



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

revistapsisoc@gmail.com

Associação Brasileira de Psicologia Social  
Brasil

Cambuy, Karine; Martins Amatuzzi, Mauro  
EXPERIÊNCIAS COMUNITÁRIAS: REPENSANDO A CLÍNICA PSICOLÓGICA NO SUS  
Psicologia & Sociedade, vol. 24, núm. 3, septiembre-diciembre, 2012, pp. 674-683  
Associação Brasileira de Psicologia Social  
Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326585019>

## **EXPERIÊNCIAS COMUNITÁRIAS: REPENSANDO A CLÍNICA PSICOLÓGICA NO SUS**

### **COMMUNITY EXPERIENCE: RETHINKING SUS PSYCHOLOGY CLINICS**

**Karine Cambuy e Mauro Martins Amatuzzi**

*Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil*

---

#### **RESUMO**

Esta pesquisa buscou compreender como vivências comunitárias de psicólogos clínicos poderiam contribuir para ampliação do conceito de clínica psicológica em saúde pública. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou o método fenomenológico para coleta e análise dos dados. Os participantes foram seis psicólogos clínicos da rede pública de saúde de Campinas-SP que dispunham de carga horária para ações nos Centros de Convivência ou oficinas de geração de renda. Os resultados apontaram que os Centros de Convivência são espaços onde é possível desenvolver uma clínica ampliada. As atividades nas diversas oficinas trazem vários efeitos positivos na vida das pessoas, possibilitando resgate ou descoberta de habilidades e encontros pautados pela solidariedade e respeito às diferenças. Considerando a potencialidade dos Centros de Convivência para cuidado em saúde, aponta-se a importância de legitimá-los dentro da rede pública de saúde através de outras sistematizações teóricas que possam traduzir a riqueza das práticas desenvolvidas nesses espaços.

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

#### **ABSTRACT**

This research aimed to understand how community practical psychologists experiences could contribute to enlarge the psychological clinics concept in public health. This is a qualitative study that applied the phenomenological method to collect and analyze the data. Six practical psychologists who were hired to work in Campinas health public system took part in this study. They were available to work in the community centers and the income making workshops. It was possible to conclude that the community centers are places where you can have an enlarged clinics. The activities in the workshops bring several positive aspects in the people's life allowing abilities discovery and relationships lined up by the solidarity and respect of the differences. Regarding the community centers potentiality for health care, we can point out the importance of legitimate them in the health public service from other theoretical systematizations that can show the practice richness developed in those places.

**Keywords:** enlarged practice; community; community centers; public health; phenomenological research.

---

#### **Introdução**

O trabalho do psicólogo acompanhou o desenvolvimento da saúde pública no país. No entanto, apesar de algumas mudanças em sua prática, a perspectiva diagnóstica e intervenciva ainda é predominante nas Unidades de Saúde do SUS. Não é incomum encontrar psicólogos em atividades prioritariamente ambulatoriais individualizadas, tanto em hospitais como em unidades de atenção básica (Braga Campos & Guarido, 2007; Oliveira et al., 2005). A psicologia clínica tem reproduzido em larga escala os modelos que nortearam a sua constituição, mesmo quando esses não se adaptam à realidade da clientela atendida nas instituições públicas de saúde. Observa-

se a dificuldade dos profissionais em buscar práticas que possam ir além do atendimento individualizado centrado em queixas pessoais específicas (Dimenstein, 1998; Oliveira & Peres, 2009).

De acordo Braga Campos e Guarido (2007), o descompasso entre prática profissional e as necessidades atuais no contexto do SUS ocorre, muitas vezes, porque ainda não há um direcionamento do profissional de psicologia para ações em saúde pública, para práticas que ultrapassem os limites estabelecidos pelo enquadre terapêutico de consultório. Moreira, Romagnoli e Neves (2007) refletem que o contexto social adverso das comunidades passa a adentrar os consultórios, convocando os psicólogos a saírem dele para responder às novas formas de subjetivação e

adoecimento psíquico. Isso mostra que a inserção do psicólogo nas instituições públicas de saúde requer modelos teóricos e práticos que fundamentem sua atuação, modelos que permitam aos psicólogos transitar com mais segurança no campo da saúde coletiva e que possam ampliar a noção de que ser psicólogo representa muito mais que simplesmente oferecer atendimentos individualizados, centrados em queixas psicológicas específicas. É preciso, portanto, repensar práticas, criar dispositivos que possam responder às necessidades de uma clínica que seja comprometida com o sujeito e sua capacidade de produção de vida. Para Bezerra (2001), esse tipo de prática poderia ser denominado de clínica ampliada, e ele explica esse conceito dizendo que fazer clínica não significa apenas lidar com a anterioridade psicológica do sujeito, mas também com toda a rede de subjetividade que o envolve. Segundo o autor, surge a necessidade de criar novas modalidades de intervenção que produzam e provoquem reações nos indivíduos para que eles passem a ordenar de modo mais criativo suas práticas sociais e psíquicas.

Com base nas considerações dos autores anteriormente citados, bem como das observações de nossa prática, acreditamos na possibilidade e na urgência de construirmos novos paradigmas tanto para a prática como para a formação do psicólogo clínico, e também de repensarmos a potência terapêutica de espaços diferentes daqueles da psicoterapia convencional. Dentre tantas formas possíveis de ampliação da clínica, tomamos como assunto de reflexão os espaços comunitários; mais especificamente as experiências de psicólogos nos Centros de Convivência e oficinas de geração de renda. Essa escolha foi motivada principalmente pela implicação dos autores deste artigo na construção desses dispositivos no município de Campinas-SP.

