

CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA

PRISCILA BATISTA DA SILVA

**TRANSTORNO MENTAL E LAÇO TRANSFERENCIAL: ENLACES E VÍNCULOS
ENTRE USUÁRIOS E EQUIPE EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

VITÓRIA
2016

PRISCILA BATISTA DA SILVA

**TRANSTORNO MENTAL E LAÇO TRANSFERENCIAL: ENLACES E VÍNCULOS
ENTRE USUÁRIOS E EQUIPE EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Ms. Andrea Campos Romanholi

VITÓRIA
2016

PRISCILA BATISTA DA SILVA

**TRANSTORNO MENTAL E LAÇO TRANSFERENCIAL: ENLACES E VÍNCULOS
ENTRE USUÁRIOS E EQUIPE EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof. Ms. Andrea Campos Romanholi
Orientador

Prof. Ms. Flávio Martins de Souza Mendes
Faculdade Multivix

Prof. Dr.^a Christyne Gomes Toledo de Oliveira
Centro Universitário Católico de Vitória

À minha família, por todo o apoio, dedicação e confiança. Ao meu companheiro
Marco Túlio, pelo amor e inspiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente aos meus familiares, minha mãe Zilda, meu pai José, meu irmão Hugo, meu avô João e minha tia Maria José pelo imensurável apoio, pelos conselhos, por estarem por perto me incentivando e acreditando em meu potencial.

Ao meu companheiro Marco Túlio, por compartilhar comigo a vida, a felicidade, o carinho e o apoio mútuo em todos os momentos.

Agradeço às amigas Juliana e Anna Beatriz, pelos inúmeros risos, suporte mútuo e pelo amor à psicanálise. Ao meu amigo Roberto, pelos nossos gostos e gargalhadas compartilhadas, pela ajuda incondicional e pela maravilhosa escuta oferecida.

Minha gratidão à equipe e aos usuários do CAPS Cidade, pela possibilidade de aprendizado e de ouvir histórias inesquecíveis, de conhecer tantas pessoas doces e fortes, tantas trajetórias incríveis, e ter a possibilidade de vivenciar a força política da resistência em saúde mental.

Aos mestres, em especial à minha orientadora Andrea, por me despertar profundamente o desejo pela psicologia e por me fazer acreditar em meu potencial transformador, não só dentro da profissão, mas na vida.

Dentro de nós há uma coisa que não tem nome, essa coisa é o que somos.

José Saramago (1995)

RESUMO

A partir das vivências em campo de estágio em um serviço de Saúde Mental, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, o presente trabalho tem como propósito avaliar e analisar os enlaces de transferência entre os usuários e a equipe desta instituição, levando em consideração os vínculos e vivências como possibilidade transferencial e clínica.

Para avaliar estas questões, a pesquisa foi de caráter qualitativo e exploratório, com delineamento de estudo de campo. Foram entrevistados oito sujeitos, sendo quatro usuários e quatro membros da equipe multidisciplinar. Os dados foram coletados a partir de entrevista semi-estruturada e analisados a partir do método de análise de discurso.

Os resultados obtidos caracterizaram as relações da equipe e dos usuários do CAPS percebidas de forma similar, tomando os vínculos como construções cotidianas, a partir de uma vivência. Também relacionaram este ponto à possibilidade e sucesso no tratamento.

Desta forma, foi possível aferir que os participantes demonstraram que tanto profissionais como usuários consideraram que as relações estabelecidas no CAPS são importantes para o tratamento, caracterizando o estabelecimento da transferência como ponto de vinculação clínica.

Palavras-chave: Psicanálise. CAPS. Saúde Mental. Transferência.

ABSTRACT

Starting from a living experience as a trainee with a mental Health Service, the Psychosocial Attention Center (Centro de Atenção Psicossocial) – CAPS, the following document has a the intent to avaliate and anylise the tranfers enchainements along the users and the staff of this institution, considering the linkages and experiences as a clinic and transferencial possibility.

To avaliate these questions, the research has a qualitative and exploratory character, with a study field design. Were interviewed eight subjects, being four users and four multidisciplined staff members. The datas were collected from a semi-structured interview and analysed from an analytical discuss method.

The gathered results characterizes the relations between the staff and users of CAPS made in a similar form, taking the bondages as daily constructions, starting from a living experience. The possibility and success on the treatment, at this point, were related as well.

In this way, it is possible to assess that the contestants show that both employees and users consider important to the treatment from the relations established at CAPS, characterizing the transfer stabilization as a clinical linkage.

Keywords: Psychoanalysis. CAPS. Mental health. Transfer.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 LOUCURA E SAÚDE MENTAL.....	23
2.2 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SAÚDE COLETIVA.....	27
2.3 O CONCEITO DE CLÍNICA E A ATUAÇÃO EM CONTEXTOS DIVERSIFICADOS	35
.4 TRANSFERÊNCIA	39
3 METODOLOGIA	47
3.1 TIPO DE ESTUDO	47
3.2 LOCAL.....	48
3.3 PARTICIPANTES.....	49
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	50
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	50
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA	53
4.1 O RELACIONAMENTO COMO ACOLHIMENTO, INTERAÇÃO E CONFIANÇA	54
4.1.1 O acolhimento	55
4.1.2 A interação	57
4.2 O VÍNCULO COMO LUGAR DE ESCUTA E LUGAR DE CONVÍVIO.....	60
4.2.1 Lugar de escuta.....	60
4.2.2 Lugar de convívio.....	63
4.3 A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO	65
4.3.1 Caracterização dos vínculos	65
4.3.2 O vínculo e o tratamento	66
4.4 CAPS COMO LUGAR DE AUTONOMIA E SAÚDE COLETIVA	67
4.4.1 Autonomia	67
4.4.2 Saúde coletiva	68

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRECIONADA À EQUIPE PROFISSIONAL	81
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRECIONADA AOS USUÁRIOS DO CAPS	83
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85

1 INTRODUÇÃO

A psicologia, em sua pluralidade, debruça-se sobre o campo da saúde mental como possibilidade de escuta e intervenção sobre o sofrimento psíquico. Nesta área, um aspecto de fundamental importância é a promoção da autonomia, da qualidade de vida e do lugar do sujeito com transtorno mental na sociedade, questão esta consideravelmente pertinente ao campo do saber psicológico (BUSS, 2000).

Entre e junto a outros saberes, o trabalho nesta área utiliza o conhecimento teórico e empírico da psicologia na fundamentação das diversas vertentes e possibilidades de intervenção desenvolvidas. Um aspecto que se mostra sempre presente, para além desta diversidade, refere-se à importância dada aos modos como se dá a relação entre os sujeitos e os profissionais. Para o psicólogo, esta relação é exatamente o que norteia suas possibilidades do trabalho. Os enlaces e vínculos presentes nas relações humanas atravessam os sujeitos em contextos múltiplos, assim como também se presentificam entre profissionais da psicologia e os sujeitos junto aos quais desenvolvem seus estudos e intervenções.

A proposta desta pesquisa surgiu a partir da experiência em campo de estágio no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Entrando em contato com as vivências das pessoas com transtornos mentais neste campo, foi notável o recorrente entrelaçamento de relações dos usuários do serviço com a equipe, questão motivadora para a realização do presente trabalho. A partir desta vivência, foi definido como objeto da pesquisa o seguinte problema: como se dá o laço transferencial na relação da pessoa com transtorno mental e a equipe que o atende no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?

Para alcançar a elucidação deste questionamento, é importante entender que o CAPS é um serviço do campo da saúde mental, vinculada à saúde coletiva, em que se utilizam novos arranjos clínicos e novas propostas de intervenção com pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004). Uma característica deste campo é o fato de trabalhar com uma noção transformadora de clínica, fora dos moldes hegemônicos de settings terapêuticos organizados sempre e apenas no interior de salas de atendimento individual. A clínica desenvolvida nos CAPS é a chamada clínica ampliada, passível de possibilidades terapêuticas e escuta em diversos

contextos, sempre tendo a relação entre paciente e equipe como norteadora de todo o processo (BRASIL, 2004).

