

# Clínica Complexa: A Experiência Clínica em um Residencial Terapêutico de Caráter Temporário

Loiva dos Santos Leite  
Ivan Oliveira Pielke

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Porto Alegre, RS, Brasil*

Julia Anjos Furtado  
Luiza Machado Piccoli

*Residencial Terapêutico Pensão Nova Vida  
Porto Alegre, RS, Brasil*

Larissa Gross Furini  
*Prefeitura Municipal de Osório  
Osório, RS, Brasil*

Dafni de Melo  
*Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Porto Alegre, RS, Brasil*

Luciana Bisio Mattos  
*Prefeitura de Sapucaia do Sul  
Sapucaia do Sul, RS, Brasil*

Vera Lucia Martins de Moura  
*Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
São Leopoldo, RS, Brasil*

---

## RESUMO

A partir da mudança do paradigma de cuidado em saúde mental, proposto pela Reforma Psiquiátrica, outros modos de atenção começam a instituir-se no cotidiano dos serviços substitutivos. A centralidade do atendimento é colocada nas demandas dos usuários e, em virtude desse modelo, a clínica desenvolvida pelos profissionais de saúde mental sofre alterações para que possa dar conta da diversidade dos processos que se apresentam. Nesse contexto de mudanças, buscamos refletir sobre o cotidiano da clínica que se realiza num residencial terapêutico de caráter temporário. Para além de uma clínica ampliada, acreditamos que é uma clínica complexa, cujos arranjos terapêuticos que se propõe a operar estão em permanente movimento e transformação.

**Palavras-chave:** Clínica; cuidado; usuário; saúde mental.

## ABSTRACT

*Complex Clinic: The Clinical Experience in a Temporary Character Therapeutic Residential Home*

From the paradigm change in mental health care, as proposed by the Psychiatric Reform, other attention modes begin to develop in the everyday life of the substitute service. The treatment centrality is set on the demand of users and in use of this model, the clinic developed by mental health professionals suffers changes in order to take care of the diversity of processes presented. In that context of changes, we seek to consider everyday life of the clinic that happens in a therapeutic residential home in temporary character. To consider beyond an amplified clinic, we believe it's a complex clinic, which therapeutic arrangements proposed to operate are in permanent activity and transformation.

**Keywords:** Clinic; health care; user; mental health.

## RESUMEN

*Clínica Compleja: Experiencia en un Residencial Terapéutico Temporal*

Desde el cambio de paradigma en la atención de salud mental propuestos por la Reforma Psiquiátrica, los otros modos de atención comienzan a establecerse en la rutina de los servicios sustitutivos. La centralidad de la atención se pone en las demandas de los usuarios y, en virtud de este modelo, la clínica desarrollada por profesionales de la salud mental se altera de modo que pueda hacer frente a la diversidad de procesos que se plantean. En este contexto de cambio, se reflexiona sobre la clínica diaria que tiene lugar en un residencial terapéutico temporal. Aparte de una clínica ampliada, creemos que es una clínica compleja, cuyos arreglos terapéutico que tiene la intención de operar están en constante movimiento y transformación.

**Palabras clave:** Clínica; cuidado de la salud; usuario; salud mental.

## MUDANDO A VISÃO

As mudanças no modelo de atenção em saúde mental que estão ocorrendo no Brasil e no mundo, especialmente nas últimas décadas, têm provocado inúmeras discussões entre os profissionais dos diversos campos de saberes envolvidos com as práticas em saúde. Isso se deve, em parte, pela possibilidade que se institui de outros modos de atender o portador de sofrimento psíquico – o louco do senso comum – fora do âmbito hospitalar. Ou seja, o modelo até então centrado no hospital psiquiátrico começa a sofrer alterações e outras estratégias de atenção que privilegiam o cuidado em liberdade, em rede e na comunidade, começam a ser implementadas em diversos municípios do país. Nessa direção, a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira aprovada em 2001, redireciona o modelo de atenção em saúde mental, estabelecendo diretrizes básicas, bem como “dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais” (Brasil, 2004, p. 17). São criados serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, de base territorial, onde o usuário é atendido por equipes multiprofissionais numa perspectiva interdisciplinar. São os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os residenciais terapêuticos, as oficinas de geração de renda, os centros de convivência, os ateliers, grupos e oficinas terapêuticas, entre outros.

