho nos CAPS, que é o de rede. Esta é constituída por todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer que, em conjunto, promoverão cuidados e reabilitação psicossocial.

Os CAPS oferecem diferentes atividades terapêuticas que caracterizam o que vem sendo chamado de *clínica ampliada* (BRASIL, 2004), buscando abranger não apenas a doença, mas a complexidade da vida das pessoas. Para tanto, faz-se necessário repensar os conceitos, as práticas e as relações que podem promover a saúde.

Todavia, para a efetivação de fato da Reforma Psiquiátrica, não é suficiente mudar o lugar de atendimento. É necessário modificar a práxis na produção em saúde e construir um novo modo de atenção em saúde mental. Para promover a reinserção social, é preciso *um olhar* ao usuário, que descortine a possibilidade de trilhar com ele o caminho para uma nova subjetividade.

Lancetti (2006) oferece alguns critérios para se evitar uma cronificação no modo de trabalho e evitar a reprodução das práticas manicomiais nos CAPS: atender de portas abertas o que o hospital psiquiátrico atendia de portas fechadas, priorizando os casos mais difíceis, em que haja risco para a vida ou maior sofrimento; e estabelecer um trabalho em parceria com o Programa de Saúde da Família, abarcando todas as ações de produção em saúde, recuperando, assim, a territorialização e construção de vínculos afetivos com outras equipes de atendimento. Para este autor, a territorialização – que compreende os espaços geográficos e de produção de sociabilidade – impõe uma práxis complexa na produção de saúde mental, evitando o corporativismo e a tendência à burocratização do atendimento.

Algumas das ações realizadas nos CAPS são: atendimentos individuais com técnicos que compõem a equipe, atendimentos em grupos que podem ser oficinas terapêuticas, expressivas, de geração de renda, grupos terapêuticos, atividades esportivas; atendimento para família que pode ser individual, em grupo ou também através de oficinas; atividades comunitárias como festas, eventos e passeios; assembleias que são realizadas com funcionários, usuários, familiares e integrantes da comunidade para discutir, avaliar e propor ações relativas ao funcionamento do CAPS.

Originariamente, a ambiência não foi planejada para existir, desde a implementação deste Serviço, várias modificações na organização das atividades foram realizadas. Por ter sido implementado recentemente – o CAPS II foi inaugurado em setembro de 2005 – a equipe avaliava constantemente o funcionamento e a resolutividade do trabalho em andamento, conforme os objetivos terapêuticos propostos. A princípio, havia a idéia de se ocupar todo o tempo com oficinas, guardando apenas os primeiros trinta minutos matinais para a chegada dos usuários. Neste intervalo de tempo, eles

poderiam tomar o café da manhã, verificar a pressão e, se necessário, tomar a medicação.

Logo apareceram duas dificuldades: a primeira refere-se ao fato de vários usuários não chegarem exatamente às oito horas, como combinado com a equipe. E mesmo que chegassem cedo, na maioria das vezes, nesses trinta minutos não havia tempo suficiente para que todos cumprissem com a rotina do café, gerando uma certa apreensão para a equipe de enfermagem que não queria atrasar o horário da primeira oficina às 8h30min. Quando havia alguma intercorrência durante o café, era necessário, também, um acompanhamento ao usuário, o que excedia estes trinta minutos.

A segunda refere-se à percepção por parte da equipe de que a rotina de atividades era bastante cansativa para muitos usuários. As oficinas sucediam-se sem intervalo, e o usuário que ficasse um turno inteiro no CAPS participava de todas. Às vezes, era um grupo e duas oficinas terapêuticas. Com o tempo, a equipe avaliou – considerando também as manifestações dos usuários – que seria melhor existir um intervalo entre uma e outra atividade, ou a não-participação dos usuários em tantas atividades terapêuticas encadeadas.

Assim, ficou definido que os horários das oficinas pela manhã iniciariam às 9h, e este período das 8h às 9h ficaria reservado para a chegada dos usuários ao CAPS. Naturalmente, os que chegassem mais cedo, ficariam no salão aguardando o horário da primeira atividade. Contudo, estariam acompanhados por pelo menos dois técnicos. Nesta época, chamávamos este salão de “sala dos pacientes”, e nos referíamos a esta atividade como “acompanhar os pacientes”.