### **Algumas considerações sobre os Centros de Convivência**

Os primeiros Centros de Convivência e Cooperativas do Brasil surgidos como parte da rede municipal de atenção à saúde mental apareceram na cidade de São Paulo no final da década de 1980, tendo como proposta a reabilitação psicossocial dos usuários de saúde mental. Surgiram muito fortemente ligados à reforma psiquiátrica, integrando uma rede de iniciativas gradativamente substitutiva aos equipamentos manicomiais, propondo uma nova forma de as pessoas se relacionarem, apresentando uma oferta de tratamento diferente do proposto dentro das instituições psiquiátricas (Galletti, 2004). A questão era possibilitar que os usuários dos serviços

de saúde mental e outras parcelas da população com problemática social e de saúde tivessem um trânsito mais espontâneo pela cidade e inserções efetivas no mundo coletivo (Galletti, 2007; Ribeiro & Oliveira, 2005). Segundo Luzio e L'Abbate (2006), o objetivo era transformar o bem público em espaço coletivo e, dessa forma, possibilitar a convivência entre as pessoas. Esses serviços utilizavam recursos das artes, realizando intersetorialidade com outros dispositivos como a cultura, a educação e o esporte. As práticas abarcavam música, artesanato, dança, teatro e esporte, além de promover atividades para ressignificar o processo de trabalho, visando à inserção social, através de cooperativas para geração de renda.

Desde então, em muitos municípios do país, como Belo Horizonte, Campinas e São Paulo, os Centros de Convivência vêm se consolidando por seu papel significativo tanto para inclusão social das pessoas com transtornos mentais como para promoção de saúde, facilitando por meio de atividades coletivas a construção de novos laços sociais, autonomia, cidadania e vínculos solidários. O Ministério da Saúde vem conduzindo um debate em torno da viabilidade de expansão desse dispositivo para todo o país. Ainda não há uma política de financiamento, controle e avaliação para esses Serviços. A regulamentação dos Centros de Convivência pelo Ministério da Saúde constava na Portaria 396 de 07 de julho de 2005 (PT SAS 396/05), que foi suspensa e ainda está em discussão (Ministério da Saúde, 2005, 2007).

No município de Campinas-SP, os primeiros Centros de Convivência surgiram em 1997 a partir da reestruturação de um antigo hospital psiquiátrico hoje denominado Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Esses Centros de Convivência surgiram para ampliar o sentido terapêutico da clínica em saúde mental e da reabilitação psicossocial no contexto da construção e resgate da cidadania. Outros espaços foram surgindo em diferentes regiões de Campinas ao longo de tempo. Há atualmente no município onze Centros de Convivência sendo implementados com características bastante diversas. O movimento crescente de profissionais envolvidos com esses serviços gerou em 2005 um fórum, do qual um dos autores deste artigo participa. Esse fórum tem como objetivo trocar experiências e discutir sobre a ampliação das propostas de Centros de Convivência no município, como também criar uma política pública para esses serviços. A partir de várias discussões nesses fóruns, foi possível pactuar um objetivo comum para esses espaços, a população-alvo, as práticas pertinentes etc. Isso acabou gerando um documento que constitui um norteador para as práticas nos Centros de Convivência do Município.

De acordo com o destacado no documento, o objetivo dos Centros de Convivência em Campinas é “construir coletivamente espaços de convivência nos territórios capazes de operar no fortalecimento de vínculos solidários, através de práticas que promovam cultura, educação, saúde e lazer, garantindo a singularidade de cada um, acolhimento e desenvolvimento das potencialidades” (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2008, p. 1). As ações são destinadas a toda comunidade, no entanto, há uma intenção especial de incluir aquelas pessoas com maior vulnerabilidade pessoal e social.

Pode-se dizer que a implementação dessas experiências no município ainda é um processo em construção. Ainda se busca maior legitimação dentro da rede de saúde. Pode-se afirmar que foi também em busca dessa legitimação que este estudo se fez presente e delimitou como objetivo compreender como vivências comunitárias de psicólogos clínicos (especificamente vivências em Centros de Convivência ou espaços de geração de renda) poderiam contribuir para a ampliação do conceito de clínica psicológica em saúde pública.

### **Método**

Para o cumprimento dos objetivos propostos, este estudo tomou o caminho fenomenológico de pesquisa no intuito de resgatar vivências de psicólogos clínicos em projetos comunitários, particularmente naqueles aspectos em que nos poderiam fazer repensar a clínica psicológica. Para Amatuzzi (2001a), a pesquisa fenomenológica é uma pesquisa de natureza: não trata de verificar, mas de construir uma compreensão acerca de um tema. Ela é “o estudo do vivido ou da experiência imediata pré-reflexiva, visando descrever seu significado, ou qualquer estudo que tome o vivido como pista ou método” (Amatuzzi, 1996, p.5). O vivido, segundo ele (2001b), é a nossa reação imediata àquilo que nos acontece, antes mesmo de qualquer reflexão ou elaboração de conceitos; é pelo caminho de nossa reação que chegamos ao significado do fenômeno. O acesso ao vivido, nesta pesquisa, deu-se através de entrevistas dialógicas e reflexivas com os sujeitos participantes, acerca de sua experiência em trabalho comunitário.