A lógica do atendimento, com a reforma psiquiátrica, passa a ser centrada nas necessidades específicas do usuário e não mais na doença. Até então (e ainda sabemos que essa lógica persiste em muitos locais), o usuário era submetido ao tratamento estabelecido pelo profissional, sem que pudesse expressar sua opinião sobre seu próprio tratamento. Sua fala não era levada em conta, muitas vezes nem mesmo era escutada, ou ainda, interpretada como delírio.

Amarante (2007) ao analisar a relação estabelecida entre profissional e paciente no atendimento praticado nos hospitais psiquiátricos, refere que essa relação era verticalizada e hierarquizada, onde a doença era o centro da atenção. Tratava-se os indivíduos isolando-os para que dessa forma a doença se manifestasse em seu estado puro e pudesse, então, ser tratada e curada. Conforme Amarante:

O hospital tornou-se, a um só tempo, espaço de exame (como um laboratório de pesquisas que permitiu um novo contrato empírico com as doenças e os doentes); espaço de tratamento (enquadramento das doenças e doentes, disciplina do corpo terapêutico e das tecnologias terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (hospital-escola, residência médica, local privilegiado de ensino e aprendizagem) (Amarante, 2007, p. 26).

Com o advento da reforma, começa a haver a desconstrução do modelo vigente e o usuário passa a ter voz e a protagonizar a cena do seu caminho terapêutico. Assim, a centralidade do atendimento muda de lugar e o ator principal é o portador de sofrimento psíquico, com suas diferenças e necessidades. É o sujeito com sua subjetividade que está diante do profissional de saúde mental, com sua diversidade de demandas, com suas crises, com suas dores e sofrimentos. Sujeito inserido em um contexto social que sofre a influência do meio em que está vivendo, num processo de subjetivação permanente. Nesse sentido, a mudança que se opera no contexto da atenção em saúde mental é processual e esta em constante movimento, onde entra em questão tensões, conflitos, “interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social...” (Amarante, 2007, p. 63).

A partir dessa mudança de paradigma, este trabalho se propõe a problematizar a clínica experienciada no cotidiano dos serviços substitutivos, a qual chamaremos de clínica complexa. Nossas reflexões partirão das vivências em um residencial terapêutico de caráter temporário, tomando como parâmetro os princípios da Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Humanização do SUS.

## OS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Os residenciais terapêuticos se constituem como serviços substitutivos para atender, em caráter de moradia, portadores de sofrimento psíquico. Estão regulamentados pelas Portarias Ministeriais 106/2000 e 1.220/2000 (Brasil, 2004) e fazem parte dos serviços de reabilitação e reinserção social que compõem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica sendo, portanto, um dos dispositivos fundamentais nesse processo de mudança do paradigma de atenção ao doente mental.

Nesse sentido, os residenciais terapêuticos são espaços singulares onde é possível, na convivência com o outro, exercitar a experiência de viver outros roteiros. Diríamos ainda, subjetividades outras. Subjetividade que é processo, que é continuamente produzida, pois constituímos-nos na medida em que estamos no mundo e em relação com os outros. Ao analisar as relações que se dão nos micro espaços dos residenciais, percebemos que as configurações podem ser as mais diversas possíveis, visto que são espaços abertos, com a circulação de pessoas com suas histórias de vida e experiências pessoais, num dado tempo. Assim, os resultados dessas interações são únicos.

Michel de Certeau (1994) ao analisar as relações que se dão no cotidiano refere que os lugares possuem

uma “ordem (seja qual for) segundo a qual se distribuem elementos nas relações. (...) Um lugar é, portanto, uma configuração instantânea de posições (...) o espaço é um lugar praticado” (pp. 201-202). Assim, os lugares que habitamos são afetados tanto por aspectos materiais ou objetivos, como pelos nossos aspectos subjetivos.