O local onde os usuários ficam é um salão amplo com entrada pela frente, e saída para os fundos da casa, onde há um pátio. Neste salão, acontecem os grupos, as oficinas terapêuticas e as refeições. A partir da definição da equipe, a convivência começou a se configurar, ainda sem a denominação de “ambiência”. Passei a denominar estes momentos de convivência como “ambiência” após a elaboração do projeto desta pesquisa e, a partir de então, a equipe adotou o termo para designar tal atividade.

A princípio, o espaço de convivência foi sendo mais definido pelo que “não era”, e a percepção do que ocorria naqueles momentos foi atraindo a atenção para as suas características positivas em relação ao tratamento do usuário no CAPS. À medida que esta experiência foi avançando, os técnicos foram limitando o uso deste espaço para a conversação informal, evitando os atendimentos individuais ali que, principalmente no início, eram freqüentes, pois os usuários os viam e os identificavam pelas categorias profissionais e, para “aproveitar o tempo”, demandavam orientações ou falavam de assuntos relacionados aos seus atendimentos individuais em um espaço que era coletivo.

Todos os temas eram bem-vindos, mas quando o técnico percebia alguma possibilidade de expor particularidades da vida ou do diagnóstico de um usuário, marcava um horário em outro momento para dar seguimento àquele assunto. A prioridade ali era a conversação informal e, de preferência, coletiva. Não era o momento para atendimentos individuais ou grupos terapêuticos. Porém, esta especificação só nasceu da prática, e foi difícil romper com os papéis pré-determinados de técnico/paciente, como foi possível identificar durante a realização do grupo focal.

Percorrendo Modos de Pensar e Fazer a Ambiência

A partir da análise dos elementos trazidos no grupo focal realizado com a equipe do CAPS, foi possível produzir algumas compreensões sobre os modos de pensar e fazer nos momentos de convivência informal com os usuários durante a ambiência.

A equipe percebe a ambiência como um espaço informal, livre, no qual o “lado pessoal”, tanto de técnicos quanto de usuários, se sobressai aos papéis estabelecidos pelas relações profissional/paciente. É um espaço tanto de socialização quanto de observação do usuário.

No entendimento da equipe, o fato de não haver uma atividade estruturada, algo definido para realizar, mantém a informalidade do ambiente, dando lugar ao surgimento de aspectos dos usuários que não são percebidos

nos outros espaços de atendimento do CAPS. Entende-se que é necessário modificar a maneira de olhar o usuário, para que estes aspectos sejam percebidos. O diagnóstico ou os sintomas que trouxeram o usuário ao tratamento no CAPS não são prioridade neste ambiente, mas suas capacidades e áreas de interesse.

Neste sentido, a ambiência pode ser considerada como um recurso a mais de conhecimento do usuário, proporcionando mais condições de investimento em sua saúde. Um dos participantes refere:

“Porque não é aquela coisa estruturada, e tu consegues ver mais o paciente. Como é que ele está realmente. Porque, na oficina, ele vem muito preparado: ‘ah, eu não consigo fazer essa proposta’, mas se algo não for designado como uma tarefa, ele poderá realizar com as mesmas habilidades fora da oficina”.

Na relação mais informal, às vezes, as potencialidades se expressam mais naturalmente, o que não acontece necessariamente durante uma atividade estruturada. Dentre algumas hipóteses de compreensão deste fato, escolhi uma que se relaciona diretamente com a ambiência. Esta convivência mais informal talvez proporcione um ambiente mais próximo ao do espaço de vida do usuário, de modo que ele expressa sua singularidade mais espontaneamente.

A percepção destas capacidades e potencialidades parece romper com a idéia do doente mental como dependente de cuidados. A dependência começa a ficar mais restrita ao que de fato lhe impõe uma limitação, e deixa de ser uma dependência generalizada, possibilitando ao técnico renunciar à posição de tutela. Isso aparece com clareza no exemplo a seguir:

“Então, o CAPS entra com a idéia de atender tudo, suprir tudo; e quando a gente (técnico) sai com eles (usuários) na rua, a gente fica muito preocupado e se espanta porque eles circulam muito bem. Conversam, pedem informações, raciocinam sobre preços, expressam o que querem. Não é aquele doente que está ali”.

