

**Encontros e Desencontros com a Loucura: Relato de uma Experiência de Estágio  
em um Centro de Atenção Psicossocial**

*Encounters and Failures to Madness: Report based on an Internship Experience in a  
Psychosocial Attention Center*

Débora Ortolan Fernandes de Oliveira

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

debora.ortolan@yahoo.com.br

---

**Resumo:** A reforma psiquiátrica é um processo que busca romper com os modelos hegemônicos de atendimentos às pessoas com transtornos mentais. Propõe uma reconstrução do conceito de loucura e da compreensão do sofrimento psíquico, através de novos serviços, que se diferem por considerarem a singularidade do sujeito que necessita do cuidado em saúde mental. O presente trabalho pretende descrever, a partir do método psicanalítico, uma experiência de estágio do quinto ano da graduação em Psicologia no campo da saúde mental na rede pública, através de narrativas que relatam o encontro vivenciado com a loucura e suas peculiaridades. Pode-se verificar como a oportunidade de aprofundar os conhecimentos em saúde mental contribuiu para a formação da identidade profissional por entrar em contato com esse processo amplo e complexo que é a clínica da atenção psicossocial.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Psicologia; Reforma psiquiátrica; Centro de Atenção Psicossocial.

---

**Abstract:** The psychiatric reform is a process that pursues the breaking of hegemonic patterns of giving attention to people with mental disturbance. It suggests reconstruction

of the concept of madness as well as the understanding of psychic suffering through new services, which take into consideration the singularity of a person who needs special mental health care. The current study intends to describe, from a psychoanalytical methodology, an internship experience from the 5<sup>th</sup> grade of the graduation course in Psychology focused on mental health in the public sector through narrative that describe the encounter with madness and its peculiarities. It was possible to realize how the opportunity to carefully study mental health has contributed to the establishment of a professional identity because it enables the contact with such a comprehensive and complex process that is the Psychosocial Attention Clinic.

**Keywords:** Mental Health; Psychology; Psychiatric Reform; Psychosocial Attention Center.

---

### **Breve Histórico da Reforma Psiquiátrica**

No Brasil, foi a partir de 1830 que os médicos passaram a reivindicar a competência para lidar com a loucura, o que levou ao início da psiquiatria nacional. Neste contexto, a Medicina se apropriou do fenômeno da loucura e se dispôs a explicá-la como doença. A partir de então, a Psiquiatria cresceu e se desenvolveu, fundando os hospitais e manicômios. Os serviços criados, a princípio para o tratamento dos reconhecidos doentes mentais, incharam com o recolhimento de toda a gama de excluídos (órfãos, mendigos, prostitutas), para os quais não havia quaisquer outras estruturas fora do hospício (Devera, 2005).

Este modelo que afasta os pacientes de suas famílias e de seu território e que não vê o paciente como uma pessoa com potencial para participar de seu próprio tratamento,

passou a receber denúncias de maus-tratos, de violência e de violação dos direitos humanos (Lancetti & Amarante, 2006).

No início do século XX, o tratamento da loucura suscitava discussões sugerindo a descentralização desses serviços de assistência aos doentes mentais, através da implantação de novas instituições e aperfeiçoamento na formação dos psiquiatras. Inicia-se o aparecimento das primeiras propostas da reforma do modelo hospitalocêntrico, através da criação de instituições abertas (Devera, 2005).

Porém, a Reforma Psiquiátrica só ganhou impulso na década de 80, sendo que essa se trata de um processo civilizatório, que no encontro com o sofrimento, por vezes intenso, produz uma ruptura com os modelos hegemônicos psiquiátricos. Busca inventar dispositivos diferentes de cuidado da saúde mental, diversificando ações, tecendo uma rede com o território, inventando formas de sociabilidade, produzindo valor social, construindo uma ética e, principalmente, insistindo em sonhar com outro mundo possível (Yasui, 2006).

Na década de 90, a implantação da reforma se intensificou com as novas instituições surgidas da capacidade de invenção dos atores sociais, em especial os trabalhadores de saúde mental, os quais transformaram sua prática cotidiana, criando novos paradigmas assistenciais. Esse processo se estendia e compreendia uma luta pela transformação da sociedade, além de representar uma reconstrução da complexidade do objeto, desmontando o conceito de doença. Esse também teve como objetivo remontar o contato com a existência e o sofrimento do sujeito e sua ligação com o corpo social, não mais para curar, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência (Yasui, 2006).