Nestes lugares abertos, de trânsito, sejam eles as casas, as ruas, as lojas, é possível tecer formas singulares de existência, sempre em mutação e descontinuidade. Formas sem centro, sem direção, intempestivas, diversas como o rizoma, cartografando regiões de pertencimento e inclusão das diferenças. São as multiplicidades encontrando-se e ramificando-se ao gosto do acaso, agenciando conexões de vida e de existência (Deleuze e Guattari, 1995).

Em Porto Alegre, a Secretaria Municipal da Saúde mantém há 22 anos o serviço residencial terapêutico Pensão Nova Vida. No princípio era uma Pensão Pública Protegida que atendia 20 pessoas encaminhadas dos vários serviços da rede de saúde mental. No entanto, com a regulamentação das Portarias, organizaram-se mais duas casas e hoje contamos com três residenciais, sendo que a antiga Pensão se destina àquelas pessoas com menor grau de autonomia, necessitando de supervisão nas vinte e quatro horas do dia. Possuí capacidade para atender oito usuários. Nas duas outras casas (uma com oito e outra com quatro vagas), os moradores administram sozinhos o cotidiano do morar, responsabilizando-se pela organização, higiene, alimentação, compras e os demais encargos que estar em uma moradia requer. A equipe supervisiona conforme a demanda, podendo ser diária ou não a presença de profissionais.

O trabalho realizado nestes anos conta com uma diversidade de ações, que vão desde a avaliação da autonomia da pessoa que necessita de acolhimento, até o acompanhamento no cotidiano de uma nova residência. Nesse ínterim de fluxos, circulam afetos, respeito à singularidade de cada pessoa, saberes diversos, ordem e desordem, o que faz com que cada dia seja vivido de maneira única para cada um dos sujeitos que compõem a instituição dos residenciais.

O objetivo do trabalho é a reabilitação e a inserção do usuário na comunidade, tendo isto em vista, incentivamos a autonomia e o autocuidado em seu viver cotidiano. Uma característica bastante peculiar da Pensão Nova Vida em relação aos outros serviços de residenciais terapêuticos e que perpassa o seu funcionamento, é o caráter de transitoriedade. Este local se constitui como uma moradia provisória que se propõe a provocar o usuário a operar uma mudança em sua vida, por isto nossas ações, além de serem voltadas para a administração da vida cotidiana, visa

também a construção de um projeto de vida para além do espaço da Pensão. Ou seja, não há possibilidade de institucionalização, pois ao entrar no residencial, começa-se a pensar nas saídas prováveis, de acordo com as singularidades de cada situação.

Assim, a partir das diversas demandas, compõem-se planos terapêuticos individuais, numa busca de legitimar a existência do usuário, dando-lhes um lugar de vida e de escolhas. Para isso, tratamos logo de início “de pôr as pessoas de pé” (Lancetti, 2006, p. 22), provocando nessas pessoas o desejo de viver como cidadãos inseridos no social, com dignidade e respeito.

## VIVENDO A MUDANÇA DE PARADIGMA

No momento em que a saúde passa a ser condição de acesso a possibilidade da vida, com um conceito de saúde ampliado, é necessário que o campo conceitual também se amplie. Deste modo, um novo conjunto de práxis para acompanhar esta transformação é realizado e a clínica passa a produzir, através de suas intervenções, novas possibilidades de cuidado, tendo como referência a Política Nacional de Humanização.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS, instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, tem o desafio de implementar práticas de atenção e gestão em saúde humanizadas, valorizando a vida e promovendo saúde. Nesse sentido, convoca os profissionais do SUS das mais diversas áreas de atuação, usuários, gestores, colaboradores e apoiadores, a efetivar ações resolutivas e comprometidas com uma atenção inovadora e de qualidade no campo da saúde.