Apesar destes novos arranjos clínicos só serem possíveis após o movimento antimanicomial – inicialmente na Europa e implantada no Brasil em meados dos anos 70 – é importante frisar que estas novas concepções no tratamento do sujeito com transtorno mental não pertencem a uma teoria ou técnica específica no campo psicológico. A leitura psicanalítica desta composição clínica é uma possibilidade viável enquanto pensa-se a psicanálise como instância única, aquém dos moldes psicológicos também responsáveis pela exclusão da loucura do cerne da sociedade (LOBOSQUE, 2001).

[...] há uma certa concepção do psíquico enquanto dimensão autônoma, com um estatuto próprio, que encontramos na psicanálise, e nela apenas. Assim, por exemplo, temos a impressão de que o conceito de sofrimento-existência não está absolutamente preocupado com esta dimensão autônoma do psiquismo; diferentemente, coloca o psíquico num certo continuum com o social (LOBOSQUE, 2001, p. 127).

A partir deste aspecto e do objeto de pesquisa definido, para responder o problema apresentado, foram definidos os seguintes objetivos: avaliar a percepção da equipe a respeito dos vínculos com os usuários, analisar a percepção dos usuários sobre os vínculos com a equipe, conhecer os vínculos transferenciais envolvidos no processo de tratamento das pessoas com transtorno mental no CAPS. Após o levantamento destas informações, os possíveis entrelaçamentos de transferência nestas relações foram analisados à luz da teoria psicanalítica.

A questão motivadora de contemplar a psicanálise como eixo de análise desta pesquisa se deu tanto pela familiaridade com a abordagem durante o percurso acadêmico quanto ao diálogo existente entre a área com a saúde mental, os modelos clínicos presentes no CAPS e a luta antimanicomial, nos quais a apreensão do sujeito com transtorno mental adquire uma nova importância, um novo endereçamento e possibilidade de escuta. Conforme mencionado por Lobosque (2001, p.115-116):

[...] esta viva e singular produção da cultura que é o movimento antimanicomial guarda talvez com a psicanálise relações desta ordem; é um locus contemporâneo de resgate da subjetividade que a psicanálise nos veio possibilitar. E um tal resgate, se o desejamos de fato, opera na produção do sujeito como no traçado da cidade; encontra apenas na mais decidida luta política a sua sustentação.

Desta forma, entender a clínica proveniente das experiências da saúde mental existente no CAPS como aquela marcada pela experiência psicanalítica nos permite ler e entender que as relações de vínculo desenvolvidas neste contexto poderão ser atravessadas pela transferência.

A psicanálise entende que o laço transferencial é impulsionado, primariamente, a partir dos engendramentos inconscientes e estabelecido pelo desejo (FREUD, 1976). Esta dinâmica psíquica é o que permite aos sujeitos, sejam os usuários do serviço ou a equipe, a sustentação das relações e a viabilidade de inúmeras alternativas, de escuta, vínculo e do caráter terapêutico destas.

Desta forma, é possível mensurar os pontos pertinentes à importância científica e social do presente trabalho. O caráter científico reside na perspectiva de contribuir como o desenvolvimento de novos estudos a respeito da clínica nos CAPS, buscando-se ampliar a compreensão sobre a atuação dos profissionais da instituição, sua percepção sobre os efeitos de seu trabalho e do tratamento oferecido nos CAPS. A relevância social desta pesquisa reside na ampliação do conhecimento sobre os efeitos das práticas antimanicômias no cuidado, além da promoção humana das pessoas com transtorno mental.

A pesquisa realizada foi de caráter qualitativo e descritivo, com delineamento de estudo de campo, tendo como método de análise dos resultados a análise de discurso. Foram entrevistados quatro profissionais e quatro usuários do CAPS, por meio de entrevistas semiestruturadas, a fim de responder aos questionamentos levantados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A fim de proporcionar o conhecimento amplo dos temas que atravessam os objetivos propostos neste trabalho, a revisão da literatura abordará os temas referentes à definição de loucura e saúde mental, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial e as políticas de saúde mental no campo da coletiva, a conceituação de clínica e a possibilidade de atuação em contextos diversificados, articulando com o conceito psicanalítico de transferência.

2.1 LOUCURA E SAÚDE MENTAL

O entendimento sobre a loucura é uma questão que permeia sociedades e contextos históricos. Atualmente, a psiquiatria é tida como o campo que detém a definição mais comumente aceita do que é a loucura e as manifestações a ela relacionadas. No compêndio contemporâneo dos estudos médicos psiquiátricos, o DSM V (2014) - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, em sua quinta edição – encontram-se as definições das inúmeras síndromes, transtornos e disfunções que caracterizam este desarrazoamento nos dias atuais.

Porém, é necessário compreender que as definições de loucura e a própria concepção desta, dizem e variam enormemente em função da sociedade que as abrigam. Foucault (1978), em sua obra *História da Loucura*, traz um profundo estudo do surgimento da chamada “doença mental” a partir da análise da sociedade do século XIV ao século XVII, e das manifestações que a loucura passou a figurar no corpo social.

Desde a Renascença a figura do louco permeou diversos campos da civilização, como as artes e a literatura. A partir do século XVII a loucura passa a ocupar um novo espaço no imaginário social (FOUCAULT, 1978). Inicialmente, com o esvaziamento dos antigos leprosários antes ocupados pelos leprosos e sífilíticos, estes espaços vazios passaram a ser ocupados pela loucura, que foi tomada neste lugar por representar o que Foucault chamou de “vazio da existência”, o medo da morte que paira sob a experiência humana, antes marcada pelas guerras, posteriormente pelas pestes e, por fim, pela loucura. Este “vazio” antes ocupado pela lepra, todavia, não será imediatamente substituído pela loucura:

[...] será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantalho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que, no entanto, lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente (FOUCAULT, 1978, p. 12).

Neste longo processo em que os sujeitos loucos passaram a ocupar os contextos de exclusão e segregação nestes espaços dos antigos leprosários, afim de manter ocupado este lugar moralizante da internação que já pertenceu a inúmeros sujeitos, Foucault aponta um importante momento na chamada 'Grande Internação':

Nos meados do século XVII, brusca mudança; o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão. Criam-se (e isto em toda a Europa) estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de "alteração" (FOUCAULT, 1975, p. 54).

Mais tarde, desde o final do século XVIII, com as classificações nosológicas desenvolvidas por Pinel (que chamou a loucura de alienação), se tornou propício o nascimento da especialidade médica da psiquiatria (AMARANTE, 2007). Portanto, a partir de Pinel a loucura foi tomada como objeto do discurso científico (VECHI, 2004).

Desta forma, com Pinel, pela primeira vez, a condição do sujeito louco é enxergada como uma doença passível de tratamento e cura, sendo que, para tanto, a proposta terapêutica será, necessariamente, a institucionalização e a hospitalização (AMARANTE, 2007).

Esta hospitalização era notoriamente marcada pela repressão, vigilância e extremo controle, buscando-se o controle máximo dos corpos e a disciplina. Apesar da especialidade da psiquiatria propiciar novos entendimentos acerca da loucura e dos chamados transtornos mentais, os fenômenos e manifestações estudados nestes contextos diziam mais sobre os efeitos desenvolvidos pela institucionalização do que propriamente pela loucura (AMARANTE, 2007).

Estas noções e procedimentos tomados a respeito do sujeito com transtorno mental, considerado como um "doente mental", caracterizou a forma como era encarado e tratado o sujeito louco até o fim da Segunda Guerra Mundial, quando tiveram início diversas propostas de 'reforma psiquiátrica' (BARRETO, 2009).

Diversos países seguiram as propostas reformistas, como França, Inglaterra, Estados Unidos e outros, com suas particularidades intrínsecas à realidade de sua população (FERREIRA; PADILHA; STAROSKY, 2012).

A expressão “reforma psiquiátrica” pode ser definida, de um modo genérico, como o movimento de críticas ao modelo psiquiátrico vigente, principalmente a respeito do modelo asilar de “instituições totais” no tratamento das pessoas com transtorno mental, à noção de normalidade e a crítica ao discurso médico moralizante (BARRETO, 2009).

Porém, Amarante (2013) alerta para que a compreensão da proposta de reforma psiquiátrica que se busca no Brasil não se limite a reconfiguração dos serviços, mas seja um recurso de idealização social e transformação das práticas clínicas.