Poder visualizar e valorizar outras dimensões do usuário além das incapacitações diagnósticas é dar a ele a possibilidade de começar a gerenciar

sua rotina, é confiar que ele pode e deve construir sua trajetória e, nesta confiança, possibilitar a ele experimentar-se.

A ambiência também é vista como espaço de socialização. Tem o valor da troca de experiências, saberes e conhecimentos tanto entre os usuários como entre técnicos e usuários. Ela oportuniza uma alternância nas relações de poder entre estes, principalmente quando os técnicos se dispõem a adentrar o universo de experiências do usuário para conhecer algo através dele e não para tentar desvendar o significado que aquela experiência teve para o paciente. Podemos perceber este fato no diálogo adiante:

“Eu aprendi muito com ele (usuário). Ele estava em um movimento de umas casas em que uma devia ser dele, e havia outras pessoas querendo tomar a propriedade. E eu pude conhecer todo esse processo, como funciona, a legislação, a organização da prefeitura... coisas que eu nem imaginava que existiam. E isso, ali no horário do café... então, como o saber também está com eles”.

“Lembrando que este paciente, o quanto ele se achava incapaz e se desvalorizava, ele não se percebia capaz de ‘dar conta’ de algumas coisas da vida dele”.

O espaço da ambiência torna-se, assim, promotor de reinserção social, porque ela acontece ali, ao invés de ficar reservada para fora do CAPS, talvez justamente pelo reconhecimento do usuário como uma pessoa capaz de tecer suas relações sociais.

A ambiência é reconhecida pela equipe enquanto uma espaço terapêutico no sentido de promover a socialização e através dela o exercício da iniciativa, autonomia, auto-conhecimento e a formação de vínculos afetivos. Conviver no CAPS tem esse efeito terapêutico porque o que se produz neste espaço é visto como necessário para a ressocialização do usuário, para sua reinserção na comunidade.

Os profissionais identificam alguns fatores relevantes na convivência para o processo terapêutico dos usuários do CAPS.

Os fatores que atraem a valorização para a ambiência surgem devido ao fato de o horário estar livre de coordenação de qualquer atividade. Este é o

diferencial que oportuniza, que cria as condições favoráveis para que o restante aconteça. Ainda que o modo de trabalho no CAPS favoreça uma aproximação entre usuários e técnicos, este espaço é por excelência, eu diria, o *setting* da convivência, pois é ali que ela ganha *status* de atividade.

A informalidade do ambiente favorece uma proximidade entre as pessoas que circulam por ele, que é expressa principalmente por compartilhar tanto situações advindas do “estar junto” naquele momento, como situações vivenciadas fora do CAPS.

Não raro observa-se a surpresa dos usuários ao assistirem aos técnicos lavando a própria louça ou dividindo esta tarefa com eles – no tradicional esquema: um lava, outro seca e outro guarda no lugar. No imaginário social, um técnico não realizaria tarefas de “menor importância”. Sentar com eles à mesa, ao invés de organizar uma mesa só para os técnicos, é outro fato que faz com que se sintam acolhidos e valorizados. É comum os usuários comentarem o quanto se sentem “gente”. A circulação do técnico neste espaço permite que suas “falhas” sejam vistas e seus gostos questionados como demonstra a fala a seguir:

“Com a clínica privada, é impensável a gente sentar e almoçar com o paciente. E aqui, por ser a casa, por ser a proposta de CAPS, a gente almoça. Então o paciente vai comentar: ah, mas tu deixas comida no prato; tu vais deixar o bife?... Tu deixas cair comida do garfo, tu também deixa a mesa suja... Tem uma série de coisas que o paciente vê, e que é como pessoa, e não como técnica, bonitinha, sentadinha na cadeira”.

Esta experiência é avaliada como tendo um efeito positivo. Tal aproximação rompe com o distanciamento da relação terapêutica tradicional, para ampliá-la para fora do espaço protegido pelas paredes do consultório. O técnico sai deste “seu lugar” e vai fazer parte do cotidiano do usuário.