#### *Participantes*

A concepção da singularidade é uma das características da pesquisa fenomenológica. Concebe-se o estudo de um determinado fenômeno através de experiências singulares que permitem apontar

para sua compreensão geral. A preocupação é fazer uma elaboração teórica sobre o que é determinado fenômeno ou suas possibilidades de ser. Por isso um número grande de participantes não é o que importa, mas sim como suas experiências podem apontar aspectos importantes do fenômeno, permitindo assim uma elaboração teórica a respeito dele (Amatuzzi, 2001a). Levando isso em consideração, participaram do estudo seis psicólogos contratados para trabalhar na rede pública de saúde em Campinas e que dispunham de carga horária para atividades em Centros de Convivência ou oficinas de geração de renda. Quatro desses psicólogos eram gestores das instituições, e a partir desse lugar que falaram sobre suas experiências. Vale dizer que, embora tais gestores não desenvolvam atividades em oficinas, estão em constante contato com os usuários, praticando a escuta e acolhimento, o que os autoriza a dizer sobre os efeitos das ações do Centro de Convivência na vida das pessoas. Dois dos participantes eram trabalhadores em contato direto com os usuários a partir das oficinas desenvolvidas. Um dos trabalhadores tinha como local de trabalho um CAPS e dispunha de dez horas de sua carga horária de trabalho para desenvolver algumas ações no Centro de Convivência, e outro dispunha de toda sua carga horária de trabalho (30 horas semanais) para coordenar um grupo de culinária em um espaço exclusivamente voltado para a geração de renda.

O número de participantes foi definido levando-se em conta a disponibilidade de carga horária, total ou parcial, para dedicação a esse tipo de projeto. Com exceção da pessoa que fazia parte do serviço voltado à geração de renda, todos os outros participavam do fórum dos Centros de Convivência e tinham conhecimento da existência da pesquisa, assim como da possibilidade de sua participação nela. O convite ao psicólogo que fazia parte do projeto de geração de renda aconteceu pelo fato de a primeira entrevista ter ocorrido no ambiente onde ele trabalhava. Ao explicar a ele sobre a pesquisa, o mesmo se mostrou interessado sobre o tema e houve o convite para ele participar. Até este convite, já estava delimitado que participariam do estudo todos os psicólogos envolvidos com trabalhos em Centros de Convivência, que na época eram cinco. Ao tomar conhecimento de uma oficina de geração de renda coordenada por um psicólogo, a pesquisadora considerou que esta poderia ser uma experiência interessante a ser agregada na pesquisa.

#### *Instrumento*

Foram realizadas entrevistas individuais com os participantes, entre os meses de maio e dezembro de 2008, nos próprios locais onde eles trabalhavam (com

excessão da primeira, devido à reformas no local). Optou-se por uma modalidade inspirada na entrevista não-diretiva-ativa proposta por Mucchielli (1991). Segundo esse autor, esse tipo de entrevista implica maior envolvimento do entrevistador, sendo ele ativo e devendo apoiar sem cessar seu interlocutor na reflexão. Isso foi entendido aqui como uma proposta de diálogo em que o entrevistador busca uma compreensão do que é dito em sua relação com o objeto da pesquisa, podendo inclusive promover uma troca de experiências visando o aprofundamento do tema por parte do entrevistado. As entrevistas tiveram, assim, dois momentos: um primeiro, de abertura à experiência dos participantes, a partir do convite seguinte: *“Eu gostaria que você me falasse sobre sua experiência de trabalho na comunidade”*; e um segundo momento, de reflexão conjunta, a partir de uma troca de experiências sobre as práticas nos Centros de Convivência.

#### Procedimento

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas (protocolo 248/08), entrou-se em contato com os participantes para a realização das entrevistas individuais. No momento da entrevista, explicou-se novamente o tema e o objetivo da pesquisa, enfatizando sua confidencialidade (no que se refere a informações pessoais, nomes e instituições), mostrando abertura para que o entrevistado pudesse esclarecer dúvidas. Ainda se disponibilizou a prestar quaisquer esclarecimentos a respeito do depoimento, de sua análise e de seus impactos. Antes da realização das entrevistas, foi solicitado aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado sob orientação da lei nº 196/96 do Ministério da Saúde. As entrevistas foram gravadas para facilitar o acesso e a recuperação das informações. As entrevistas não foram transcritas na íntegra. Logo após cada uma, a gravação era ouvida para em seguida elaborar relatos expressivos do encontro, preservando seu dinamismo e levando em conta a presença de ambos (pesquisador e pesquisado).

#### Análise dos depoimentos

Os dados foram submetidos à análise fenomenológica. Tal análise, segundo Amatuzzi (1996), privilegia o intencional ou o vivido, isto é, significados sentidos para os quais os signos apontam como símbolos mais ou menos bem-sucedidos, com os quais podemos entrar em contato pela mediação do expresso. Amatuzzi (2001a) propõe uma análise sistematizada em quatro momentos nos quais esta

pesquisa se inspirou. No primeiro momento, trata-se de dizer de forma organizada e clara o já dito no fluxo desordenado do encontro. Chega-se, então, a uma síntese individual de cada depoimento. Num segundo momento, buscam-se temas comuns, a partir da sistematização de diversos depoimentos, para se chegar a uma síntese de todos. Trata-se de um trabalho de abstração e construção conceitual que termina na estrutura geral do vivido. No terceiro momento, provoca-se um diálogo do material com outros pesquisadores ou teóricos. O quarto momento é a própria comunicação da pesquisa. A cada vez que se comunica uma pesquisa fenomenológica, segundo o autor, ela é refeita no diálogo com os presentes.

Partindo dessa proposta de sistematização, buscou-se delimitar, para esta pesquisa, um possível percurso para a elaboração das vivências. Partiu-se inicialmente do contato com os depoimentos que estavam gravados. Foi então elaborado pela pesquisadora um relato em primeira pessoa de cada encontro, procurando manifestar os elementos vivenciais que pudessem responder de alguma forma ao problema de pesquisa.