A reconstrução do conceito e da prática clínica tem sido um aspecto fundamental da reforma psiquiátrica, para que a relação técnico-instituição-sujeito, não seja a reprodução daquela clínica da medicina naturalista. É preciso reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado – como proposto por Dell’Acqua (1991)³ - e na cidadania enquanto princípio ético. Uma clínica que não seja uma estratégia de normalização e disciplinamento - e Deleuze (1990) atenta para o fato de que mesmo a psicanálise pode aspirar tais projetos (AMARANTE, 2013, p. 12).

Os riscos presentes em processos de reforma psiquiátrica que não se fundaram em uma efetiva desconstrução do paradigma psiquiátrico, mantendo, assim, seu fundamento asilar, foram apontados por Birman e Costa (1994), que mostraram como estas novas propostas de fazer psiquiatria, que passaram a integrar as possibilidades envolvidas na promoção e manutenção da saúde mental ao invés do saber sobre a doença mental resultaram muito mais em uma ampliação da medicalização da vida que em uma nova forma de se lidar e cuidar da loucura.

Os aspectos da reforma psiquiátrica adotaram diversas vertentes, principalmente de acordo com o contexto social e político em que foram estabelecidas. Na reforma italiana, por exemplo, o desmonte dos manicômios foi instaurado, além da criação de novas possibilidades no tratamento da loucura (BARRETO, 2009).

Segundo Amarante (2007), as experiências de reforma psiquiátrica que realmente produziram mudanças de paradigma foram a antipsiquiatria e a Psiquiatria democrática italiana, esta que serviu de inspiração para a reforma psiquiátrica brasileira.

Também chamada de Psiquiatria Democrática (AMARANTE, 2007), a reforma italiana, conduzida pelo psiquiatra Franco Basaglia na década de 60, diferenciou-se das outras reformas promovidas no contexto europeu por propor não apenas a mudança dos contextos asilares e de tratamento, mas o estabelecimento da chamada desinstitucionalização, onde intenta-se transformar a forma de visão e tratamento da loucura, de modo que as pessoas com transtorno mental ganhassem status de sujeito e integrantes do corpo social (HEIDRICH, 2007).

As reflexões, conceitos, valores e críticas construídas nessa experiência de autocrítica vivenciada pelos italianos constituíram uma outra explicação, um outro lugar para a loucura, tanto em nível técnico (como tratar a loucura – a terapêutica da loucura), quanto em nível político (como transformar a visão e o lugar da loucura na sociedade capitalista) (HEIDRICH, 2007, p. 57).

O desmonte da lógica psiquiátrica italiana proposta por Basaglia não só focava nas pessoas com transtorno mental, mas também na equipe proveniente destes hospitais e hospícios. Na reforma italiana, lutava-se pela desinstitucionalização também desta equipe, de forma que as mudanças se originavam tanto nas instituições totais quanto na sociedade (HEIDRICH, 2007). Juntamente com mobilizações sociais, a reforma italiana instaurou os serviços substitutivos em saúde mental nos moldes da desinstitucionalização, experiência que inspirou os modelos reformistas brasileiros (AMARANTE, 2007).

As bases do campo da saúde mental e atenção psicossocial contém muitos princípios oriundos da forma como Basaglia construiu e operou o seu projeto de intervenção. [...] Princípios tais como democratização, participação social, envolvimento, corresponsabilização, acolhimento, escuta polifônica e transversalidade passaram a fazer parte do cotidiano da atenção psicossocial (AMARANTE, 2007, p. 105).

A influência desta experiência na realidade da reforma brasileira parte desta concepção de transformação da loucura, a partir das condutas antimanicomiais advindas das experiências reformistas italianas. Apesar de conter influências de outras reformas psiquiátricas, a Psiquiatria Democrática e as postulações de Basaglia nortearam primordialmente a experiência brasileira. Contudo, o conjunto de técnicas e intervenções brasileiras constituem uma experiência única tratando-se da aplicabilidade na reforma psiquiátrica e na luta antimanicomial como um todo (AMARANTE, 2007).

Este processo de redefinições da lógica psiquiátrica possibilitou que diversos atores da saúde pudessem contribuir com a construção das novas políticas e atuações da saúde mental, como os assistentes sociais, sociólogos, psicólogos e

psicanalistas (FERREIRA; PADILHA; STAROSKY, 2012). Assim, o caráter plural e multiprofissional presente na Reforma Psiquiátrica engendra-se como mais um ponto diferencial na atuação da saúde mental.

Esta mudança de olhar possibilitou inúmeras mudanças institucionais e, principalmente, alterações nos processos sociais que estão profundamente interligados ao processo de emancipação humana vinculado à Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

No Brasil, o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica, tributária dos movimentos de Luta Antimanicomial iniciados ainda na década de 1980, se inicia a partir da década de 90, com desenvolvimento de leis vinculadas a Reforma no estado do Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Paraná, Distrito Federal e Espírito Santo (AMARANTE, 2007).

Com a instituição do SUS (Sistema Único de Saúde), em 1988, no capítulo de Saúde da Constituição Federal Brasileira deste mesmo ano, a partir do princípio do controle social, houve uma grande ampliação da participação dos movimentos sociais na discussão e formulação das políticas públicas desenvolvidas por atores sociais e do campo da saúde. Em 2001 foi aprovada a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica do país, a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que formalizou muitas das reivindicações das lutas sociais e abriu espaço para a construção dos novos serviços de atenção voltados ao cuidado em liberdade e propostos como substitutivos à lógica manicomial (BRASIL, 2005). Desta forma, novas instituições para abraçar e atuar nesta causa surgiram, como os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, dentro das políticas públicas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2007).

2.2 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SAÚDE COLETIVA

Desde a implementação da nova lógica instituída a partir da Reforma Psiquiátrica, o tratamento ao sujeito com transtorno mental sofreu diversas alterações e mudanças de paradigmas a fim de propiciar a saúde e o respeito humano.

Neste contexto, a forma de olhar situações comuns do sujeito com transtorno mental, como os momentos de crise, por exemplo, ganharam espaço dentro das

políticas públicas de atenção psicossocial presentes na proposta do SUS (BRASIL, 2004).

Desta forma, foi desenvolvido dentro da política pública de saúde mental a modalidade CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – para atender o sujeito em sofrimento psíquico em crise, principalmente por este quadro tratar-se primariamente de um processo social, além dos processos biológicos ou psicológicos vinculados ao transtorno mental (AMARANTE, 2007).

A proposta basilar dos instrumentos de atenção psicossocial é o acolhimento dos sujeitos com transtorno mental, havendo a possibilidade de escuta, vínculos afetivos e profissionais que possibilitem o cuidado (AMARANTE, 2007). Este é o que oportuniza a intervenção eficiente na saúde mental (JORGE et al., 2011).

Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentro muitos outros atores que são evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares [...] (AMARANTE, 2007, p. 84).

O desenvolvimento do vínculo, processo que garante o cuidado, é desencadeado por uma via dupla, a partir da equipe e do paciente. Esta vinculação é o que garante não só o caráter terapêutico do cuidado, mas também a possibilidade do trabalho e a construção de cadeias de significação para o sujeito, como a autonomia (JORGE et al., 2011).

As possibilidades latentes no processo do vínculo da equipe com o usuário do CAPS dizem do novo lugar que as desconstruções advindas dos processos de reforma psiquiátrica propuseram, lugar este de sujeito, de valoração da subjetividade e despatologização do indivíduo (JORGE et al., 2011).

Além do cuidado ao sujeito, é essencial o desenvolvimento de intervenções territoriais a partir da equipe dos CAPS, que deve atuar necessariamente na lógica territorial a partir da leitura de que outros contextos no território são também espaços terapêuticos que auxiliam e no compromisso antimanicomial presente na atenção psicossocial (LANCETTI, 2008). Afinal, como destacam Leal e Delgado (2007, p.137), os CAPS são um “Dispositivo estratégico da atual política pública de assistência à saúde mental, esses serviços têm como desafio central a desinstitucionalização”.

A importância da noção de território na Reforma Psiquiátrica, proveniente das formulações desenvolvidas por Basaglia na Psiquiatria Democrática Italiana, é caracterizada pelo fato do território ser onde circulam e se mantêm as noções estereotipadas e preconceituosas acerca do sujeito louco e concepções equivocadas de periculosidade. O trabalho desenvolvido com a comunidade, com o território, oportuniza novos arranjos sociais possíveis para a pessoa com transtorno mental, sua reinserção e troca coletiva (FERREIRA; PADILHA, STAROSKY, 2012).