A Humanização transversaliza as práticas em saúde, valorizando a dimensão do humano ao integrar os aspectos físicos e subjetivos, produzindo outros encontros entre o usuário e o trabalhador e reforçando a co-responsabilidade de ambos pelo processo que se desencadeia. Um princípio ético fundamental para nortear nossas ações em saúde é tomar o outro, o sujeito, como singular e portador de direitos e, assim, o planejamento da terapêutica deverá ser exclusivo para aquela pessoa, contemplando a integralidade das ações. A Humanização tem uma diretriz ética, política e estética que nos remete a uma mudança de atitude enquanto trabalhadores do sistema de saúde.

Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a intervenção nas normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres

vivos. Políticas porque é na polis, na relação entre os homens que as relações se operam, que o mundo se faz (Brasil, 2004b, p. 8).

Colocar em prática atitudes mais humanizadas perante os portadores de sofrimento psíquico requer o abandono de atitudes simplistas ou generalistas e o aumento de responsabilidade por parte dos profissionais no processo que se dá nesse encontro. Junto a todos esses movimentos, começam a se transformar e a surgirem outros sujeitos, outros usuários de saúde mental. Sujeitos agora do fora, que circulam na cidade, que têm a sua vida ou que querem se apropriar desta novamente. Usuários e trabalhadores buscando em pareceria mudanças na forma de relacionar-se.

Isto se evidencia no cotidiano e na convivência do trabalho da Pensão Nova Vida, como por exemplo, no momento em que um usuário expressa a necessidade de adquirir roupas novas e se desfazer de suas antigas, pois estas tinham o seu nome marcado, devido aos seus trinta anos como morador de um manicômio judiciário. A instituição total tem como característica um processo de isolamento radical da sociedade em que todas as pessoas são tratadas da mesma maneira, não havendo singularidade. Muitas vezes, o marcar a roupa é uma forma de outros não se apropriarem de suas vestes, mas também a inclusão num lugar no qual era identificado pelo diagnóstico e pelo delito que cometera. E isso demonstrava para ele o assinalamento de uma diferença que o segmentava do mundo aqui fora.

Quando a psicologia passa a ocupar um lugar na saúde coletiva começa a produzir questionamentos que vão além do individual x coletivo, indivíduo x social, indivíduo X doença, quebrando uma percepção dicotômica do sujeito. O foco de atenção e intervenção não é mais o da patologia ou do psíquico, mas na promoção de saúde coletiva. Onde “o paradigma da saúde mental, o deslocamento das práticas para a comunidade, o campo psicossocial remetem ao entrecruzamento de saberes e práticas que não pode se dar pela soma de disciplinas conexas, mas através de uma redefinição da transdisciplinaridade” (Hirdes, 2009, p. 302).

Diante disso, surge a necessidade de se produzir outra clínica, com outras formas de pensar e atuar em saúde. Clínica que está em constante movimento, como coloca Lancetti (2006). Essa clínica prioriza a relação com o sujeito, levando em consideração que este sujeito está inserido em um contexto sociocultural, com características biológicas e subjetivas, em que todas essas interfaces estão se relacionando de maneira dinâmica e única para cada pessoa.

A partir da necessidade de produzir uma clínica que contemple essas especificidades, o profissional deve trabalhar de modo que o usuário se aproprie e se responsabilize pela sua vida e, com isto, tenha a capacidade de se reconhecer enquanto sujeito de direitos, atuando sobre si e o mundo que o cerca. Rotelli e colaboradores (in Hirdes, 2009), nos fazem ver que nesse processo concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são cuidadas para transformar o seu sofrimento. A terapia não é mais entendida como a perseguição da solução – cura, mas da produção de vida, de sentido, de sociabilidade, com a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência diversas.

Para viabilizar essas mudanças, o profissional precisa desenvolver “a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e comunidade” (Brasil, 2009, p. 17). A possibilidade de escuta do sofrimento psíquico do outro perpassa também pela forma como o profissional se coloca em relação ao mundo e ao outro. No entanto, este precisa saber lidar com os seus próprios conflitos e saber que, em alguns momentos, questões que são trazidas pelo usuário também irão mobilizá-lo. E, a partir deste reconhecimento, se faz necessário que tenhamos claro que esse encontro irá produzir mudanças no processo de valorização da vida e na produção de saúde, seja para o usuário, seja para o profissional.