Na explicitação das vivências de cada encontro, retomou-se aquele relato em uma leitura cursiva com o objetivo de captar mais uma vez seu sentido geral. Em seguida, o relato foi dividido em parágrafos expressivos de unidades temáticas, considerando não o conteúdo, mas as unidades temáticas em termos do vivido presente no relato. Levando-se em consideração cada unidade temática (com todos os parágrafos que a compunham), foi feita a compreensão do vivido, buscando seus significados. Por fim, foi elaborada uma síntese para cada entrevista, sistematizando e organizando em um texto coerente todas as compreensões psicológicas apreendidas. Em seguida, foi feita uma elaboração comprensiva de todas essas sínteses particulares, configurando-se assim uma síntese geral unificada, com todos os elementos comuns e considerando as diferenças neles contidas, de modo a contemplar o vivido explorado e construído nas entrevistas como um todo. O passo seguinte foi propor um diálogo desse material com reflexões de outros autores, não para validar ou confirmar as proposições da análise das entrevistas, mas no sentido de aprofundar o entendimento dos significados produzidos, buscando uma compreensão mais ampla e uma construção teórica acerca do fenômeno.

Apresentamos a seguir alguns temas emergentes levantados no diálogo com os participantes, retomando, para isso, alguns trechos do relato expressivo do encontro elaborado pelos pesquisadores. Todos os

nomes referidos nos relatos são fictícios, de modo a preservar a privacidade dos sujeitos.

## Resultados

Todos os participantes recorreram à formação profissional para explicar o envolvimento com a clínica ampliada. Relataram que a inserção em espaços comunitários, que visavam a atividades coletivas, seja em estágios na graduação ou em cursos de aprimoramento, foram fundamentais para uma outra visão sobre as possibilidades de atuação do psicólogo clínico.

O envolvimento com práticas comunitárias não se deve, no entanto, apenas à formação, mas também à constatação, a partir de suas experiências em diferentes serviços de saúde do SUS, de que as práticas tradicionais de cuidado não davam conta da complexidade da vida das pessoas e que era preciso procurar alternativas de espaços e ações que também pudessem ser promotoras de saúde mental.

*“Tinha consciência de que a clínica individual poderia dar conta de algumas necessidades do sujeito, mas outros lugares como o Centro de Convivência poderiam dar conta de outras demandas que a clínica individual não dava”* (Trecho retirado do relato de entrevista com Pedro).

*“relatou que quando estava somente dentro do CAPS os pacientes acabavam piorando, já que os discursos ficavam sempre centrados na doença e no sofrimento ... quando se realizava atividade fora do CAPS, havia uma outra possibilidade de encontro”* (Trecho retirado do relato de entrevista com Paula).

Os entrevistados acabaram chegando à conclusão de que atividades de cultura, lazer e educação poderiam ser promotoras de saúde mental, o que os fez sair das instituições e desenvolver suas ações em espaços comunitários, acreditando que isso poderia ser uma outra forma de fazer clínica, no sentido de possibilitar autonomia, resgate de autoestima, ampliação de redes sociais etc. Ainda que no início da entrevista, ao falarem de suas experiências, nem todos participantes utilizaram o conceito de clínica para se referir à prática que desenvolvem no Centro de Convivência, ao longo da conversa mostram-se seguros em afirmar que essas práticas em oficinas, com foco na convivência ou geração de renda, podiam ser, sim, denominadas de clínica. Uma das participantes exemplifica isso ao afirmar que a clínica que existe num Centro de Convivência não é a que se preocupa com apaziguar sintomas ou mesmo com a cura, mas aquela que se propõe a “fazer desvios”, isto é, uma ação cujo foco

não é o sofrimento ou a patologia, mas sim o que é saudável no indivíduo. A ampliação da clínica não se dá, portanto, a partir de uma simples mudança de espaço, do consultório para a comunidade, mas principalmente por uma mudança do olhar ante ao sofrimento psicológico.

*“disse que era possível realizar uma clínica no Centro de Convivência, mas que não era uma clínica voltada para a doença ou para a cura. Segundo ela, é a clínica que olha e escuta as peculiaridades de cada um no seu processo de interlocução com o outro, sendo que este outro pode ser uma pessoa ou uma atividade.”* (Trecho retirado do relato de entrevista com Daniela)

As atividades desenvolvidas através das diversas oficinas, como artesanato, música, culinária, etc. representam disparadores para a entrada dos sujeitos nos Centros de Convivência ou Serviços de Geração de Renda, seja por aqueles que procuram o serviço espontaneamente ou os que vêm encaminhados pelos Centros de Saúde ou CAPS. No entanto, ainda que a procura inicial se dê pela atividade, aos poucos, todos frequentadores percebem que, para além do aprendizado de uma técnica, ali é um espaço de cuidado, escuta, acolhimento – em suma, espaço de promoção de saúde, o que faz com que essas pessoas continuem vinculadas ao espaço, mesmo após terem aprendido a técnica como crochê, a música e assim por diante.