Durante a ambiência, a conversação é muito variada. Alguns técnicos experimentaram o fortalecimento do vínculo terapêutico inclusive com maior adesão ao tratamento após estarem neste espaço. A identificação de pontos em comum como ter filhos, por exemplo, a conversa informal sobre eventos sociais, fatos do noticiário, questões de relevância para a coletividade

associadas ou não ao tratamento no CAPS, favorecem a troca de experiências que acontece tanto entre os usuários quanto entre usuários e técnicos. Porém, nesse último caso, a situação é semelhante à do almoço. O usuário não espera de um técnico que ele se interesse por outros aspectos que não a sua doença e, quando isso acontece, emerge a questão da ruptura com os papéis pré-estabelecidos dando lugar à outra sociabilidade.

Outro fator apontado pelos técnicos como relevante para o usuário é a socialização promovida pela ambiência. Neste processo de convivência, os usuários formam laços afetivos entre si que se mantêm fora da instituição, auxiliando a formação de vínculos necessários principalmente quando a família está ausente.

A ambiência favorece ainda, por seu contexto, o exercício da iniciativa e da autonomia através da possibilidade de organização do uso deste tempo e do espaço. O uso de forma coletiva, nas palavras de Lopes (1999), é um espaço “no qual os indivíduos se reconhecem e se estranham, trocam de lugares e conquistam novos e velhos lugares (...), favorecendo um flagrar-se que amplia repertórios” (p. 152). Conviver é deixar que apareçam as diferenças – para que sejam respeitadas – e as semelhanças – para que surjam as afinidades; é experimentar-se, conhecer a si e ao outro, é permutar lugares de escuta e de fala, é planejar, fazer combinações e mudar de idéia; é partilhar saberes, é poder escolher e responsabilizar-se, é poder criar e recriar a própria singularidade.

Outro fator relevante é a presença ou a ausência do técnico. Há um entendimento de que sua presença modifica o ambiente.

Como já foi apontado anteriormente, a ambiência é valorizada como um espaço de socialização. Contudo, esta socialização pode prescindir da presença do técnico, como veremos nas falas a seguir:

“Um momento terapêutico independente de se a gente (técnico) vai estar lá ou não. É terapêutico porque eles estão conversando, trocando idéias. Se eu (técnico) for pra lá, tem o peso de eu ser um estímulo para que essa convivência aconteça. E isso é atribuir ao técnico um poder transformador”.

“Se a gente (técnico) fica no papel de quem estimula, propõe e incentiva, a gente não está imaginando que esse lugar é um espaço terapêutico por si só, que precisa de alguém, eu como técnico com meu poder para estimular. Como se eles (usuários) não pudessem fazer sozinhos. E se eu acreditar que eles são capazes, vai ser terapêutico mesmo que eu não esteja lá. Então, eu desço para a ambiência, simplesmente para fazer parte do que já está acontecendo. Eu não vou ter a obrigação de propor algo”.

Desta forma, o técnico aparece na ambiência, não para propor ou estimular, servindo como um elemento necessário para promover a convivência. Outrossim, *simplesmente* se propõe a estar neste espaço, conversando e participando do que acontece sem a preocupação de agir conforme algum objetivo.

Estará ele à vontade para compartilhar deste momento?

Uma das condições apontadas para que o técnico participe desta convivência é a “disponibilidade interna” para estar na ambiência como referido no grupo focal:

“Então, se tu não tens um desejo interno de estar ali, pra começar, tu não vais estar... e mesmo quando tu tens esse desejo, é difícil”.

“Acima de tudo, eu acho que se a pessoa vai para a ambiência, tem que estar disponível... Não adianta estar contrariado ou forçado porque faz parte da rotina do CAPS. Tem que se identificar com a proposta”.

Parece que é esta disponibilidade que mantém as condições para que o profissional supere as dificuldades iniciais ocasionadas pela modificação das relações durante a convivência informal.

Os técnicos manifestam a preocupação de que sua presença na ambiência cause uma inibição no ambiente porque promove “uma certa censura”, e esta seria a razão de não surgirem determinados assuntos ou características quando eles estão presentes. Assim, há um entendimento de que a convivência fluiria mais espontaneamente sem a presença do profissional, como demonstra o próximo comentário:

“O momento mais rico é aquele em que os técnicos estão lá dentro (no posto de enfermagem) e eles (usuários) estão ali pensando não serem observados”.