O CAPS como serviço estratégico para a desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica brasileira, deve estabelecer relações diretas com este território, articulando-se não apenas com a Rede de Atenção à Saúde Mental, mas também com os diversos protagonistas sociais, como centros comunitários, família, escola, entre outros (BRASIL, 2004).

Um CAPS só se tornará instrumento capaz de produzir uma relação e um lugar social diferentes para a experiência da loucura e para aquele que a experiência se, no seu dia-a-dia, no seu cotidiano, inventar um outro modo de funcionar, de se organizar e de se articular com a cidade (LEAL; DELGADO, 2007, p.137).

Este compromisso transformador e progressista de instituições psicossociais proposto dentro do conceito de Reforma Psiquiátrica, como o CAPS, se expressa no caráter diversificado inerente às propostas de organização, funcionamento e atividades, indicadas desde as primeiras Portarias que surgiram para a regulamentação destes serviços, as Portarias nº. 336/2002 e 189/2002 (BRASIL, 2004).

A partir destas portarias, foram criadas diferentes modalidades de CAPS, com variação de funcionamento dependendo da modalidade: CAPS I (serviço com abrangência populacional de 20.000 a 70.000 habitantes); CAPS II (serviço com abrangência populacional de 70.000 a 200.000 habitantes); CAPS III (serviço com abrangência populacional acima de 200.000); CAPSi – Crianças e Adolescentes (serviço com abrangência populacional acima de 200.000 habitantes por município atendido); e CAPSad – Álcool e Drogas (serviço com abrangência populacional de 100.000 habitantes por município) (AMARANTE, 2007). Além das diferenças de público e de abrangência populacional, outro aspecto importante que diferencia estas modalidades de CAPS, nas primeiras portarias, referia-se a seu funcionamento que é de segunda à sexta-feira, de 7:00 às 19:00 horas para os

CAPS I, CAPS II, CAPS i e CAPS AD, enquanto que para os CAPS III é de 24 horas, durante os sete dias da semana. Desde 2011, porém, foi criado também o CAPS AD III, serviços para população com demandas e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas que também funciona 24 horas, nos sete dias da semana. Ambas modalidades de CAPS III possuem leitos para acolhida noturna e podem oferecer atenção integral por ocasião de crises ou em outras situações em que a permanência integral no CAPS se faça necessária (BRASIL, 2004).

Dentro dos conceitos de território e rede presentes no CAPS, é importante ressaltar a ação direta e articulada com outros serviços do SUS, como com a Rede da Atenção Básica em Saúde. Esta relação com a Rede da Atenção Básica em Saúde respeita os princípios antimanicomiais da Política Nacional de Saúde Mental, sendo, desta forma, garantindo apoio e assistência ao usuário em todas as suas necessidades de cuidado em saúde, tendo uma importância fundamental no tratamento, acompanhamento e promoção da saúde das pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2004).

Outra característica da organização do CAPS é o caráter multiprofissional que compõe a equipe de trabalho. Cada modalidade possui uma equipe mínima pré-determinada pelas Portarias que regulamentam a instituição, podendo esta equipe se ampliar de acordo com as necessidades e possibilidades dos serviços. Os profissionais que compõe esta equipe possuem diferentes formações técnicas, desde nível médio ao nível superior, podendo ser composta de médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, pedagogos, auxiliares de enfermagem, artesãos, equipe de limpeza, dentre outros (BRASIL, 2004).

Além da oferta de atendimentos médicos, psicológicos, sociais, farmacêuticos, entre outros, uma das formas mais presentes de atividades oferecidas nos CAPS são as oficinas terapêuticas, que são sempre de caráter grupal com a coordenação de um profissional. Existem diversos tipos de oficinas nos CAPS, de geração de renda à alfabetização. São direcionadas de acordo com a necessidades dos usuários e possibilitam ação terapêutica, criação de vínculo com a instituição e a equipe e integração da comunidade e da família (BRASIL, 2004).

Assim, a proposta desenvolvida no CAPS, além de dizer sobre a Reforma Psiquiátrica, evidencia principalmente as políticas de saúde coletiva implementadas no Brasil a partir da concepção do SUS.

As políticas de saúde no Brasil sofreram profundas transformações ao longo de décadas. A história da saúde pública no país pode ser entendida a partir de um longo processo histórico em que o Estado delega para si novas responsabilidades, passando assim por diversas reformas administrativas. Se entendemos hoje a saúde como um direito social, deve-se ressaltar que isto é uma conquista extremamente recente, e que por muito tempo não foi assim considerado pelo poder público.

As primeiras medidas de saúde pública remontam ao período colonial, quando a principal preocupação com a Coroa na América Portuguesa se restringia ao campo da fiscalização da prática curativa. A Ficatura, órgão de principal magnitude para as questões da saúde, era “na verdade, um tribunal, com leis, alvarás, regimentos e poder restrito à regulamentação da profissão, que visava punir os infratores com o objetivo de reservar para a medicina o espaço da doença” (GALVAO, 2015, p. 8).

É marca deste período a carência de médicos e cirurgiões no território colonial, o que abria a possibilidade de atuação de outros profissionais, como botiqueiros, herbolários e enfermeiros, além do uso de recursos como feitiçaria, superstições e preces. Ao se debruçar sobre a atuação destes indivíduos nas Minas Gerais no século XVIII, Caio César Boschi explica que estes ‘práticos’, em sua maioria forros, “podiam obter cartas de habilitação que os autorizassem a sangrar, a sarjar, a lançar ventosa e sanguessugas e a arrancar dentes. Outras ainda, especialmente ‘pretas velhas’, se habilitavam às “cartas de usança de parteira” (BOSCHI, 1984, p. 33).

Com a transmigração da Corte portuguesa para o Brasil em 1808, o Rio de Janeiro passa a ser o centro do Império Ultramarino, demandando assim diversas reformas estruturais. É criado por D. João VI o Colégio Médico Cirúrgico no Real Hospital Militar em Salvador, e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Também data do período joanino a criação do cargo de Provedor-Mor da Saúde da Corte e do Estado do Brasil (BERTOLLI FILHO, 2011).

O antilusitanismo que impera durante a emancipação política do Brasil em 1822 também apresenta reflexos na saúde pública com a extinção da Ficatura, órgão de origem portuguesa (DANTAS, 2011) Com isso, a partir de 1830 a responsabilidade de regulamentação das práticas medicinais passa a ser responsabilidade das Câmaras Municipais, “sendo que essa não emitiria novas autorizações e sim só autorizaria a prática dos agentes que já fossem autorizados” (DANTAS, 2011, p. 2).

Dois anos depois é criada também a Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro, que passa a conceder os títulos de médico, farmacêutico e parteira. Embora o século XIX seja marcado pela criação de algumas instituições na área da saúde pública, como o Instituto Vacínico do Império (1846) e a Junta Central de Higiene Pública (1851), o Brasil foi cenário de diversas epidemias, como a varíola e a febre amarela, possibilitadas principalmente pela condição precária de saneamento a que a população era submetida (DANTAS, 2011).

O golpe militar que implantou a república no Brasil em 1889 foi acompanhado por um ideal de sanitarismo por diversos membros da elite brasileira. Passa a ser meta do Estado o controle de endemias e epidemias que assolavam o país, para desta forma alcançar o ideal de modernização que vigorava na época. Prevalece neste período o modelo campanhista, que se baseava em

Campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população (MATTA; MOROSINI, 2009, p. 40).

O campanhismo, que fora aplicado durante a Primeira República e também posteriormente, encontrou forte resistência da população em 1904, episódio que ficou conhecido como A Revolta da Vacina. Indicado como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública para extinguir a epidemia de febre-amarela no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz deu início a uma intensa campanha sanitaria, nomeando cerca de 1500 pessoas para o combate do mosquito vetor da doença. Com a instituição da vacinação obrigatória por Cruz em 1904, a população se rebelava contra a arbitrariedade da medida, que autorizava a vacinação ser feita a força. Somada a isso, a população também se rebelava contra a higienização social promovida pela reforma urbana do prefeito Pereira Passos, que promoveu o “bota-abaixo” de diversos cortiços e casebres, condenando a população a se acomodar na periferia da cidade. Vale ressaltar que o campanhismo durante todo este momento se limitava as áreas voltadas para a exportação de mercadorias, não sendo, portanto, as medidas sanitárias dirigidas a boa parte da população brasileira, que se encontrava na zona rural (MATTA; MOROSINI, 2009).