*“Disse que as pessoas vão até lá para fazer coisas que inicialmente não tem nada ver com a saúde, como crochê, informática, música, etc. Mas ao mesmo tempo percebem que há um olhar e uma delicadeza para o cuidado e aos poucos vão se sentindo fortalecidas para outras inserções na vida.”* (Trecho retirado do relato de entrevista com Beatriz)

Alguns dos efeitos e ganhos apontados pelos participantes a partir da inserção dos usuários nas atividades do Centro de Convivência são: resgate ou descoberta de habilidades e competências; aumento da autonomia e da contratualidade; aumento de autoestima; ressignificação da experiência de vida a partir do contato com a produção, dentre outros. Os participantes desta pesquisa refletem que, principalmente para os usuários dos serviços de saúde mental, trata-se de uma verdadeira mudança de papel social. Aquele antes reconhecido como “doente”, “louco”, “incapaz” passa a ser reconhecido como sujeito, como alguém que é capaz de produzir algo de valor ou que é capaz de transmitir sua habilidade a outras pessoas.

*“outro ganho é possibilitar ao paciente ocupar um outro lugar para além de usuário da saúde mental, aquele identificado como doente. ... a atividade na*

*oficina coloca o sujeito como alguém produtivo, que faz algo que é bom, que as pessoas apreciam.* (Trecho retirado do relato de entrevista com Beatriz)

Ainda que o aprendizado das técnicas nas diversas oficinas traga muitos benefícios na vida dos sujeitos, a possibilidade de encontros e convivência entre as diferenças é o grande diferencial desses serviços comunitários. Além de ser espaço de apoio ou suporte social, aparece como promotor de saúde mental, estimulando a pessoa a se cuidar mais, despertando possibilidades de relação social para além da doença mental ou do tratamento. A troca de experiências que aí acontece, permite a identificação com os aspectos sadios do outro de não necessariamente com aspectos de sua doença.

*“Segundo ela, às vezes as pessoas não se vinculam tanto à atividade em si, mas ao grupo de pessoas que participam das oficinas”* (Trecho retirado do relato de entrevista com Daniela).

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

O papel do psicólogo também se modifica. Seu papel é ser um facilitador para que a convivência aconteça. Os participantes apontaram em vários momentos a importância do suporte e do estímulo para que as pessoas se sintam fortalecidas e descubram ou redescubram competências. O profissional poderá acolher o sofrimento, mas este não será a matéria-prima para sua intervenção. Os entrevistados sentem que é preciso valorizar a experiência da pessoa, mostrar o quanto ela é capaz para que tome coragem de fazer avanços na vida e passe a ter maior autonomia.

*“segundo Paula era preciso colocar o paciente em contato com a vida social e comunitária, dando a ele um suporte necessário para vivências de laços sociais”* (Trecho retirado do relato de entrevista com Paula).

*“Disse que através desse espaço, é possível propiciar às pessoas que elas se olhem de uma outra maneira, que reconheçam seus talentos, suas potencialidades”* (Trecho retirado do relato de entrevista com Helena).

Uma questão bastante enfatizada no relato dos profissionais a respeito dessa clínica que opera nos Centros de Convivência é a importância atribuída ao acolhimento. Segundo os entrevistados, nem sempre as pessoas, principalmente aquelas com algum transtorno mental, são bem acolhidas em outros

espaços da comunidade devido às suas limitações. Por isso, uma das missões dos profissionais dos Centros de Convivência seria, através do acolhimento e do respeito às singularidades, preparar as pessoas para que aos poucos possam se sentir mais fortalecidas a frequentar outros espaços do bairro.

*“o que fazia com que as pessoas escolhessem ir ao Centro de Convivência era o fato de se identificarem com a proposta e de se sentirem bem acolhidos pelo monitor da oficina ou pelas pessoas que frequentavam as oficinas”* (Trecho retirado do relato de entrevista com Beatriz).

Segundo os entrevistados, ainda que os Centros de Convivência tragam benefícios e inúmeros ganhos em termos de crescimento pessoal, esses serviços devem representar para seus usuários um lugar de passagem, para que, a partir dali, as pessoas possam cada vez mais se inserir em outros espaços sociais.

*“gosta de pensar no Centro de Convivência como uma ‘mola propulsora’, um lugar onde as pessoas possam passar ficar por um tempo e de repente ir para o mundo”* (Trecho retirado do relato de entrevista com Beatriz).

Ainda que seja evidente a potência e os efeitos positivos que os Centros de Convivência têm para a rede de saúde, sua visibilidade ainda é muito pequena e por isso torna-se um desafio a construção de uma proposta política para os Centros de Convivência, segundo os participantes da pesquisa. Acreditam que, se houvesse uma diretriz política para essas ações, elas não dependeriam apenas de esforços pessoais isolados dos profissionais ou de propostas de governo. Trazem também a vivência do quanto é difícil investir nessa outra forma de cuidado, sem contar com uma estrutura mínima tanto de recursos materiais como humanos.

*“Disse que temos que fazer um esforço para sedimentar estas experiências para que elas não dependam sempre de propostas de governo ou de esforços pessoais isolados. Segundo ela, seria importante que os gestores entendessem que ‘isto não é um filho pra gente, mas é o trabalho da gente como outro qualquer e que você apostou nisto.’”* (Trecho retirado do relato de entrevista com Helena)

## Discussão dos resultados

Podemos afirmar, a partir da experiência dos participantes da pesquisa, que as práticas desenvolvidas nos Centros de Convivência permitem ampliar a noção do que significa fazer clínica no contexto da saúde pública. Possibilitam pensar que fazer clínica pode

significar encontros na comunidade que não sejam marcados pela busca de tratamento, mas pelo simples desejo de estar em uma oficina e estabelecer vínculos sociais, entendendo que tais encontros também produzem significados e novos sentidos na vida dos usuários. A grande aposta desses profissionais foi investir na formação de redes sociais e de convivência das pessoas, acreditando que, a partir daí, elas poderiam ressignificar suas experiências e desenvolver maior empoderamento tanto individual como coletivo. Eles percebem a importância de colocar os indivíduos em relação social e de convívio, não permeadas pela patologia, mas pelo saber que cada um tem e que pode ser compartilhado com o outro.