Em um serviço de residencial terapêutico isso se faz muito presente, especialmente em nossa prática na Pensão, que se dá fundamentalmente sobre o cotidiano do usuário, que nesse caso transforma-se em morador. São demandas que vão surgindo como a vontade de fazer uma caminhada pelo bairro, a ida a uma Unidade Básica de Saúde para vacinação, organização do quarto, discussões pelo controle remoto da televisão e que são rotineiras da vida de qualquer pessoa.

Nesses momentos, buscamos intervir olhando para os moradores como pessoas em relação de convivência, colocando em ordem de prioridade a busca pelo respeito e autonomia e não a doença mental. Cunha (2007) demonstra uma preocupação com o pensamento radical que os saberes ontológicos e classificatórios podem ser entendidos e levados em conta na prática dos profissionais da saúde. As classificações não são desprezadas, tal como a origem de determinadas doenças – tanto do corpo quanto da mente – porém o foco é a busca pela interação entre as duas facetas. É proposta uma quebra conceitual no que diz respeito ao pensamento dicotômico, permitindo a construção de uma nova atitude frente à relação entre o profissional e o usuário, onde o trabalhador se depara com uma

compreensão mais complexa de sua prática. Partimos do reconhecimento da pessoa com a sua singularidade e subjetividade. Isso não implica em negar o conteúdo do saber científico acerca da doença, mas procurar uma forma mais flexível de trabalhar a relação doença-saúde, paciente-profissional.

Partindo da perspectiva da clínica ampliada é proposta uma maior dinâmica entre o saber biomédico (e as demais ciências do corpo) e a amplitude da singularidade humana. Unir e trabalhar com questões subjetivas, sociais, filosóficas, culturais – e tudo o que compõe as demandas do usuário – mostra uma forma mais integral e efetiva de exercer as ações em saúde. Nas reuniões de equipe da Pensão Nova Vida composta por profissionais de diversas áreas como enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, serviço social e das áreas de apoio como cozinha, higienização e portaria, todos contribuem com a sua experiência diária junto aos usuários. Colocamos em pauta questões como a confrontação do plano terapêutico com suas possíveis limitações e alterações. Revisamos as formas de intervir e manejar questões objetivas e subjetivas dos usuários em acompanhamento respeitando sua individualidade.

Nem sempre é fácil colocar em prática esse respeito à individualidade. Às vezes, a rotina e o cotidiano nos tornam cegos para algumas situações e para algumas necessidades dos usuários. O relato de uma ex-usuária demonstra como ela se sentiu em sua chegada à Pensão Nova Vida: “Me disseram que iriam me ajudar a aprender como organizar uma casa sozinha. Organizar uma casa sozinha eu sempre soube. Tinha outras coisas nas quais eu precisava de ajuda e eu precisava que eles me ouvissem para me ajudar”. Ouvir esse tipo de relato nos obriga a perceber que nossa fala nem sempre corresponde a nossa atitude. E é nesses momentos que precisamos, mais do que em qualquer outro, ouvir e validar o sentimento e o desejo do usuário. Desse modo, poderemos melhorar a nossa intervenção, nossa relação com os usuários e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das pessoas que atendemos.

Entendemos o exercício dessa clínica como um campo que é transdisciplinar, no qual os aspectos técnicos, afetivos e subjetivos do profissional de saúde são considerados e que tem um objeto de estudo (o homem) que não possui limites visíveis, como propõem Passos e Barros (2000). Um campo no qual estamos implicados com nossas práticas psicológicas, que não se importa com a diferenciação entre sujeito e objeto, mas sim com a relação entre estes. A peculiaridade do homem como objeto de estudo, sendo imprevisível e de difícil objetivação, faz com que seja necessária

uma qualidade crítica da psicologia. Justamente, esta atitude crítica perante estas disciplinas, de se perceber que nenhuma sozinha bastará para compreender este sujeito em toda sua complexidade e que, portanto, nenhuma destas é detentora da verdade, que Passos e Barros (2000) entendem como transdisciplinaridade.