### **Centro de Atenção Psicossocial**

Inserida no campo da Reforma Psiquiátrica, a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modelo asilar. O termo psicossocial pretendia incorporar aspectos psíquicos e sociais aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria. Na década de 80, o termo passa a ser utilizado para designar novos dispositivos institucionais que aspiram a outra lógica, que não mais os paradigmas psiquiátricos. No contexto brasileiro atual, acolher, levar em conta e escutar atentamente designam uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de atenção psicossocial nas práticas de saúde mental (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que representa hoje um dos principais instrumentos de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Assim, o CAPS é a possibilidade de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores (Yasui, 2006).

O cotidiano de um CAPS é o de pensar, para cada um que busca cuidado, um projeto terapêutico, considerando a sua singularidade e a sua complexidade, sendo que o projeto deve contemplar uma diversidade de estratégias de cuidado. O CAPS é a articulação, portanto, dos diferentes projetos com os diversos recursos existentes no seu entorno ou no seu território (Yasui, 2006).

Apesar disso, mais do que uma essência do trabalho na saúde, o cuidado é uma dimensão da via humana que se efetiva no encontro. De acordo com a filosofia de Espinosa (1991, citado por Yasui, 2006), um bom encontro é um alimento, ou um ser

amado, que se compõe com o nosso corpo e aumenta nossa potência de existir, agir e pensar. Assim, o cuidar em saúde significa pensar em uma atitude de preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro é preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como entidade ou doença. Significa romper com uma racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas centradas na doença, excessivamente farmacológicas e de orientação biologizante (Yasui, 2006).

Esses novos dispositivos do cuidado com a saúde ocorrem de acordo com a “lógica do território” que representa um norteador das ações a serem construídas pelo serviço. Essa perspectiva supera a noção de uma delimitação geográfica, visto que adota a lógica de olhar e ouvir a vida que pulsa neste lugar. Trata-se, portanto, de construir e inventar um espaço possível de subjetivação, como explicitado em: “o cuidado é uma produção de atos, regidos pela alegria e pela beleza, que produzem bons encontros, potencializando a vida. Acrescento que esta potencialização se dá na apropriação de sentidos do território, aqui entendido na complexidade deste conceito” (Yasui, 2006, p. 122).

Assim, ao procurar o serviço de saúde mental, o paciente e sua família desejam ser olhados e escutados por inteiro, como pessoas com vidas e histórias próprias; desejam ser acolhidos integralmente. Um bom projeto de cuidado começa com um bom acolhimento e uma boa recepção, pois é deste momento inaugural que se principia a relação entre a equipe cuidadora e o usuário (Yasui, 2006).

Nicácio e Campos (2005) afirmam que a proposição das portas abertas para os novos dispositivos de saúde requer uma nova forma de organização do serviço e do estilo de trabalho da equipe que propicie discussão aberta de conflitos, flexibilidade institucional, invenção compartilhada de projetos e, sobretudo, construção da equipe como coletivo, potencializando seus recursos e suas possibilidades de produzir portas

abertas. Enfatizam também que as possibilidades da equipe de responder à diversidade e singularidade das demandas podem ser ampliadas ao produzir um saber-fazer coletivo. Porém, o termo portas abertas não está ligado apenas à superação dos modelos asilares como muros, grades e lugares de contenção. A superação se refere ao real reconhecimento dos pacientes enquanto sujeitos de direitos e ao processo de trabalho que deve ser flexível e sensível para atender à demanda de atenção contínua às pessoas.

Nesse sentido, Almeida (2008) considera que se não houver apropriação de instrumentos inovadores de intervenção, se não houver compreensão quanto à complexidade do campo da saúde mental, os profissionais não estarão realizando a necessária ruptura com o modelo assistencial-hospitalar – busca de ruptura esta que deu origem ao próprio dispositivo CAPS. Para isso é preciso um esforço coletivo, de reflexão e de sistematização das experiências acumuladas ao longo do processo de implantação de novos serviços de saúde que contribuem para uma clínica comprometida com a vida, com a subjetividade e com uma maneira de viver e existir orientada para a justiça, para a liberdade e para a multiplicidade (Lancetti & Amarante, 2006).

Essa breve reflexão sobre a prática em saúde mental deve ser aprofundada, sendo necessário que outras reflexões se agreguem a fim de ampliar e romper com o sistema assistencialista que, ainda hoje, é vigente.

### **Uma História de Renovação**

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de um estágio em um CAPS III na cidade de Campinas. Como havia o desejo de saber a história do CAPS através dos usuários do serviço, conversei com um deles que concordou em falar sobre a instituição. O resgate da história tornou-se terapêutico à medida que ele se sentiu útil.