Saraceno (1998) discorre sobre um determinado modo de conceber a clínica que se aproxima muito das práticas nos Centros de Convivência. Ele fala da importância de uma clínica cujo objetivo final é a produção de sentidos, o resgate do valor social e do poder de contratualidade. Ainda segundo esse autor, a clínica tradicional coloca o paciente em uma posição de perda de poder. Nessa outra clínica, ao contrário, o paciente está em posição ereta, não está fora da produção e segue sendo produtor de sentido. Desse modo, para o autor, o papel da clínica seria oferecer ajuda para o restabelecimento da contratualidade de cidadão e da capacidade de produzir sentido em suas práticas. Lima e Pelbart (2007) pontuam ainda que o desafio da clínica não é a remissão de sintomas, mas a produção de vida e de criação numa outra concepção de saúde: não uma saúde inteiriça, perfeita, acabada, mas uma saúde frágil, marcada por um inacabamento essencial que, por isso mesmo, pode se abrir para o mundo; uma saúde que consiga ser vital mesmo na doença. Podemos afirmar que os Centros de Convivência exercem essa função, ou seja, o cuidado nesses espaços se dá a partir da noção de que é possível aumentar as possibilidades de vida saudável ainda que a doença esteja presente. Não se trata de ignorar que exista sofrimento, mas o foco de atenção é outro: o que há de saudável, de possibilidade de vida no outro. O resgate ou a descoberta do saudável no indivíduo dá-se pelas atividades nas diversas oficinas e principalmente pelas relações que se estabelecem na convivência em grupo.

Um elemento fundamental que surgiu nas entrevistas é que embora as atividades relacionadas às oficinas tragam inúmeros benefícios para a vida dos sujeitos, elas representam o meio, e não o fim de todo o trabalho. As oficinas aparecem nesse sentido como dispositivos para a convivência, e essa sim é o elemento fundamental. Lopes e Malfitano (2006) refletem que considerar a atividade como elemento-meio e não

elemento-fim é de extrema relevância. Aprender a técnica, desenvolver talentos é de grande valia, porém é o estar em grupo, conviver, ser acolhido que representam o cerne do trabalho do Centro de Convivência.

Levando em consideração a importância da convivência, percebe-se dessa forma a necessidade dos profissionais instrumentalizarem os recursos disponíveis na comunidade com o objetivo de propiciar respostas outras ao sofrimento psíquico dos sujeitos, possibilitando a emergência de novos contratos sociais transformadores de realidades subjetivas (Silveira & Vieira, 2005).

Essa questão levantada pelos autores anteriormente citados subsidia a noção de uma clínica do encontro através da qual os Centros de Convivência operam. Quanto mais o sujeito se vê reconhecido e respeitado em sua alteridade, em sua singularidade, como legítimo outro, mais ele vai potencializando sua própria existência. O fundamento dessa clínica considera, como condição constituinte da existência humana, a relacional, revelada no encontro com o outro. Acredita-se que situações de encontro intersubjetivo propiciam, no cotidiano da vida, mudanças de aprendizagem do ser humano e formas de convivência no mundo com os outros (Andrade & Morato, 2004).

No entanto, os encontros que acontecem nos Centros de Convivência não representam qualquer encontro, qualquer grupo que resolveu se reunir para conversar ou produzir um artesanato, por exemplo. São encontros que necessitam de uma mediação que não é de responsabilidade exclusiva do psicólogo, mas de todos os profissionais presentes no Serviço. O fato de ser um espaço diferente do tradicionalmente conhecido na área da saúde e pela necessidade de se desvestir de papéis tradicionais arraigados pela formação faz com que se crie nesse espaço algo que se poderia chamar de uma ação transdisciplinar. Menegon e Coelho (2007) refletem que, dentro de uma proposta transdisciplinar, não há separações estanques entre as diversas áreas do saber dentro da psicologia ou mesmo desta em relação com outras disciplinas. Coimbra e Leitão (2003) discorrem que, a partir de uma proposta transdisciplinar, é desejável que todos os saberes estejam presentes e que possam misturar-se e contaminar uns aos outros. Isso nos dá, segundo os autores, a oportunidade de nos movimentar, de ignorar cercas e criar outros territórios.

De acordo com a normatização das ações nos Centros de Convivência e Cooperativas do Município de São Paulo (PMS-SMS, 1992), a terapêutica nos Centros de Convivência se distancia do usualmente padronizado tanto pela formação acadêmica quanto

pela prática profissional privada e sua fiel reprodução nos espaços de saúde pública. A senha que introduz os profissionais nesse outro lugar desprotegido de divã, sala de espera, portas fechadas etc. é a escuta e o acolhimento que possam proporcionar ao outro o afeto e a confiança para estabelecerem novos vínculos, valendo-se para isso de cenários como as oficinas e outros espaços onde a convivência possa vir a acontecer. Santos (1994) afirma que toda a equipe técnica nos Centros de Convivência tem a atribuição “de ser leitora-interventora-facilitadora da convivência cuidando para que a tarefa não se esvazie de significado e caia num fazer alienado” (p. 94). Ainda segundo a autora, o psicólogo não tem nesse espaço o mesmo enquadre terapêutico de um consultório com salas fechadas, ambientes resguardados do contato externo, papéis definidos de antemão, etc. Dessa forma, é preciso que avaliem muitos dos pressupostos de sua atuação e criem uma nova prática, tendo os conhecimentos de sua área de formação apenas como suporte. Podemos dizer que a clínica que acontece nos Centros de Convivência vai ao encontro do exposto por Moreira, Romagnoli e Neves (2007), que ressaltam que a escuta clínica é muito mais uma “postura ética e política diante do humano. Não é o local que define a clínica, e sim a posição do profissional e os objetivos de libertação e potencialização dos sujeitos” (p. 620).