O perigo que se corre, decorrente do já exposto, é de se cair no relativismo. Entretanto, segundo estes autores, a afirmação de escolhas conceituais e de posicionamento crítico é a chave para tal dilema. Os conceitos passam a ser operadores da realidade, ferramentas com força crítica, capazes de produzirem efeitos desestabilizadores da realidade. Este efeito que desestabiliza e que é característico da transdisciplinaridade, não pretende buscar um ponto comum entre dois domínios, mas uma relação de atravessamentos entre os campos de saberes (Passos e Barros, 2000). Desta maneira, a clínica que acreditamos ser complexa possui um caráter inventivo e construtivo, que produz agenciamentos e, através de desterritorializações, complexifica as situações, a fim de construir novos planos de criações.

Na prática clínica esse caráter inventivo ocorre, sobretudo, no Acompanhamento Terapêutico (AT). Destinado, principalmente, para aquelas pessoas que não são favorecidas pelo modelo clínico tradicional, o AT possibilita aos usuários, a um só tempo, uma alternativa de setting e um contato, às vezes nunca antes experienciado, com a cidade. Ora, se nos propomos em nossa clínica colocar o usuário como protagonista e a fazer do enredo central as suas necessidades, numa produção de saúde e de subjetivação permanente, que outro cenário que não a própria cidade se desenvolveria essa narrativa?

Os moldes tradicionais da clínica fechada, enrijecida em tratamentos burocráticos de poucas descobertas, não só parecem ser inadequados para nossos usuários como também não trazem em si o trabalho político necessário para uma real mudança da relação da loucura com a cidade, com a cultura e com a própria política. Mudança essa que sustenta nossa prática e que precisa ocorrer por ser vital para a continuidade do nosso trabalho em rede. Assim, podemos dizer que o acompanhamento terapêutico é, além de andanças “altamente férteis para a produção de subjetividade e cidadania” (Lancetti, 2006, p.21), uma verdadeira marcha para a desconstrução dos muros do manicômio. O AT, nesse sentido, parece ser também a intervenção mais sintônica com a clínica que pretendemos fazer.

Se a clínica ocorre, então, no espaço aberto e desvairado da cidade, pode-se presumir o quanto ela

ganha em complexidade. Transformar nosso setting em um local público é nos colocar abertos ao inesperado, vulneráveis ao imprevisível, e – mais – contar com todos esses fatores insólitos como instrumentos terapêuticos. Existe aqui não só uma entrega total do profissional em ser, dentro de uma cidade, a contingência do usuário, como também a necessidade de realizar um trabalho que requer muito mais criatividade e abertura. É por essa razão que o entendimento da experiência do AT, bem como os possíveis benefícios dessas intervenções para o usuário, são também difíceis de serem medidos, verificados e transmitidos. Lancetti (2007) traz, em sua clínica peripatética, o quanto as mudanças são sempre quase imperceptíveis e o quanto elas se tornam mais difíceis de serem entendidas quando são fruto de uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento. Portanto, não há como mensurar de imediato a efetividade de nossas ações na vida do usuário, somente com o passar do tempo e o fortalecimento do vínculo terapêutico é que poderemos perceber as mudanças na vida daqueles que acompanhamos.

A clínica complexa que estamos trazendo para essa discussão propõe uma abertura para se relacionar com esse sujeito, com seu sofrimento, com sua história e com todo o entorno que engloba a vida dessas pessoas, ou seja, propõe ir ao encontro desse sujeito, no seu cotidiano, nas suas movimentações. Nessa situação, o setting terapêutico é a montagem, o cenário, ou a situação, espaço dentro-fora facilitador da espontaneidade e da comunicação “inconsciente-inconsciente” (Lancetti, 2007, p. 20). E esse espaço está em constante construção, não está dado a priori. Construção essa que é realizada de forma que o sujeito se sinta parte e protagonista do seu sofrimento, da sua loucura e que com isso possa identificar as suas potencialidades e fragilidades. Pois se pensamos – e acreditamos – em inserção social, precisamos aprender e desenvolver a atitude de confiança com cada usuário para que eles também reforcem esse sentimento dentro de si e sintam-se capazes de agir desta forma, ampliando seu grau de autonomia.