Ao iniciar a conversa, ele parecia apreensivo com o que seria perguntado, como se pudesse não saber responder, mas foi dito que ele deveria contar o que quisesse, o que pareceu ter o autorizado a se sentir à vontade nesse momento. A partir disso, ele se empolgou e começou contando quando o CAPS foi inaugurado e quando foi inserido ao serviço.

Segundo ele, os pacientes chegavam com muita esperança porque era outro tipo de vida: eles podiam voltar para casa e os leitos noite também eram novidade. Antigamente os hospitais eram fechados, a medicação impregnava e existia muito preconceito, de forma que as pessoas sentiam medo; nos manicômios as pessoas ficavam amarradas e os doentes e os drogadictos ficavam todos juntos. Apesar de chocante, foi importante o destaque da diferença entre o tratamento anterior à reforma psiquiátrica e posterior.

Expôs também que estava internado quando ficou sabendo que teria um CAPS, onde eles poderiam se tratar e morar em casa. Contou que antes eram chamados de “loucos” (sic) e, hoje, são chamados de usuários do CAPS, o que não causa mais a mesma impressão nas pessoas.

Outro aspecto importante foi que antigamente eles eram internados por meses, mas agora, quando é preciso, eles ficam no leito-noite por alguns dias. Também mencionou que quando precisa de ajuda atualmente, ele mesmo procura os profissionais do CAPS, sendo que antes ele era levado pela família, indicando como o desenvolvimento da autonomia é um dos objetivos do trabalho da clínica de atenção psicossocial. Além do usuário se sentir melhor, a família também se sente, pois antes eles ficavam preocupados ao interná-lo nos hospitais psiquiátricos, mas hoje sentem confiança ao deixá-lo no CAPS.

O usuário descreveu muito bem a proposta do serviço, dizendo que significa “renovação” (sic), que é para “reintegrar as pessoas em sociedade” (sic). Conta que considera importante conviver com as pessoas que têm o mesmo problema para se sentir menos deslocado socialmente e para compartilhar os seus problemas.

### **Os Encontros e Desencontros**

Essa experiência iniciou-se no quarto ano da graduação do curso de Psicologia, quando foi feita a escolha do estágio da disciplina Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde/Clínica. Essa tinha como proposta a inserção do aluno em práticas profissionais de caráter clínico, na área específica da Saúde, desenvolvendo intervenções em processos intra e interpessoal, com ênfase no enfoque preventivo.

Essa experiência foi desenvolvida a partir do método psicanalítico, sendo esse uma forma de produção de conhecimento que se mantém o mais próximo ao acontecer clínico. Esse método, que é norteador tanto dos procedimentos interventivos, como da elaboração da comunicação que se dirige a comunidade científica, pressupõe a atenção flutuante e a associação livre de ideias como pressupostos. Essa se trata de uma postura fenomenológica de parcial suspensão de juízos e conhecimentos prévios e de abertura e acolhimento à expressão (Herrmann, 1991, 2004).

O presente trabalho objetiva comunicar a experiência vivida, sendo que para isso foi utilizada a narrativa psicanalítica como estratégia de apresentação do acontecer clínico. Tal escolha se deu pela narrativa da experiência vivida incluir, necessariamente, a participação do narrador, ou seja, levar em conta a personalidade daquele que vive a experiência, sendo essa uma via de acesso pela qual se pode produzir conhecimento psicológico sobre a dramática existencial humana (Granato, Corbett & Vaisberg, 2011;



Vaisberg & Granato, 2005; Vaisberg & Machado, 2005; Vaisberg, Machado & Ambrósio, 2003).

A partir do momento da escolha pelo estágio em saúde mental, fantasiei, imaginei e li sobre o tema, me preparando para, literalmente, mergulhar nessa experiência que viria a se tornar a mais importante da graduação.

Ao iniciarem as supervisões, a reforma psiquiátrica passou a fazer parte do meu cotidiano, através de leituras incessantes e discussões. Os esforços dos atores das transformações das políticas públicas me fascinaram, o que me impulsionou a acreditar que esse ano seria essencial para a formação de minha identidade profissional e pessoal.

À primeira visita senti uma mistura de medo, alegria, ansiedade, pavor, orgulho, entre muitos outros sentimentos que não puderam ser identificados. A impressão foi de um espaço assustador, por ser um CAPS, mas, ao mesmo tempo, impressionante por ser aberto. A partir de então, o início do estágio foi esperado ansiosamente e, em contrapartida, houve medo de quando isso acontecesse.