Segundo Montero (2004), tem se desenvolvido na última década uma área que pode ser denominada de “clínica comunitária”, cuja definição está sendo construída baseada na experiência de alguns psicólogos clínicos, gerando uma prática que vai além dos consultórios e atinge outros âmbitos onde se permite formar, reformar e transformar a conduta profissional e com ela a vida das pessoas. Por outro lado, Moreira, Romagnoli e Neves (2007) ponderam que, a partir da ocupação do psicólogo em outros espaços, torna-se necessária a realização de análises críticas acerca do poder de suas intervenções, isso porque um trabalho com o social ou na comunidade não se torna, por si só, uma prática ética e libertária. Levando isso em consideração, os autores refletem que a clínica social ou clínica comunitária é a clínica de qualquer lugar, de qualquer público, mas que insiste em combater a massificação e buscar cada vez mais a invenção, a singularidade de cada pessoa, na particularidade de cada inserção profissional.

Sustentar esta clínica ampliada e as práticas nos Centros de Convivência constitui um desafio cotidiano, segundo os profissionais entrevistados. Eles acreditam que o investimento na clínica ampliada depende não só da formação e motivação pessoal dos profissionais,

mas principalmente de apoio político e de gestão. Isso é confirmado por Boarini e Quijo (2007) e Santos (1994), ao relatarem experiências de implantação de Centros de Convivência nos municípios de Maringá-PR e São Paulo-SP, respectivamente. Segundo as autoras, a responsabilidade pela manutenção e continuidade das ações acaba ficando sob responsabilidade dos profissionais envolvidos com a proposta. De acordo com Galletti (2007), muitas vezes o Centro de Convivência é visto por outros trabalhadores da rede de saúde como um paraíso; no entanto, segundo a autora, é um paraíso sempre ameaçado de extinção. Muitas vezes a falta de profissionais de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde para atendimento especializado e a política de enxugamento do serviço público levam o Centro de Convivência a ser considerado desnecessário. Além disso, como ressalta a autora, algumas Unidades de Saúde simplesmente ignoraram o Centro de Convivência como um serviço de saúde e, com isso, acabam valorizando estratégias de atendimento especializado em detrimento de projetos de inclusão e de formação de redes de conexão no território.

No entanto, apesar das dificuldades, Galletti (2007) afirma que a função dos Centros de Convivência é modificar um certo modo de produção em saúde, principalmente aquele que se pauta pela extensividade, na quantidade em números de atenção. Segundo a autora, os Centros de Convivência têm um modo invisível (não quantificável) de produzir saúde, extraíndo forças das experiências minoritárias, das experiências afetivas e intensivas. “Os Centros de Convivência produzem outras formas de subjetividade que podem subverter, ainda que parcialmente, os padrões majoritários de assistência à saúde” (Galletti, 2007, p.57).

Levando em consideração o exposto pela autora acima citada, não tivemos a pretensão de buscar outra palavra para a prática nos Centros de Convivência que substituisse a “clínica”, permanecendo com este conceito para que ele pudesse ser entendido como uma provocação, mostrando que trabalhar a partir de coletivos, produzindo autonomia, empoderamento, cidadania, engajamento político é também tarefa da clínica. Dessa forma, consideramos que ampliar a clínica é a possibilidade de ir além do tratamento, da cura dos sintomas. Ampliar a clínica significa considerar o cuidado à saúde como produção de vida. E para tanto é preciso mesmo ir além; é preciso fazer intersecções com outras áreas do saber; tangenciar-se o tempo todo com o campo da cultura, do trabalho, da educação, do lazer etc. E, nesse contínuo tangenciamento da clínica,

vamos em busca da integralidade, conceito este tão fundamental aos princípios dos SUS.

### Considerações finais

Consideramos que a clínica ampliada presente nas práticas dos profissionais inseridos nos Centro de Convivência representa um engajamento político na busca de relações mais humanas e um compromisso ético de tomar a clínica como plano de produção do coletivo, como sustentação da alteridade. Podemos dizer que a clínica envolve escuta, mas implica também envolvimento e engajamento político na busca da emancipação humana, de desenvolvimento de autonomia e cidadania e que envolve uma certa militância a fim de facilitar aos grupos, com os quais estamos envolvidos, modos mais dignos e belos de viver.

Acreditamos na importância de realização de novos estudos sobre esse tema, procurando ouvir outros atores envolvidos nesse processo, como usuários, trabalhadores, comunidade e outros serviços de saúde que componham a rede de assistência, no sentido de legitimar as ações dos Centros de Convivência e oficinas de geração de renda dentro da rede pública de saúde e reafirmar a potencialidade desses dispositivos para o cuidado em saúde e para qualidade de vida das pessoas e suas comunidades, assim como esta pesquisa se propôs a fazer.

### Agradecimento

À CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio financeiro.