Este argumento é usado para justificar como mais adequado observar a convivência à *distância* e partilhar com a equipe as informações sobre a real condição do paciente. Assim, a ambiência não apenas dispensaria, mas retiraria o técnico da convivência, para que fosse realizada uma observação com objetivo de coletar informações e impressões sobre as condições dos usuários.

O sentimento comum manifestado pelos profissionais sobre como se sentem durante esta convivência, pelo menos no início da experimentação da ambiência, é de insegurança. A ausência de um papel técnico a cumprir deixa o profissional sem instrumentos objetivos de trabalho, sem um *setting* definido, sem uma orientação a ser oferecida em um caso específico, ou seja, sem o controle da situação. O que a ambiência traz de novo é a exposição de características pessoais dos profissionais durante esta convivência; e esta inovação é motivo para o surgimento da insegurança.

Este aspecto evidencia, de certa forma, um rompimento com o que é previsto em um modelo de atendimento no qual prevalecem as relações tecnocráticas e no qual existe um arsenal de técnicas e instrumentos a serem utilizados na rotina de trabalho.

Brito (2006) distingue duas faces no trabalho: a tarefa e a atividade. A tarefa consiste no que ela conceitua como trabalho prescrito, que é a parte esperada que o profissional realize conforme o seu âmbito técnico. A atividade é o que é realizado de fato, considerando as intervenções pessoais nos modos de realizar e as adequações necessárias aos diferentes contextos. Na ambiência, podemos dizer, nesse sentido, que há atividade, pois não é esperado do profissional que realize ali ações próprias de seu trabalho prescrito. Ao contrário, a proposta é estar neste ambiente compartilhando do momento de convivência. Entretanto, para tal, os profissionais não se sentem preparados, como expressam através das falas a seguir:

“Para mim, foi bem difícil ir para lá (para a ambiência); eu trabalhava com paciente deitado no leito, com seringa, agulha, curativo... De repente, tu largas tudo e ficas sem nada nas mãos, um negócio horroroso! E além disso tu deixas de ser um técnico e vai ser uma pessoa compartilhando aquele espaço”.

“Me senti muito soltinha... onde eu tenho que me integrar e não ficar borboleteando?”.

“Mas tu não te preparas para estar ali como pessoa, com aquele grupo; tu te preparas para estar ali como técnico para aquele grupo”.

Outro fator que reforça essa insegurança é o fato de que, ao não se utilizar das técnicas profissionais aprendidas para o exercício do trabalho, surge a sensação de não estar trabalhando quando se está na ambiência. O exemplo a seguir demonstra esse sentimento:

“Eu fico meio constrangida; me preocupava em ocupar todo o tempo deles (dos usuários) com alguma atividade, porque afinal eu estou aqui trabalhando, estou sendo paga para fazer coisas”.

A certeza de ter produzido está sempre presente quando, ao final do que chamamos processo de trabalho, podemos objetivamente verificar tarefas realizadas, produtos confeccionados, seqüências de ações finalizadas, números de atendimentos, enfim, quando há resultados quantificáveis. Além disso, o controle sobre o trabalhador ocorre pela verificação destes indicadores quantificáveis. Logo, a ausência desta objetividade gera uma insegurança quanto à produtividade do profissional durante os momentos de convivência.

Na ambiência, não há produção tangível, a convivência não gera resultados objetivamente quantificáveis nem imediatamente perceptíveis e a informalidade do ambiente parece suscitar uma confusão como se fosse um horário improdutivo, no qual o técnico está à toa. Talvez também este sentimento motive uma tendência ao afastamento da ambiência.

Estudos sobre as mudanças no mundo do trabalho chamam a atenção para a atividade imaterial (Lazzarato e Negri, 2001) presente em todo o processo de trabalho – inclusive do que visa à produção de objetos – como parcela de trabalho realizado que não é palpável, visível e quantificável, mas que está constantemente interferindo nas tarefas.

Como referem Lazzarato e Negri (2001, p. 12), “a categoria clássica de trabalho se demonstra absolutamente insuficiente para dar conta da atividade do trabalho imaterial. Dentro desta atividade, é sempre mais difícil distinguir o tempo de trabalho do tempo de produção ou do tempo livre”.