A Era Vargas, período que se inicia a partir de 1930, trouxe grandes mudanças na saúde pública do Brasil, que passa a contar com um ministério próprio associado ao

ministério da educação, o Ministério da Educação e da Saúde Pública (BERTOLLI FILHO, 2011).

Neste momento, a ação do estado passa a ser centralizada, dando fim ao sistema descentralizado do início da república - meados do século 20 - que contava com um sistema de saúde regionalizado e ajustado às questões sanitárias de cada estado. Nesta lógica de saúde, idealizada pelo higienista Geraldo de Paula Souza, os centros de saúde possibilitavam acompanhamento dos enfermos, encaminhamento para internações e orientações. Com o fim deste sistema, Vargas põe em cheque o poder de elites regionais (BERTOLLI FILHO, 2011).

É marca deste período, sobretudo durante o Estado Novo (1937-1945), a conscientização da população para a prevenção de doenças, alertando-a para a prática de hábitos higiênicos por meio de cartazes, volantes e, principalmente por meio do rádio, veículo midiático que começa a ganhar força neste período (BERTOLLI FILHO, 2011).

A ação estatal trouxe resultado na diminuição das mortes por doenças epidêmicas, mas não pôde conter a proliferação das doenças endêmicas (na época, a esquistossomose, as DST's, a Doença de Chagas, as doenças gastrintestinais e a hanseníase) (BERTOLLI FILHO, 2011).

No segundo período do mandato de Vargas, foi instituído o Ministério da Saúde, após intensos debates. Nesta época, a dificuldade financeira assolou a nova pasta, que contava com verbas irrisórias destinadas a saúde, tornando-a ineficiente. Havia também a utilização política deste ministério, ocasionando inúmeras trocas de diretores (BERTOLLI FILHO, 2011).

Por volta da década de 60, em meio ao cenário de saúde ainda turbulento no país, a classe médica ganhou um novo status político, fomentado pela burocracia e clientelismo provenientes deste interim (BERTOLLI FILHO, 2011).

A medicina passou a ser interpretada como uma prática social capacitada para lutar, através dos canais políticos, pelo bem-estar coletivo', os médicos deveriam cobrar das autoridades decisões e verbas que beneficiassem sobretudo as camadas sociais mais pobres (BERTOLLI FILHO, 2011, p. 48).

A partir do golpe militar de 64, as práticas públicas de saúde no Brasil sofreram grande impacto, havendo diminuição drástica nos investimentos ao Ministério da Saúde. Assim, a saúde tornou-se individualista, fomentado pela nova organização

governamental que privilegiada a saúde privada em detrimento da pública e coletiva (BERTOLLI FILHO, 2011).

Neste período, implementou-se o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, órgão que unificou as previdências sociais e a saúde. Este modelo dava acesso à saúde pública apenas para os trabalhadores de carteira assinada, restringindo o acesso universal à saúde (BERTOLLI FILHO, 2001).

Após a ditadura militar, a sociedade brasileira encontrou-se em profundo agravamento econômico, com grande inflação e política recessivas. Com isso, diversos cortes foram feitos e o acesso da população aos serviços foi dificultado. A saúde no Brasil estava em situação calamitosa, com atendimentos deficientes em diversos níveis (BERTOLLI FILHO, 2011).

Neste contexto, os movimentos sociais iniciaram as reivindicações para sanar os entraves relacionados aos serviços, sobretudo a saúde. Assim, foram criados os Conselhos Populares de Saúde, compostos de sanitaristas, médicos e sociedade civil, com intuito de formular propostas para a organização da saúde pública no país, com criação de hospitais e sistematização da saúde (BERTOLLI FILHO, 2011).

A partir desses movimentos populares, outras organizações nasceram e manifestaram-se, levando, na década de 70, à criação da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) e do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde). O conjunto destes movimentos foi denominado como Movimento de Reforma Sanitária ou Movimento Sanitarista, que tinha como preceito a luta pela saúde como direito universal (BERTOLLI FILHO, 2011).

O Movimento Sanitarista desenvolveu diversos meios de multiplicar a ideia universalizante da saúde, incluindo a realização de um documento de nome “Pelo direito universal à saúde”. Este documento trazia consigo a ideia central de que a saúde deve ser um direito do povo e um dever do Estado (BERTOLLI FILHO, 2011).

Estas propostas propagaram-se e tiveram grande peso na Assembleia Constituinte de 1988, instituindo a criação do SUS, o Sistema Único de Saúde, sistematizado com diretrizes descentralizadoras, universalizante e de acesso gratuito à população (BERTOLLI FILHO, 2011). No ano de 1990, foi promulgada a Lei nº 8.080, que traz a organização geral de funcionamento do SUS no Brasil, com os princípios fundamentais de equidade, integralidade e universalidade (BRASIL, 2016).

As características presentes na atual regulamentação do SUS, a partir do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, determina que toda região de saúde deverá conter ações de cinco redes específicas, entre elas a da Atenção Primária e a da Atenção Psicossocial. E todas estas trazem consigo o caráter multidisciplinar da composição de suas equipes, promovendo a pluralidade das atuações profissionais colaborando em conjunto e buscando práticas interdisciplinares e transdisciplinares (FELÍCIO, 2012).

Estas particularidades derivam do conceito de saúde coletiva, concepção que descentraliza o saber médico como o único possuidor do entendimento da saúde, além de promover a desconstrução e problematização de diversos temas relacionados, como a concepção acerca da normalidade, do patológico, a ressignificação e atualização da saúde pública (BIRMAN, 1991).

A compreensão de multidisciplinariedade e de interdisciplinaridade é basilar no entendimento da saúde coletiva. Esta vertente de trabalho em equipe é vista de forma horizontal, não hierarquizada, conferindo similar relevância entre as diferentes áreas e profissões da saúde (BIRMAN, 1991).

Desta forma, pode-se compreender o processo de saúde coletiva como aquele possível de articular novas propostas de intervenção, de desmistificar e desconstruir paradigmas antes estabelecidos, além de valorizar o trabalho em equipe. Assim, nos contextos de promoção da saúde, juntamente com atuação da psicologia e tantas outras áreas, o entendimento a respeito das possibilidades clínicas desenvolvidas neste cenário é de suma importância.

2.3 O CONCEITO DE CLÍNICA E A ATUAÇÃO EM CONTEXTOS DIVERSIFICADOS

A prática na saúde mental é perpassada por diversas particularidades relacionadas com a prática médica e psicológica. Neste contexto, a clínica desenvolvida neste cenário passou por profundas transformações ao longo dos séculos.

Michel Foucault, em sua obra intitulada 'O nascimento da clínica' (2012), apresenta uma análise complexa a respeito do surgimento da clínica médica e as correlações

com os contextos históricos, políticos e econômicos (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

Nesta obra, é postulado que o contexto de surgimento da clínica moderna, datado aproximadamente no século XVIII, tem relações com o lugar e as necessidades sociais de ordenação e disciplinarização dos corpos, tarefa que foi tomada como encargo do saber médico (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

Outra característica do nascimento da clínica médica foi o avanço de sua atuação nos jogos dos discursos de saber e poder, tomando o lugar do discurso da verdade, com efeitos e função relacionados à ordenação não mais apenas dos corpos, mas também das subjetividades, numa nova estratégia articulada com o poder disciplinar e conceituada como biopolítica (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

A partir desses dois eixos, que evidenciam a ligação entre saber e poder, emergem os sistemas de vigilância da subjetividade. Esses sistemas de controle social são praticados pela Medicina e também pela Psicologia. Ao estabelecer o estatuto do homem saudável e “normal”, a Medicina paulatinamente vai exercendo um controle disciplinar [...] atuando no cotidiano dos sujeitos, normalizando a população e regulando as políticas de saúde através de um arsenal técnico cada vez mais especializado (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007, p. 612).