Essa atitude de confiança para com o usuário requer da equipe muita paciência e persistência o que, diga-se de passagem, não é nada simples, como nas situações em que a equipe acaba por tornar-se repetitiva em suas intervenções com determinado usuário: “Fulano, tu precisa tomar banho! Tu precisa te arrumar e cuidar do teu quarto, que do jeito que está não dá! Tu precisa te cuidar! Por que tu precisa tomar banho? Porque eu quero!”. Em situações como essa parece que se esgotaram as possibilidades de intervenções e manejos, esgotando também, a paciência e a esperança de alguns

dos profissionais. Precisamos discutir e (re)pensar as estratégias que vinham sendo utilizadas e fazer novas apostas em outros manejos possíveis. Neste caso não é apenas o usuário que precisa reforçar o sentimento de confiança em si mesmo, mas igualmente nós, profissionais, que precisamos ter renovado o sentimento de confiança no nosso trabalho e no potencial deste usuário. Nesse momento a equipe torna-se essencial, pois é na equipe que encontramos a cumplicidade necessária para seguirmos apostando nas mudanças.

A clínica complexa pressupõe além do movimento, o afeto, ou seja, busca uma relação de conexão com esses sujeitos que passaram durante muitos anos desconectados da sociedade e de uma vida autônoma. Na medida em que nos colocamos ao lado dos usuários, tentamos buscar junto com eles novas redes de apoio, estabelecendo novas relações e outras formas de lidar com o sofrimento psíquico e com a diferença. A partir do momento em que nos propomos a operar uma outra forma de atendimento também encontramos, ao longo desta construção, algumas dificuldades e frustrações. Conforme Passos e Barros:

O caráter híbrido das estratégias de intervenção está exatamente no ponto onde a solução de problemas convoca seu rearranjo, a invenção de um novo território onde tal problema será necessariamente outro. A solução de um problema se confunde com a criação de um outro problema. É por isso que podemos dizer que na clínica importa muito mais a criação de novas entradas do que a “descoberta” de saídas (Passos e Barros, 2003, p. 84).

Em alguns momentos estaremos diante de situações que não obtiveram êxito neste novo modelo, ou seja, pessoas vindas de instituições totais que ao se depararem com uma lógica oposta ao que vinham vivendo há décadas, se assustam e se desorganizam. Isto não significa que este sujeito não possa mais ser reinserido na sociedade, mas que para que haja sucesso nesta intervenção, se faz necessário um trabalho processual para que o usuário se sinta seguro e com direito ao cuidado em liberdade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que existe uma série de pontos que precisam ser ligados para que o trabalho de reabilitação e inserção social realizado no residencial terapêutico de caráter temporário seja satisfatório. Isso já acontece, mas ainda existe uma certa distância entre alguns pontos. A distância não se dá somente em níveis institucionais,

muitas vezes também existe entre colegas que por terem ideias diferentes acabam perdendo o foco do que estamos dispostos a fazer. Trabalhamos para o outro, o usuário, que deve estar presente e ativo no próprio processo terapêutico.

Uma ligação entre pontos acontece nas assembleias dos usuários, que ocorre semanalmente, onde os usuários são ouvidos nas suas questões subjetivas e pessoais, na relação com grupo de moradores e com os profissionais da equipe. Essa escuta não se restringe somente às assembleias, ocorre nas refeições, no contato com o profissional da enfermagem no momento de administrar a medicação, nos casos em que ex-moradores (ainda beneficiários) vem buscar a medicação. Ou mesmo quando o estagiário conversa sobre coisas cotidianas que remetem a como o usuário está vivendo aquele momento, entre outras situações, em que não há somente escuta, existe uma abertura ao outro, ao diálogo. A mudança só se constrói de maneira satisfatória para o usuário quando há um real comprometimento em ouvir e respeitar os desejos, os valores, a cultura, a subjetividade e tudo o que constitui a vida de uma pessoa.