O trabalho imaterial, para estes autores, compreende toda atividade interna que o profissional realiza para pensar, escolher, decidir, enfim, intervir sobre as ações planejadas. Esta atividade está intimamente ligada as suas características pessoais de comunicabilidade, cultura, experiência de vida, iniciativa, entre outras, que se tornam também ferramentas de sua prática. Por isso, o limite entre o tempo de trabalho e o tempo de lazer torna-se um pouco mais fluido.

Os autores ressaltam ainda que a “matéria prima do trabalho imaterial é a subjetividade e o ambiente ideológico no qual esta subjetividade vive e se reproduz” (Lazzarato e Negri, 2001, p. 46). Portanto, a produção deste trabalho é também imaterial, é o conjunto de significações, das formas de ver, pensar e sentir, produzidos a partir da comunicabilidade e das relações estabelecidas.

Lancetti (2006) inclui como trabalho imaterial: o informacional, o comunicativo, o cultural e o afetivo. Em seu entendimento, o trabalho afetivo produz subjetividade, redes sociais e vida. Ele sugere estes conceitos, e também o de biopoder, para o desenvolvimento de uma clínica pós-manicomial de produção de saúde e de saúde mental.

Na ambiência, estas são as ferramentas de trabalho. É a partir das relações estabelecidas nesta convivência que se podem produzir formas de manutenção ou transformação dos modos de se pensar e atuar com a experiência da loucura.

E o que passa a ser produzido quando as relações de poder se modificam pela ausência da formalidade técnico/usuário?

Sair do lugar de técnico pode ser justamente tirar o doente de seu papel e conferir-lhe outro *status*, oferecendo-lhe a possibilidade de estabelecer uma relação dentro e fora do CAPS, que está para além de seus sintomas.

Um Convite à Reflexão

Apesar de a ambiência ser reconhecida e valorizada no discurso dos técnicos por ser um espaço de socialização, promoção de vínculos e por oferecer vantagens para o processo terapêutico no CAPS, há uma tendência por parte dos profissionais de se ausentarem desta atividade.

Tal ausência vai se instaurando aos poucos e pode ser percebida na extinção da escala que organiza esta atividade. O “Café com...” – como é intitulada a escala da manhã, na qual o técnico insere seu nome – nas palavras de uma participante do grupo focal, *“efetivamente não funciona, e ele termina não porque a gente decidiu, chegou à conclusão de que não precisa. Ele termina porque as pessoas começam a não indicar mais o nome e aí acaba a escala e ninguém mais desce”*.

Talvez os mesmos elementos apontados na ambiência como diferenciais em relação às outras atividades desenvolvidas no CAPS sejam os motivadores deste afastamento, principalmente a insegurança causada pelo ambiente informal, no qual as pessoas experimentam uma significativa modificação nas relações, com a ausência de um papel técnico formalmente determinado. Talvez isto torne sem sentido a presença do técnico neste espaço porque ele não reconhece a sua atuação como parte da proposta de trabalho, não sabe à que fim se destina a convivência e como ele está envolvido nela.

Inegavelmente, a ambiência é um momento diferente das demais atividades que compõem as opções para o tratamento no CAPS, e penso ser necessária uma outra forma de pensá-la.

Silva (2005) propõe como método de produção do conhecimento a pesquisa genealógica que, ao invés de recuperar o passado para compreender como ele determina o presente, busca entender “o que somos hoje e como nos constituímos naquilo que hoje somos” (p. 102), mostrando que cada período histórico é atravessado por saberes e práticas que traduzem um modo de subjetivação. A perda desta historicidade, para ela, produz uma naturalização destas práticas que acabam por se tornar reguladoras das relações sociais, sendo imperioso “problematizar as evidências que constituem o senso comum

para desconstruir esta naturalização... Tais evidências expressam determinadas relações de poder, manifestações de saber e técnicas de subjetivação que se encontram materializadas em certas práticas sociais” (p. 105).

Para esta autora, ao produzirmos um discurso problematizando uma determinada questão também construímos uma dada realidade através da maneira de elaborarmos o problema.