### Referências

- Amatuzzi, M. M. (1996). Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos Psicológia, 13(1), 5-10.*
- Amatuzzi, M. M. (2001a). Pesquisa fenomenológica em psicologia. In M. A. T Bruns & A. F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas* (pp.15-22). São Paulo: Ômega.
- Amatuzzi, M. M. (2001b). *Por uma psicologia humana*. Campinas, SP: Alínea
- Andrade, A. N. & Morato, H. T. P. (2004). Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de Psicologia (Natal) 9(2)*, 345-353. Acesso em 17 de agosto, 2009, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2004000200017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200017&lng=pt&nrm=iso)
- Bezerra, B. (2001). A clínica e a reabilitação Psicosocial. In A. M. F. Pitta (Org.), *Reabilitação psicosocial no Brasil* (2<sup>a</sup> ed., pp.137-142). São Paulo: Hucitec.
- Boarini, M. L. & Quijo, I. (2007). A reforma psiquiátrica e as andorinhas. *Revista do Departamento de Psicologia, UFF, 19(2)*, 369-380. Acesso em 29 de maio, 2009, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-80232007000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232007000200008&lng=pt&nrm=iso)
- Braga Campos, F. C. & Guarido, E. L. (2007). O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp. 81- 103). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Coimbra, C. & Leitão, M. B. (2003). Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. *Psicologia & Sociedade, 15(2)*, 6-17. Acesso em 22 de agosto, 2007, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-7182200300020002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-7182200300020002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia (Natal) 3(1)*, 53-81. Acesso em 23 de abril, 2007, em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X199800010004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X199800010004&script=sci_arttext)
- Galletti, M. C. (2004). *Oficina em saúde mental: Instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: Ed. da UCG.
- Galletti, M. C. (2007). *Itinerários de um serviço de saúde mental na cidade de São Paulo: trajetórias de uma saúde poética*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Lima, E. M. F. A. & Pelbart, P. P. (2007). Arte, clínica e loucura: um território em mutação. *História, Ciências, Saúde, 14(3)*, 709-735. Acesso em 13 de julho, 2009, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-5970200700030003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-5970200700030003)
- Lopes, R. E. & Malfitano, A. P. S. (2006). Ação social e intersetorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 10(20)*, 505-515. Acesso em 03 de agosto, 2009, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200016)
- Luzio, C. A. & L'Abbate, S. (2006). A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 10(20)*, 281-298. Acesso em 02 de julho, 2007, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200002)
- Menegon, V. S. M. & Coelho, A. E. L. (2007). Psicologia e sua inserção no sistema público de saúde: um painel longitudinal de temas-foco publicados em periódicos brasileiros. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp.175-205). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS, novembro. Brasília, 51p. Acesso em 03 de setembro, 2009, em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf)
- Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2007). *Saúde Mental no SUS: Informativo da Saúde Mental*, Ano VI, n. 26, agosto a dezembro. Brasília, 20p. Acesso em 24 de junho, 2009, em <http://www.saudemental.med.br/Bo26.pdf>
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, concepto y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

- Moreira, J. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: Da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(4), 608-621.
- Mucchielli, A. (1991). *Les Méthodes Qualitatives*. Paris: P.U.F.
- Oliveira, I. F., Dantas, C. B. B., Costa, A. L. F., Gadelha, T. M. S., Ribeiro, E. M. P. C., & Yamamoto, O. H. (2005). A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. *Interação em Psicologia*, 9(2), 273-283. Acesso em 11 de setembro, 2006, em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/4790>
- Oliveira, M. & Peres, K. N. (2009). A representação social de usuários de profissionais sobre a atuação do psicólogo nos serviços de saúde pública do município de Palmas/TO. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1(1), 35-57. Acesso em 22 de agosto, 2009, em <http://www.crp09.org.br/NetManager/documentos/v1n1a3-resumo.pdf>
- Portaria 396, de 07 de julho de 2005. (2005). *Diário Oficial da União*. Edição Número 130. Brasília. Acesso em 24 de agosto, 2006, em <http://dtr2001.saude.gov.br/.../PORTARIAS/Port2005/PT-396.htm>
- Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de Paulo, Programa de Saúde Mental (1992). *Normatização das ações nos Centros de Convivência e Cooperativas Municipais*. São Paulo: Autor.
- Ribeiro, M. B. S & Oliveira, L. R. (2005). Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 425-431. Acesso em 20 de junho, 2006, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000200023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200023)
- Santos, E.M (1994). *Centro de Convivência e Cooperativa: Um caminho em busca de uma perspectiva alternativa de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo-SP.
- Saraceno, B. (1998). A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional*, USP, 9(1), 26-31.
- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. (2008). *Centros de Convivência*. Documento apresentado ao colegiado de saúde mental como parte do planejamento de gestão 2009-2012, novembro, 7p.
- Silveira, D. P. & Vieira, A. L. S. (2005). Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ*, 5(1), 92-101. Acesso em 10 de julho, 2009, em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812005000100007&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812005000100007&script=sci_arttext)
- Recebido em: 20/02/2010  
1a. Revisão em: 05/08/2010  
2a. Revisão em: 14/10/2011  
Aceite em: 10/04/2012
- Karine Cambuy* é Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Coordenadora do Centro de Convivência e Cooperação Tear das Artes-Campinas/SP e Docente do Curso de Psicologia da Universidade Paulista - UNIP, Campus Jundiaí/SP. Endereço: Centro de Convivência e Cooperação Tear das Artes. Rua Benedito Roberto Barbosa, nº 11, Parque Universitário, Campinas/SP, Brasil. CEP 13056-496. Email: [kcam@uol.com.br](mailto:kcam@uol.com.br)
- Mauro Martins Amatuzzi* é Psicólogo. Doutor em educação e docente aposentado do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Email: [amatuzzi07@gmail.com](mailto:amatuzzi07@gmail.com)

### Como citar:

Cambuy, K. & Amatuzzi, M. M. (2012). Experiências comunitárias: repensando a clínica psicológica no SUS. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 674-683.