Inicialmente, me senti perdida, principalmente por não saber diferenciar os usuários dos profissionais. Não sabia como falar com os pacientes, não sabia como pedir para participar dos grupos, não sabia a quem recorrer e nem com quem iria me identificar na equipe. Por estar sem referências, fiquei aberta à experiência, disposta a vivenciar tudo que esse campo de estágio pudesse me proporcionar.

Assim como o momento inaugural do encontro entre a equipe e o usuário é relevante (Yasui, 2006), foi de extrema importância ser acolhida integralmente pela equipe, incluindo minhas características, facilidades e também as limitações.

Aos poucos pude ter mais liberdade com os profissionais, pude participar e me integrar às atividades, conhecer os usuários, seus nomes, suas histórias e suas particularidades. Notei que aqueles de quem tive receio no início eram pessoas

interessantes, agradáveis, com histórias de vida intensas, que apesar das crises que apresentavam mantinham um contato pessoal e afetivo. A cada pessoa que conheci no serviço, a cada história que era acessada e compartilhada tornava-se um novo encontro. Considerando que a possibilidade do encontro é o ponto de partida para a construção do vínculo (Yasui, 2006) e do encontro inter-humano, esse momento do estágio foi extremamente importante para o meu envolvimento com essa experiência.

O conceito de encontro inter-humano é utilizado por Vaisberg e Machado (2003) considerando que a constituição da subjetividade é uma conquista do ser humano no decorrer do seu desenvolvimento, sendo que, no início da vida, o bebê não existe como pessoa do seu ponto de vista, ou seja, ele depende do outro para existir. As pessoas que foram vítimas, precocemente, de acontecimentos trágicos no decorrer de sua existência, não chegam a adquirir a noção de sua continuidade enquanto ser, o que redundava num profundo vazio existencial e em agonias impensáveis (Winnicott, 1945). Dessa maneira, as autoras consideram que para contemplar o fenômeno humano de forma a respeitar sua verdadeira condição existencial, é preciso buscar práticas clínicas que permitam o encontro inter-humano verdadeiramente.

Vaisberg, Machado e Baptista (2003) propõem, ainda, que o que funda verdadeiramente a experiência mutativa do paciente, numa clínica cuja matriz são os sentimentos de despersonalização, desrealização e desintegração, como a do CAPS, é o encontro, o acontecer inter-humano. O encontro genuíno, a disponibilidade devotada do terapeuta, que conhece, por apropriação pessoal, o trajeto existencial a ser percorrido por todo ser humano rumo à apropriação de si, é o fundamento da mutação essencial e genuína. O encontro permite ao paciente presentificar-se sem ser invadido, fazer o gesto espontâneo sem ser interrompido, doutrinado ou submetido. A ideia é oferecer ao

paciente um ambiente propício à expressão do gesto espontâneo e criativo e proporcionar experiências emocionais significativas e integradoras à pessoa.

Acredito que o conceito de encontro inter-humano esteve presente na prática desenvolvida, mesmo o contato com esse conceito sendo posterior ao início do estágio. O intenso envolvimento com as pessoas foi o que possibilitou as vivências configurarem-se enquanto encontros verdadeiramente inter-humanos, sendo que esses encontros foram possíveis devido ao fato do estágio e, principalmente, dos profissionais depositarem confiança e me deixarem livre para compor a prática a partir da minha subjetividade e criatividade.

Após o momento de observação para conhecer o serviço, os grupos, as pessoas e, principalmente, após esses encontros, foram definidas as atividades fixas do estágio. Comecei participando do grupo de ateliê, o que foi extremamente interessante, pois foi um espaço novo para mim, com outros enfoques que não o da fala, como na psicoterapia. Notei já no começo que iria aprender muito com a observação do manejo das coordenadoras, visto que foi possível perceber a delicadeza e a sutileza na forma como as coisas podem ser ditas aos participantes. Acredito que foi possível adquirir conhecimentos importantes em relação à clínica desenvolvida no CAPS através da experiência deste espaço.

Por não ter contato próximo com a arte aprendi, por muitas vezes, a fazer as atividades junto aos usuários. Considero esse um ponto essencial para a aproximação deles, visto que nesse espaço não era detentora de um suposto saber. Com o tempo me tornei uma das coordenadoras e, portanto, referência do grupo, mas continuei desenvolvendo atividades junto aos participantes.

Neste grupo pude compreender como incentivar para que o paciente seja criativo e espontâneo, que é um dos focos da terapia ocupacional. O espaço visava desenvolver a

autonomia, de forma que essa pudesse se reproduzir e se ampliar para outros contextos da vida da pessoa. Através do ateliê também pude perceber a importância da expressão através da arte, principalmente pela arte ter sido um meio de estabelecer um bom vínculo com os usuários, o que pôde ser observado fora do espaço do grupo.