Quando escutamos de algum colega: “ele (usuário) é assim e nunca vai mudar” percebemos o quanto essa pessoa – uma das representantes da instituição – não acredita na evolução do sujeito. É a expressão fidedigna da visão negativa do ser humano e do distanciamento entre o sofrimento da pessoa e o profissional. Nessas situações é que fica evidente que a prática de qualquer profissional está ligada diretamente a como ela vê o outro e ao que ela se propõe no trabalho. Alguns apostam na rigidez, fixidez e no próprio mundo, postura que gera no usuário mais rigidez e que foge da proposta de ajudar a pessoa e ter uma maior fluidez na sua vida. Aqui temos mais um ponto a ligar, ou seja, desafiar nossos colegas a investir e acreditar na mudança.

Nossa experiência com a clínica, que consideramos complexa, nos mostra que conseguimos ir mais longe quando não pensamos somente na totalidade ou na singularidade do sujeito, mas em tudo o que implica cada tomada de decisão, em cada discussão da reunião de equipe sobre um plano terapêutico emblemático, em como nos defrontamos em oposição aos nossos próprios paradigmas e diante do que não conseguimos dar conta. Assim, precisamos problematizar nosso próprio modo de existir e de se relacionar com o outro, provocando rupturas para que o novo acesse nossa existência. Caso contrário, não estaremos fazendo mudanças em nossas práticas, apenas reproduzindo o que já está dado de antemão.

## REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004/Ministério da Saúde* (5ª ed. ampliada). Brasília.
- Brasil. (2004b). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*. Política Nacional de Humanização. A humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília: Editora do Ministério as Saúde. Série B. Textos básicos de saúde.
- Brasil. (2009). *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Textos básicos de saúde.
- Campos, G.W.S. & Amaral, M.A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para reforma do hospital. In *Ciência & Saúde Coletiva* (São Paulo: Hucitec), 12(4), 852.
- Certeau, M. (1994). *A invenção do cotidiano – Artes de fazer*. Petrópolis: Vozes.
- Cunha, G.T. (2007). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec.
- Deleuze, G. & Guattari F. (1995). *Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. In *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1): 297-305.
- Lancetti, A. (2006) *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- Passos, E. & Barros, R.B. (2003). Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. In T.M.G. Fonseca & P.G. Kirst (Org.). *Cartografias e devires. A construção do presente* (Vol. 1: pp. 81-89). Porto Alegre.
- Passos, E. & Barros, R.B. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, 16(1), 71-79.
- Rotelli, F., Leonardis O., Mauri D. & Risio C. (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

Recebido em: 31.05.2010. Aceito em: 13.07.2012.

### Autores:

- Loiva dos Santos Leite – Psicóloga; Coordenadora da Área Técnica de Saúde Mental da SMS de Porto Alegre; Doutoranda em Psicologia Social PUCRS.
- Ivan Oliveira Pielke – Acadêmico de Psicologia PUCRS; ex-estagiário do Residencial Terapêutico Pensão Nova Vida SMS/PMPA.
- Julia Anjos Furtado – Psicóloga; ex-estagiária do Residencial Terapêutico Pensão Nova Vida SMS/PMPA.
- Luiza Machado Piccoli – Psicóloga; ex-estagiária do Residencial Terapêutico Pensão Nova Vida SMS/PMPA.
- Larissa Gross Furini – Psicóloga da Prefeitura de Osório/RS; ex-estagiária do Residencial Terapêutico Pensão Nova Vida SMS/PMPA.
- Dafni de Melo – Acadêmica de Psicologia UFRGS; ex-estagiária do Residencial Terapêutico Pensão Nova Vida SMS/PMPA.
- Luciana Bisio Mattos – Psicóloga da Prefeitura de Sapucaia dos Sul/RS.
- Vera Lucia Martins de Moura – Psicóloga da SMS de Porto Alegre; Docente da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

### Enviar correspondência para:

Loiva dos Santos Leite  
Avenida Capivari, 2410 – Santa Tereza  
CEP 90810070, Porto Alegre, RS, Brasil  
E-mail: <loivaleite@ig.com.br>