Com a modernização das técnicas e com as inúmeras especializações das áreas médicas, a medicina fragmenta-se e terceiriza ao paciente a definição da especialidade que responderá sobre sua doença. Desta forma, a clínica médica distancia-se das características envolvidas no surgimento da própria medicina e da definição de clínica, o ‘debruçar-se sobre o leito’ do paciente, que permitia uma abordagem singular, reduzindo-se à lógica da especialidade na qual impera o universal abstrato de cada área médica, majoritariamente restrita ao biológico (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

Formado dentro deste contexto, Sigmund Freud fundamenta o campo psicanalítico a partir de uma nova compreensão clínica, deslocando o lugar do saber do médico para o paciente/sujeito. O lugar do médico (analista) em Freud é o da escuta, aquele que não mais se colocaria na posição de dirigir o olhar para os sinais e sintomas na busca de identificação de uma doença, mas sim o de quem se dispõe a ouvir a fala livre do sujeito que a ele endereça uma demanda e que, assim, facilitaria e analisaria os meios indicados pelo próprio paciente em seu tratamento (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

Esta subversão fundada a partir da Psicanálise foi um marco histórico no entendimento das possibilidades da clínica, em que os moldes de cura da medicina também foram reformulados. Esta grande mudança, é de tal monta que funda um novo campo, o da psicanálise. Para Freud, o homem é estruturado e atravessado pelo inconsciente, construção advinda dos complexos e vivências infantis. Este sujeito do inconsciente é o objeto de escuta da clínica psicanalítica (STEFFEN, 2007).

Ainda que reste o fato de que a clínica psicanalítica se constrói na dimensão do trabalho individual que fala de sua história, o que mantém sua proximidade com a psicologia, o trabalho do analista se dá com o sujeito do inconsciente e não com o indivíduo consciente e racional da psicologia.

Aliás, a psicologia clínica é muitas vezes confundida com a psicanálise, apesar de os psicanalistas fazerem questão de demarcar a diferença e de afirmar que sua escola não pode ser confundida com esta área. Roudinesco, por exemplo, afirma que a psicanálise é “clínica”, mas não é ‘psicologia clínica’, pois ela *‘renuncia à observação direta do doente e interpreta os sintomas em função de uma escuta de fala inconsciente’* (SCHNEIDER, 2002. Grifos da autora).

Como expõem Moreira, Romagnoli e Neves (2007, p. 617), é possível a realização da clínica fora dos moldes hegemônicos, pois “não importa em que lugar ou espaço o ato clínico aconteça, seja no âmbito privado ou público, numa relação didática, grupal ou coletiva. Este será sempre um fazer psicológico”.

Para além da discussão possível e necessária sobre as possibilidades e desafios da clínica psicológica na saúde coletiva, é de suma importância frisar o caráter singular da clínica na reforma psiquiátrica brasileira, uma vez que muito desta discussão avançou exatamente neste campo, tanto teoricamente como a partir das experiências em curso. Como a maior influência e inspiração que fundamentam as propostas da reforma psiquiátrica no Brasil se originam da reforma italiana, de Basaglia, neste contexto há uma clínica singular, que trabalha o sujeito e seu lugar no mundo como elemento primordial, o que inclui o sofrimento que pode haver relacionado à ‘doença’ ou a qualquer outro aspecto de sua vida, mas que inverte a lógica tradicional na qual o foco seria sempre e primordialmente a ‘doença’ que se situava como único objeto da clínica.

A clínica tem, pois, esta dimensão originária, que é a de valorizar a relação do observador com o objeto natural denominado doença. O objetivo seria o de perceber os sintomas mais fundamentais e verdadeiros; captar a essência desta natureza deformada que seria a doença. Por tais motivos é

que no cenário da reforma psiquiátrica, se a doença é questionada, é colocada entre parênteses, a clínica também deve ser desconstruída, transformada em sua estrutura, pois a relação a ser estabelecida não é com a doença, mas com o sujeito da experiência (AMARANTE, 2013, p. 12).

Esta nova perspectiva para a clínica responde satisfatoriamente em contextos onde a clínica de consultório não é suficiente, como nos contextos de tratamento com pessoas com transtorno mental ou nos ambientes de atenção psicossocial, como os CAPS. Como aponta Amarante (2013, p. 13) “Ao colocar a doença entre parênteses e lidar com os sujeitos, a clínica deve ser radicalmente transformada”.

É preciso reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado – como proposto por Dell’Acqua (1991) - e na cidadania enquanto princípio ético. Uma clínica que não seja uma estratégia de normalização e disciplinamento - e Deleuze (1990) atenta para o fato de que mesmo a psicanálise pode aspirar tais projetos (AMARANTE, 2013, p. 12-13).

A clínica proposta nesta perspectiva é aquela que se denomina clínica ampliada. Quanto a origem desta denominação, segundo Amarante (2013, p. 14) “A expressão clínica ampliada tem sido atribuída a Jairo Goldberg (1992). Eduardo Pavlovsky (2002, 09), na apresentação do livro de Osvaldo Saidón, atribui a origem do termo a De Brassi”.

Lembramos que, embora originada neste contexto, esta nova perspectiva para a clínica não ficou restrita ao campo da saúde mental, sendo que as políticas de saúde pública brasileira estão intimamente ligadas às práticas da clínica ampliada, sendo este um princípio fundamental, por exemplo, uma vertente do programa Humaniza SUS, com intenção de expandir esta concepção para atendimentos mais solidários e adequados à população em todas as áreas de cuidado (BRASIL, 2004).

Diversas práticas estão relacionadas à clínica ampliada exercida nos contextos de saúde pública brasileira. As principais apontadas e estimuladas são o desenvolvimento da escuta, onde prioriza-se o entendimento e fala do paciente/usuário; e a criação de vínculos e afetos entre equipe e pacientes/usuários, questão que facilita ou dificulta os processos de tratamento e que perpassam todos os relacionamentos nestes contextos (BRASIL, 2004).

Outra especificidade da clínica ampliada brasileira, juntamente com a humanização das relações com os usuários, está o caráter de acolhimento direcionado a este vínculo, respeitando a palavra do sujeito com transtorno mental (RINALDI, 2000).

Esta noção do respeito e da humanização das relações, como diz Rinaldi (2000, p. 4):

[...] tem importância para nós na medida em que a relação do homem com o desejo está mediada pela linguagem, e nisto estamos todos envolvidos, como seres falantes. Portanto, não se trata de acolher o psicótico para infantilizá-lo com o objetivo de reeducá-lo ou readaptá-lo, a partir de algum saber já pronto.

Considerando o âmbito da reforma psiquiátrica e dos CAPS, Amarante (2013, p. 14) alerta que para manter o caráter de clínica ampliada que se propõe, a clínica ali exercida se configura como “[...] é um processo. Algo permanente, que aprende e constrói, cotidianamente, novas formas de lidar, de escuta [...]”. A forma como os profissionais se colocam e exercem seu papel, as formas de relação que se estabelecem nos serviços, todos estes são pontos que permitirão, ou não, que efetivamente se faça ali uma nova prática.

Este último ponto caracteriza a questão fundamental desta presente pesquisa, em que se entende que os vínculos, as relações e os afetos são construtos essenciais para o entendimento da transferência, conceito psicanalítico aqui tomado como aquele que dará suporte para o entendimento do modo como operam estas relações e seus efeitos no cuidado e nas práticas dos CAPS, nas relações estabelecidas nesta instituição e, por fim e mais importante, nos sujeitos usuários do serviço.

2.4 TRANSFERÊNCIA

Partindo das formulações da teoria psicanalítica desenvolvidas por Freud e Lacan, Meirelles afirma que (2012, p. 123), “A transferência é um fenômeno que ocorre em todas as relações sociais, estando na decorrência da condição falante do ser humano”.

Desde o nascimento da psicanálise, campo fundado por Sigmund Freud, os achados clínicos e postulações teóricas foram marcados pelo chamado laço transferencial. No campo da psicanálise, o conceito de transferência é fundamental para entender-se a lógica que perpassa a clínica, seja nos settings de consultório ou mesmo em contextos diferenciados, como a clínica ampliada.

Chamada de *Übertragung* nas obras freudianas, a transferência relaciona-se com o significante da palavra que a expressa: levar algo que um lado ao outro, transferir

significação dentro de uma teia relacional (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009).