Após pouco mais de um mês de estágio, houve um passeio para a praia, do qual participei. No dia do passeio, cheguei cedo ao CAPS e ajudei a arrumar os lanches. Durante a viagem, joguei truco e cantei com os usuários. O ambiente estava descontraído e eu estava curiosa para saber como seria a experiência. Ao chegar à praia, percebi que alguns usuários não conheciam o mar, o que foi emocionante, como ver uma criança experimentando pela primeira vez a sensação da areia e da água salgada. Outros pulavam as ondas e mergulhavam dando uma sensação de se sentirem livres.

Um dos pacientes demonstrou não querer se aproximar do mar. Como senti que poderia ser por receio, me propus a acompanhá-lo, o que veio a ser emocionante nos encontros do ateliê. O paciente retomou e descreveu com alegria o encontro da praia, demonstrando o quanto essa experiência tinha, de alguma forma, ampliado seu mundo por conhecer algo novo e por enfrentar o medo de se aproximar do mar. Esse foi um dos encontros com esse usuário que proporcionaram um fortalecimento do vínculo.

Além disso, foi possível conhecer melhor os usuários e conversar com os profissionais da equipe. Jogamos baralho, comemos, jogamos bola e depois fomos caminhando para um restaurante para almoçar. Acredito que tenha sido essencial vivenciar essa viagem, pois pude perceber como eles são em um ambiente descontraído, longe do CAPS. É possível dizer que os conheci melhor depois dessa experiência mais próxima e informal.

Passado algum tempo de estágio, foi feita uma proposta de que as estagiárias de psicologia pudessem criar e implantar um grupo terapêutico no serviço. Como em todas

as propostas, houve entusiasmo e passamos a conversar e refletir o que seria interessante para nós e para os usuários.

Decidimos, junto com os usuários, que seria um grupo de expressão corporal. A proposta era de algumas atividades direcionadas e outras livres que pudessem dar vazão aos sentimentos, à criatividade e à expressão corporal. Iniciamos com atividades de alongamento e relaxamento, cautelosas com o que as atividades pudessem mobilizar nos participantes. Com a entrada de uma nova profissional que se interessava pelo assunto, ela passou a participar da coordenação do grupo, principalmente porque havia uma preocupação de que o grupo não terminasse com o final do estágio.

Essa foi, para mim, uma experiência muito rica do ponto de vista profissional e pessoal, principalmente por ter tido poucas oportunidades de experimentar atividades corporais, diferente das outras duas coordenadoras que tinham experiências diversas nesse campo.

Era grande a expectativa de discutir tudo que havia sido executado, como se o meu aprendizado desse grupo dependesse de uma discussão falada e conjunta. Com o tempo, as atividades propostas foram se desenvolvendo e o grupo se tornou mais intenso, o que me proporcionou certa angústia em relação ao lugar que ocupei no grupo. Essa era uma angústia diferente e difícil de pôr em palavras, mas em um momento pude compreender que estava entre o saber profissional das outras coordenadoras que eram mais experientes e o não saber dos usuários.

Por alguns momentos, me aproximei e me identifiquei com as coordenadoras e, em outros, me aproximei e me identifiquei com os participantes, o que foi, sem que pudesse me dar conta, muito mobilizador. O efeito de perceber essa vivência de estar “entre” parece ter me libertado para usufruir desse lugar, ora ajudando o curso da

atividade a acontecer, como um ego auxiliar<sup>1</sup>, ora experimentando e experienciando as atividades pela primeira vez junto aos usuários. Assim como apontam Onocko Campos e Campos (2006), o entre é a posição que estimula a estar em contato.

Acredito que essa experiência de implantar um grupo novo no serviço tenha sido importante, mas foi ainda mais importante por ter me feito refletir sobre minha própria expressão corporal para, então, compreender a expressão do outro. Considero que esse movimento de reflexão, que se tornou inevitável neste grupo, é essencial para que se possa perceber o que o outro está expressando.

Ao iniciar o processo de estruturação de um grupo de psicoterapia de pacientes neuróticos graves, acompanhei um profissional da equipe. Conversamos sobre os usuários que seriam indicados e fizemos as entrevistas com aqueles que foram convidados a participar do grupo. Tive, portanto, a oportunidade de vivenciar as particularidades da formação de um grupo.