Ao tentarmos compreender a ambiência utilizando uma certa racionalidade que propõe concepções binárias – como, por exemplo, saúde/doença, técnico/paciente, profissional/pessoal – estamos admitindo primeiramente dividir elementos indissociáveis que estão em constante interação. Ao escolhermos a dicotomização destes elementos, reforçamos a distância entre eles, ao passo que, se tentássemos compreender como eles se integram e o que se produz de subjetividade no trabalhador da saúde mental a partir desta aproximação na ambiência, talvez abrissemos caminho para o estabelecimento de uma nova forma de se relacionar, na qual fica ausente o estigma da loucura e, então, a convivência informal poderia tornar-se possível.

Guatarri (1992), ao relatar sua experiência na Clínica de La Borde na França, aponta questões que vêm ao encontro da proposta de atenção à saúde mental no CAPS. Ele fora convidado para a implantação nesta clínica de um novo modo de trabalho denominado “Psicoterapia Institucional” e, para tal, contou com habilidades desenvolvidas a partir de sua experiência de vida desde os dezesseis anos de idade, através da militância política.

O esforço na implantação de uma abordagem terapêutica coletiva que intentava envolver todos os trabalhadores no atendimento evitando a “cisão entre as tarefas supostamente nobres dos técnicos e as tarefas materiais ingratas do pessoal de manutenção” (p. 185) não foi realizado sem resistências, inabilidades e obstáculos. A cada dificuldade surgida, discutia-se a situação sempre visando ao objetivo fundamental, que era a dessegregação das relações atendente/atendido e das relações internas. A inserção de todos os trabalhadores na grade de atividades abriu espaço para que o surgimento de habilidades pessoais fosse utilizado na elaboração das atividades da clínica, passando a fazer parte do cotidiano institucional. À

medida que os trabalhadores conviviam nesta clínica, não apenas aprendiam novas técnicas, mas sua própria maneira de ver e viver se modificava. A produção de subjetividade, que talvez passasse despercebida, acontecia a partir da relação estabelecida com o trabalho.

Nossa prática não só reflete os nossos modos de pensar, mas também produz a nossa subjetividade. No entanto, este processo de apropriação do próprio modo de pensar e fazer não prescinde de um investimento constante e intenso de questionamento da própria prática e da prática em equipe. É necessário ter clareza das diretrizes e dos objetivos, bem como dos meios para atingi-los, pois, às vezes, a forma de operacionalizar um planejamento pode desviar-se dos propósitos estabelecidos.

Como podemos observar, não há homogeneidade na forma de perceber a ambiência pela equipe técnica, e a prática desta convivência – mesmo transcorrido algum tempo de experiência – ainda suscita muita insegurança. Talvez sejam necessárias discussões mais aprofundadas que busquem problematizar a complexidade das questões envolvidas nesta atividade.

Para encerrar, tecerei uma consideração sobre algo que, apesar de já conhecido, precisa necessariamente se manter em pauta. Para modificar práticas, não basta mudarmos de endereço e renomearmos atividades. É preciso promovermos uma práxis diferenciada e, para isto, é fundamental muita discussão, capacidade de auto-crítica e análise do contexto sócio-histórico em que nos inserimos. Precisamos lembrar também, que uma atividade praticada por equipes diferentes poderá ser realizada de maneiras muito diversas, variando conforme os propósitos e conforme os elementos que perpassam seus modos de pensar e fazer.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. ***Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil***. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- Brasil. ***Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial***. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Portaria SAS/MS 336. ***Diário Oficial da União***, 21/02/2002.
- Foucault, M. ***A arqueologia do saber***. Rio de Janeiro: Forense, 1986.
- Guatarri, F. ***Caosmose: um novo paradigma estético***. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- Lancetti, A. ***Clínica peripatética***. São Paulo: Hucitec, 2006.
- Lazzarato, M.; Negri, A. ***Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade***. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- Lopes, I. C. *Centros de convivência e cooperativas: reinventando com arte agenciamentos de vida*. In: Fernandes, M. I. A. ***Fim de Século: ainda manicômio?*** São Paulo: IPUSP, 1999.
- Silva, R. N. ***A invenção da psicologia social***. Petrópolis: Vozes, 2005.