Freud tratou esta transferência como conceito e explicitou abertamente sobre ela pela primeira vez no ano de 1912, no texto intitulado “A Dinâmica da Transferência”, no qual expõe de forma técnica como a transferência age durante o processo de análise.

Segundo Baratto (2010), neste escrito Freud passou a abordar pela primeira vez a transferência com singularidade, passando a caracterizar este conceito como a maneira com que o sujeito se relaciona com o outro, ligado ao processo de identificação e vínculo afetivo.

Freud (1976) enuncia que o processo de transferência é inaugurado a partir de definições ocorridas durante a infância com a passagem pelos processos de estruturação subjetiva postulados pela concepção psicanalítica, que definem a dinâmica dos afetos e dos objetos amorosos advindos das relações parentais. A energia libidinal, que Freud chamou de catexia, é redirecionada à figura do psicanalista/psicólogo de forma inconsciente.

Outras proposições foram desenvolvidas nesta publicação de 1912, como o caráter de resistência inerente à transferência, além de diferenciá-la entre positiva, quando se apresentam principalmente sentimentos de amizade, amor e afeto; e a negativa, quando surgem sentimentos desagradáveis.

Freud discorre a respeito do laço transferencial clínico em diversas obras durante sua vida, avançando na formalização teórica deste conceito essencial na teoria e na clínica psicanalítica. A importância da relação transferencial no contexto psicanalítico foi apontada como algo inédito e nunca postulado antes da inauguração da psicanálise.

A inovação freudiana consistiu em reconhecer nesse fenômeno um componente essencial da psicanálise, a ponto, aliás, de esse novo método se distinguir de todas as outras psicoterapias por empregar a transferência como instrumento da cura no processo de tratamento (ROUDINESCO; PLON, 1998, 767).

Na década de 60, a definição de transferência é complementada pelo conceito de Sujeito Suposto Saber, desenvolvido pelo francês Jacques Lacan, profundo estudioso das obras freudianas.

Lacan desenvolve a conceituação de Sujeito Suposto Saber em seus seminários, principalmente nas obras intituladas 'A Identificação' e 'A transferência'. Em 'Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise', Lacan correlacionará os dois conceitos (transferência e sujeito suposto saber) explicitando “[...] o aspecto estrutural ao falar de Sujeito suposto Saber, não somente da experiência analítica, mas também da constituição do sujeito, bem como da transferência” (SANTOS, 2010, p. 85).

Por definição, o sujeito suposto saber seria a suposição direcionada à figura do analista como aquele que detém o saber sobre o sujeito paciente. Vale ressaltar que esta suposição advém do discurso e não se encerra na figura do analista. O analista, desse modo, se presentifica como ouvinte deste discurso que orienta a transferência (SEIXAS, 2011).

É importante ressaltar que a compreensão lacaniana sobre a transferência é marcada pela definição do inconsciente como estruturado como linguagem. Desta forma, o atravessamento das relações pela transferência é algo que está aquém do controle do sujeito, sendo expresso e ocorrendo de forma 'espontânea' uma vez que é “[...] impossível eliminar da transferência o fato de que ela se manifesta na relação com alguém a quem se fala. Este fato é constitutivo” (LACAN, 1992, p.177). A dimensão da fala marca o fundamento deste processo:

O fenômeno da transferência é ele próprio colocado em posição de sustentáculo da ação da fala. Com efeito, ao mesmo tempo em que se descobre a transferência, descobre-se que se a fala se mantém, como se manteve até que percebessem isso, é porque existe a transferência (LACAN, 1992, p. 175).

A respeito da transferência em sujeitos psicóticos, lembrando que a psicose tende a ser a estrutura majoritária nos usuários do CAPS, Freud desenvolveu ao longo de suas obras diversos entendimentos, tendo chegado a falar de uma limitação ou dificuldade para se trabalhar a transferência na psicose, para por fim, embora não tenha avançado teoricamente na discussão de uma clínica das psicoses, validá-la como possibilidade clínica também com sujeitos psicóticos, ainda que com particularidades no seu manejo (MACIEL, 2008).

Lacan inaugura seus estudos das obras freudianas a partir da clínica das psicoses, frisando como a transferência nas psicoses comparece nesta relação clínica de

forma maciça, sendo isto relacionado à diferença fundamental na estruturação do sujeito.

Com relação às psicoses, “O outro, a forma velada de o Outro se apresentar ao sujeito, aqui se apresenta como o próprio Outro - presença incessantemente absoluta e invasora” (MEYER; BRAUER, 2010, p. 241). As autoras seguem apontando os efeitos desta diferença na estruturação subjetiva na relação transferencial quando da clínica das psicoses: “Esse lugar de Outro absoluto, ao ser ocupado pelo psicanalista, evidencia a forma como se manifesta a transferência [...]” (MEYER; BRAUER, 2010, p. 241).

Nas psicoses não há a “suposição de saber”, mas sim a certeza de que o Outro, não barrado, sabe: “Quem sabe aí é o sujeito, já que tem certeza de que o Outro sabe sobre a sua vida, sobre seus pensamentos, sobre a sua condição” (MEYER; BRAUER, 2010, p. 241). Assim, “[...] a relação com o saber aí deve se estabelecer de uma outra maneira para o sujeito não se sentir invadido, perseguido ou demasiado amado pelo psicanalista” (MEYER; BRAUER, 2010, p. 241).

Esta transferência se apresenta, inicialmente, impulsionada pelo desejo do analista na relação transferencial com o paciente. Tendo esta condição posta, a clínica é possível. Porém, é necessário ter claro a diferença citada com relação à clínica na neurose e na psicose:

[...] o que coloca o psicanalista em um lugar especial, diferente do que ocorre na clínica da neurose: aquele de acompanhar o sujeito na construção de uma forma de existência que o sustente. A posição do psicanalista, assim, através de sua presença e de seu desejo é fundamental e determinante. Ao refletir sobre o desejo do analista, nos perguntamos: afinal, o que vem a ser o desejo do analista? Antes de tudo, é necessário dizer que, como todo desejo, é um desejo articulado ao campo do Outro – é um desejo do Outro. Mas não se trata de um desejo pessoal e sim de uma função que se relaciona à posição que o psicanalista ocupa na relação analítica (MEYER, 2007, p. 321).

Trata-se, na clínica da psicose, principalmente de considerar o posicionamento do analista em um lugar de não-saber, que possibilite o estabelecimento da transferência com o sujeito psicótico de modo que o analista não se deixe ocupar o lugar de saber total uma vez que “[...] a crença delirante de que o Outro sabe e, portanto, invade o sujeito, obriga-nos a repensar a função do sujeito suposto saber na direção clínica deste trabalho” (MEYER, 2007, p 321). Meyer e Brauer, (2010, p. 243), da mesma forma, apontam que

É preciso que o analista se dispa efetivamente de qualquer saber prévio para se abrir às surpresas e ao inesperado que as produções da psicose podem apresentar. É neste sentido que podemos pensar a transferência em sua relação com o desejo do psicanalista, pois se o analista não ocupa um lugar desejante, não há como haver a transferência.

Lacan (1988), em seu seminário 'As Psicoses', cunhou o termo "secretário do alienado", para referir-se a maneira como o analista se portaria frente ao sujeito desta estrutura. Este posicionamento posiciona a escuta aos delírios do sujeito de forma específica, considerando tudo o que é dito, representando então este esvaziamento do sujeito suposto saber.

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta - o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada (LACAN, 1988, p. 235).

Na clínica das psicoses, a demanda não se manifesta como nas neuroses. Em geral a demanda, necessária para que haja a transferência, não parte do sujeito psicótico. É necessário "[...] a presença da analista e a aposta de que em algum momento a demanda possa vir a surgir [...]". Diante da ausência de demanda, "[...] faz-se necessária a oferta de um espaço de escuta e acolhimento do sujeito na sua condição, sustentada pela presença do analista" (MEYER; BRAUER, 2010, p. 248). Sustentar sua presença, sustentar um lugar de vazio de saber e sustentar um lugar de escuta, havendo uma aposta de que o sujeito possa advir a partir dessa oferta, são aspectos característicos da possibilidade de ação do analista na psicose.