O início do grupo foi marcado várias vezes, mas não foi possível iniciar, pois não havia participantes suficiente. Ao conseguir um número razoável de participantes para o grupo, a dificuldade foi que todos comparecessem. Senti, no começo, que esses desencontros significavam a fragilidade do grupo, principalmente por ainda não haver vínculo. Ter mantido a proposta mesmo com os desencontros foi essencial para que os participantes começassem a se constituir enquanto grupo.

Depois de algum tempo da formação do grupo foi possível perceber alguns fenômenos e mesmo observar os sentimentos contratransferenciais que foram despertados, visto que a sessão era voltada para sentimentos como descrença,

---

<sup>1</sup> O ego auxiliar participa de forma efetiva, captando os objetivos do coordenador do grupo e atua favorecendo o desenvolvimento da atividade. Constitui-se na parte da coordenação que entra em ação, transformando-se em um co-ator no grupo. Ele atua, portanto, entre o coordenador e os participantes (Andaló, 2001).

desistência e desejo de isolamento, por conta do humor deprimido da maioria dos usuários.

Outro grupo do qual fui incluída como co-terapeuta, auxiliando em seu funcionamento, foi o grupo de música. Comecei passando pelo grupo nos dias em que estava livre e com os encontros passei a me interessar, apesar de não ter uma apreciação apurada pela música.

No grupo, cantávamos e tocávamos as músicas escolhidas pelos participantes. No início, não imaginava a relevância de um grupo com esse enfoque para o tratamento dos usuários, mas com essa experiência pude compreender o quanto a música pode ser mobilizadora para alguns, de maneira que emergem sentimentos através da letra e da melodia. À medida que cantavam as músicas, lembravam-se de acontecimentos e vivências passadas que os marcaram. O ambiente do grupo era descontraído, despertava sentimentos positivos, estimulava a memória e a coordenação motora. Além disso, o grupo oferecia a possibilidade de um lugar diferenciado aos participantes por fazerem apresentações durante as festas e celebrações da instituição.

Fez parte da experiência de estágio a participação na reunião de equipe, o que foi importante para a compreensão dos casos e para conhecer o diagnóstico clínico dos pacientes. Campos (2006) considera que a atribuição de um diagnóstico e de uma classificação de risco e vulnerabilidade é um procedimento não somente inevitável como até mesmo necessário. Porém, o método ampliado reconhece que a eficácia da intervenção depende da capacidade da equipe de singularizar o diagnóstico e o projeto de intervenção em cada caso.

Assim, o diagnóstico não deve evidenciar apenas os problemas de saúde, mas necessita também identificar fatores de proteção, capazes de potencializar o sujeito a reconstruir seu modo de vida apesar do problema de saúde. Identificar objetos de

investimentos da pessoa, rede de apoio, mecanismos de proteção, entre outros, é essencial para o sucesso do projeto terapêutico. Essa construção depende do diálogo que se estabelece entre profissional e paciente (Campos, 2006).

As reuniões de equipe eram destinadas às discussões dos Projetos Terapêuticos Individuais (PTI) e das diversas intervenções que eram feitas pela equipe. Os fatores de proteção eram destacados, pois são os aspectos saudáveis que representam a possibilidade de vínculo e de tratamento. Ao receber um paciente, costumávamos discutir e elencar seus grupos de interesse, pensando em vinculá-lo à instituição. A vinculação e a sensibilização do usuário eram essenciais para o seu envolvimento no tratamento. Após o vínculo estabelecido, desenvolvíamos um projeto terapêutico pensando em ampliar a autonomia do paciente para futuramente encaminhá-lo a um tratamento em um serviço menos intensivo, como os centros de saúde.

Outra vivência importante da reunião de equipe foi o matriciamento com as equipes dos centros de saúde. Campos (2006) considera que o apoio matricial em saúde objetiva assegurar, de modo dinâmico e interativo, retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência. O apoio depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar apoio entre as diferentes equipes e níveis de atenção. Esses espaços coletivos incentivam o contato direto entre referência e o apoio.

Ao longo do ano de estágio, foi desenvolvido o matriciamento em dois centros de saúde que a equipe referenciava, do qual acompanhei. Os profissionais externos foram recebidos no CAPS para que eles pudessem conhecer o serviço. Ficou claro o quanto é nebuloso, como funcionava o trabalho do CAPS e qual é o perfil de população que esse serviço atende. Em outras reuniões, priorizou-se apresentar os critérios básicos para receber um paciente no CAPS e a ficha de triagem foi utilizada para exemplificar



quais aspectos são relevantes no momento de acolher uma demanda externa. No entanto, foi ressaltada a importância de que os critérios de encaminhamento fossem uma construção em conjunto para facilitar a comunicação entre as equipes.

Essas reuniões serviram tanto para que a equipe do CAPS, como para as dos centros de saúde, pudessem compreender as dinâmicas de trabalho, o que é importante no momento de um encaminhamento ou de um pedido de co-construção de projeto terapêutico. É relevante destacar que essa é uma construção constante, que deve ser cuidada por ambas as equipes para que o trabalho em rede se efetive.

No CAPS havia um espaço aberto, onde as pessoas ficavam livres para fazer o que quisessem. Podiam assistir à televisão, escutar música, descansar nas espreguiçadeiras que ficavam em torno da casa, jogar dominó, baralho ou propor outras atividades livres. Esse espaço, que era chamado de convivência, constituiu uma oportunidade de oferecer acolhimento e escuta àqueles que sentissem vontade ou necessidade, de forma mais espontânea por não ser um espaço de atividades pré-estabelecidas. De acordo com o conceito de Bleger (1963), toda e qualquer conduta humana é portadora de um sentido emocional, pertencente ao acontecer humano, não importando quão louca, estranha, cruel ou aparentemente incompreensível possa se apresentar à primeira vista.

Acredito que esse é um exercício constante na clínica da saúde mental, considerando que muitas vezes as condutas dos pacientes são incompreensíveis e podem ser tratados como sintomas ou como comportamentos que já não são mais passíveis de melhorarem. Porém, é preciso se afastar das representações negativas a respeito dessas pessoas que são assistidas, visto que nos impede de ver a força vital que portam e da qual sua sobrevivência, em condições tão adversas, é a prova mais cabal (Onocko Campos & Campos, 2006). Considero que os momentos em que me dediquei às

atividades livres na convivência, como jogos de baralho e dominó, proporcionaram uma oportunidade de aproximação diferenciada e mais espontânea com os usuários. Sendo assim, o espaço da convivência funcionou como um recurso propício para os encontros verdadeiramente inter-humanos.

### **Considerações Finais**

Assim como foi citado, as pessoas com transtornos mentais não foram sempre tratadas dessa forma; elas eram extremamente discriminadas e tratadas de maneira violenta e cruel. Esse preconceito se dava como uma forma de preservação, na medida em que apenas os doentes mentais eram capazes de apresentar os comportamentos inadequados à sociedade, camuflando o fato de que todos podemos nos tornar agressivos e enlouquecer (Vaisberg, 2007). Mesmo estudando e lendo sobre psicopatologia, ao entrar em contato com os doentes mentais, senti medo por vivenciar de perto o quanto o transtorno mental está próximo de todos e como todos podemos ser acometidos pela loucura. Essa mobilização de sentimentos de angústia pode ser uma das grandes barreiras das interações sociais que seriam possíveis com essas pessoas.

Eles podem, muitas vezes, sentir quando uma pessoa está incomodada ou estranhando alguma atitude deles, o que os retraem e os levam a se relacionarem apenas com os serviços de cuidado, como os CAPS, os Centros de Convivência e outros dispositivos a eles acessíveis. Ao me dar conta disso, passei a prestar mais atenção nos sentimentos que os diferentes pacientes me mobilizavam a fim de poder utilizá-los para compreender os usuários. Onocko Campos e Campos (2006) descrevem o papel dos trabalhadores da saúde mental:

Há de se estar muito vivo e em contato com aquilo que – no outro – nos desestabiliza e interroga. Há de se manter aberto a todas as perguntas. Há de se interrogar a clínica e a saúde coletiva em geral e a que fazemos; há de se poder sonhar amanhã, às oito horas da manhã, que faremos diferente, uma possibilidade, uma aposta em aberto (Onocko Campos & Campos, 2006, p. 686).

O desenvolvimento deste trabalho começou com um desejo de que a experiência de formação pudesse ser colocada em palavras. Tive dificuldade de definir um foco, por não ser possível diferenciar algo que tivesse me despertado mais interesse durante o estágio. Decidi, então, que o foco seria a experiência como um todo, dando oportunidade de que pudesse descrever as diversas vivências.

Através da narrativa, foi possível dimensionar a intensidade dos encontros e desencontros que vivenciei neste ano. Foi possível descrever ainda a maneira como fui afetada pela experiência e pude afetar também. Levando em consideração que a forma mais genuína de proporcionar encontros verdadeiramente humanos é deixar-se ser afetado, acredito que pude me deixar mergulhar verdadeiramente nesta experiência.

Considero que esses encontros deram a oportunidade de me aproximar do doente mental enquanto pessoa, reconhecê-lo como sujeito de forma que pude ouvir e olhar a vida que pulsa. Esse contato me tornou mais flexível e mais sensível ao sofrimento psíquico, possibilitando compreender que o trabalho da psicologia é respeitar a verdadeira condição existencial do sujeito, é proporcionar à pessoa um ambiente favorável à expressão do gesto espontâneo, é contribuir com experiências emocionais significativas e integradoras aos que sofrem.

Esse estágio possibilitou o contato com reflexões sobre os transtornos mentais que são essenciais para o desenvolvimento de uma boa prática em psicologia. Esse foi também uma oportunidade de desenvolver a clínica e a minha criatividade no cuidado com o paciente. Assim, acredito que foi possível a ligação da teoria com a prática, de

forma que esses encontros e desencontros se tornaram essenciais na minha formação enquanto psicóloga.

### Referências

- Almeida, N. de. (2008) Contribuições à tematização das oficinas nos Centros de Atenção Psicossocial. In: C. M. Costa & A. C. Figueiredo. *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Andaló, C. S. de A. (2001) O papel de coordenador de grupos. *Psicol. USP*, São Paulo, 12 (1).
- Bleger, J. (1963) *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Artmed.
- Campos, G. W. de S. (2006) Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: \_\_\_\_\_. *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 53-92). São Paulo: Hucitec.
- Costa-Rosa, A.; Luzio, C. A. & Yasui, S. (2003) Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma da saúde mental coletiva. In: P. Amarante (Coord.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Devera, D. (2005) *A Reforma Psiquiátrica no Interior do Estado de São Paulo: Psiquiatria Reformada ou Mudança Paradigmática?* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Assis.

Espinosa, B. (1991) *Pensamentos metafísicos; Tratado da correção do intelecto; Ética*.

Seleção de textos Marilena de Souza Chauí, traduções Marilena de Souza Chauí et al. 5ª Ed. São Paulo: Nova Cultural.

Granato, T. M. M.; Corbett, E.; Vaisberg, T. M. J. A. (2011) Narrativa interativa e psicanálise. *Estudos em Psicologia Maringá*, 16 (1).

Herrmann, F. (1991) *Andaimos do real: o método da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.

Herrmann, F. (2004) Pesquisando com o método psicanalítico. In: F. Herrmann & T. Lowenkron (Orgs.). *Pesquisando com o método psicanalítico* (pp. 43-83). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lancetti, A. & Amarante, P. (2006) Saúde mental e saúde coletiva. In: G. W. S. Campos (Coord.). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 615-634). São Paulo: Hucitec.

Nicácio, F. & Campos, G. W. de S. (2005) Instituições de “portas-abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária territorial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 16 (1), 40-46.

Onocko Campos, R. & Campos, G. W. de S. (2006) Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: G. W. S. Campos (Coord.). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 669-688). São Paulo: Hucitec.

Vaisberg, T. M. J. A. (2007) Os monstros e o acontecer humano: considerações sobre a prática da violência à luz da psicanálise do self. *Caderno do VII Simpósio da Associação de Psicoterapia Psicanalítica – A Violência na Sociedade Contemporânea*. São Paulo. (pp. 51-59).

Vaisberg, T. M. J. A. & Granato, T. M. M. (2005) Tecendo a clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças: São Bernardo do Campo*. 12 (2), 253-271.

Vaisberg, T. M. J. A. & Machado, M. C. L. (2003) Sofrimento Humano e Estudo da Eficácia Terapêutica de Enquadres Clínicos Diferenciados. In: T. M. J. Aiello Vaisberg & F. F. Ambrósio. (Org.). *Cadernos Ser e Fazer: Apresentação e Materialidade* (pp. 6-35). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_ (2005) Narrativas: O Gesto do Sonhador Brincante. *Anais do IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise*. São Paulo, v. 1.

Vaisberg, T. M. J. A.; Machado, M. C. L. & Baptista, A. M. (2003). Sofrimento Humano e Psicanálise Contemporânea. *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*, Rio de Janeiro.

Vaisberg, T. M. J. A.; Machado, M. C. L. & Ambrósio, F. F. E. (2003) A Alma, o Olho e a Mão: Estratégias Metodológicas de Pesquisa na Psicologia Clínica Social Winnicottiana. In: T. M. J. A. Vaisberg & F. F. Ambrósio. (Org.). *Trajetos do Sofrimento; Rupturas e (re)Criações de Sentido*. (pp. 6-16) São Paulo: Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo.

Winnicott, D. W. (1945) O desenvolvimento emocional primitivo. In \_\_\_\_\_ *Da pediatria à psicanálise: textos selecionados* (pp. 269-285). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Yasui, S. (2006) *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.