Sobre estes pontos, Eric Laurent fala da necessidade de se manter "[...] uma disponibilidade do analista e uma vontade férrea de sua parte, para se fazer destinatário do paciente" (LAURENT apud MONTEIRO; QUEIROZ, 2006, p. 116). Esta aposta e disponibilidade a partir de um lugar de escuta do sujeito marcam a presença da ética da psicanálise que pode, assim, se fazer operar nos CAPS.

O dispositivo psicanalítico da escuta vem sendo apropriado pelas novas formas de assistência surgidas no bojo da discussão da reforma psiquiátrica. Os profissionais das diversas categorias, em um trabalho que hoje envolve uma equipe multiprofissional que algumas vezes busca, em seu horizonte, a interdisciplinaridade, têm esse instrumento como referência, o que representa, sem dúvida alguma, um grande avanço nas transformações no trato com a loucura (RINALDI, 2000, p.3).

Dessa forma, pode-se aferir que as relações estabelecidas neste contexto são possíveis de serem entendidas como relações em que o sujeito psicótico encontra acolhida e abertura para se endereçar, o que permite que aconteça alguma forma de

articulação no laço social a partir dos espaços e ações oferecidos pelo serviço (QUINET, 2013). No entanto,

Não é simplesmente fazendo com que os psicóticos saiam os hospícios e convivam com os próximos que eles necessariamente farão laço social. Isso é fundamental, mas não basta. É preciso acompanhar o sujeito no tratamento que ele dá aos fenômenos que o acometem e propor-lhe um lugar de endereçamento (QUINET, 2013, p. 152).

Como posto anteriormente, no contexto da saúde mental – ou do próprio serviço CAPS – os vínculos e relações cotidianas são marcados pelo viés clínico e marcadas pela transferência. Entre os psicanalistas que estudam a atuação psicanalítica nas instituições, é consenso que neste contexto se trata de uma ‘prática entre muitos’ (ABREU, 2008).

Desta forma, a transferência em uma organização de saúde mental é manejada de uma maneira singular:

Dentro da instituição de atenção psicossocial, a transferência vai se dar independentemente da presença do psicanalista. [...] assiste-se então, neste contexto, ao manejo específico da transferência, cujo endereçamento pode ser feito à instituição, ao tratamento ou a um profissional (GOMES, 2009, p. 7).

Cazaroto, Martta e Bisol (2016, p. 491), destacam a importância desta prática ser exercida por muitos, pois “[...] os profissionais regulam e limitam os saberes entre cada um e mostram que nenhum deles detém o saber último. Dessa forma, coloca em cena um Outro regulado, barrado, castrado do saber”.

O fato de nem todos serem psicanalistas, ou mesmo não serem profissionais de nível superior, não compromete a clínica que aí se exerce, uma vez que a importância está na sustentação da presença esvaziada de saber e do lugar de escuta do que o sujeito psicótico possa endereçar.

Por fim, Abreu (2008, p. 77) destaca que

Muito mais que uma clínica multidisciplinar, interdisciplinar e até transdisciplinar, o funcionamento das relações entre os técnicos não se dá pelo diploma ou pelo saber que cada profissão carrega. Mas sim pelo saber construído a partir de cada sujeito que ali se trata. Este saber recorta a todos, até mesmo os que não tem diplomas superiores. A função terapêutica é, pois, exercida por cada um na instituição. O ato de cada um dos membros de uma equipe é que produz efeitos terapêuticos. Nessa perspectiva temos o afrouxamento dos lugares pré-estabelecidos nos diplomas universitários. Cada técnico ocupa, desse modo, um lugar que lhe é próprio na dinâmica transferencial. É claro que esta direção da clínica entre vários não desconsidera o saber próprio de especialidade que em muito tem a somar para o desenvolvimento da equipe.

Sendo assim, a relação transferencial poderá ser observada no vínculo dos usuários com a equipe do CAPS, que, pelo lugar de escuta propiciado por esta equipe, além do caráter antimanicomial do serviço, os enlaces transferenciais são possíveis.

A política dos CAPS propõe às profissões ali atuantes uma maior consideração quanto a grandeza social da subjetividade. Diante disso, a transferência, condição do trabalho psicanalítico, também o será no trabalho em equipe, devendo ser considerada desde uma escuta individual até as diversas atividades grupais (DIAS, 2008, p. 76).

Com esta transferência advinda da escuta e dos laços sociais desenvolvidos no CAPS e os diversos serviços oferecidos que propiciam este vínculo, torna-se possível a transmissão da psicanálise através destas relações. Esta transmissão se constitui pois a transferência é um fenômeno passível de inserção em outros tipos de tratamento e outros contextos, como instituições. Isto apenas torna-se viável pois a prática da psicanálise advém do discurso como constituinte do sujeito, independente de técnicas ou áreas do conhecimento (DIAS, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa realizada atende às definições de uma pesquisa qualitativa e exploratória. A abordagem qualitativa busca compreender o fenômeno pesquisado sem aferir análises estatísticas, numéricas ou generalistas (GODOY, 1995). As análises obtidas com a pesquisa qualitativa relacionam-se com grupos, sujeitos e com a relação direta do pesquisador com o campo, com intuito de estudar a partir dos dados obtidos pela escuta dos indivíduos envolvidos no tema proposto (GODOY, 1995).

O caráter exploratório deste tipo de estudo se deu pelo objetivo central desta metodologia, que prioriza o desenvolvimento de possíveis ideias acerca do tema proposto. Os pontos relacionados com este tipo de pesquisa - como o levantamento de literatura, a exploração do campo, a utilização de entrevistas com sujeitos relacionados ao tema e o recorte da experiência de outras pesquisas - responderão os objetivos propostos (MINAYO, 2004; GIL, 2009).

A respeito do delineamento desta pesquisa, pode-se caracterizá-lo com caráter de estudo de campo. A escolha deste tipo de método reside na possibilidade de examinar de maneira mais precisa o objetivo proposto sem generalizações, com a finalidade de esquadrihar a realidade do local pesquisado e suas particularidades (GIL, 2009).

O estudo de campo também é caracterizado por ser um estudo direcionado a um grupo específico, possibilitando maior observação e contato com os participantes (GIL, 2009).

Como o problema desta pesquisa foi desenvolvido a partir de uma experiência de estágio, o delineamento de estudo de campo responde a esta particularidade, uma vez que se entende que este tipo de método prioriza familiaridade do pesquisador com o local a ser utilizado como campo de pesquisa, além de privilegiar esta implicação relacional (MINAYO, 2004).

3.2 LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), localizado na região da Grande Vitória, Espírito Santo.

O CAPS é caracterizado por pertencer à modalidade CAPS II, com abrangência populacional de 70.000 a 200.000 habitantes no território atendido. A cobertura de serviço do CAPS contempla todo o município em que se localiza. O horário de funcionamento da instituição respeita a modalidade à qual pertence, atuando de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 18:00 horas (BRASIL, 2004).

A estrutura deste CAPS é composta por um ambiente dividido em dois consultórios (um de psiquiatria e um de psicologia), duas salas (coordenação e serviço social), enfermaria, farmácia, sala de televisão, auditório amplo, sala de oficinas, sala de costura, canto de repouso, refeitório e banheiros. É adornado com diversas pinturas e trabalhos desenvolvidos pelos usuários, além de várias fotos e cartazes. O ambiente é aconchegante, confortável e alegre.

A inauguração do CAPS data do ano de 2002, advindo da experiência de um Ambulatório de Saúde Mental que funcionava desde o ano de 1997 no centro da cidade na capital do Espírito Santo. Este ambulatório, apesar de não pertencer a políticas de atenção psicossocial na época, funcionava nos moldes da Reforma Psiquiátrica, com propostas antimanicomiais (CARVALHO, 2012).

Com a familiaridade dos diversos usuários com transtornos mentais, além dos trabalhos desenvolvidos neste sentido, como as oficinas e atendimentos psicológicos, o Ambulatório passou a integrar a rede de serviços de Atenção Psicossocial, passando a caracterizar-se como CAPS II no ano de 2002, a partir da portaria nº 336/GM (CARVALHO, 2012).

No ano de 2006, houve o remanejamento de território. Como o local onde funcionava o CAPS estava condenado pela Defesa Civil devido a diversos fatores estruturais, houve a transferência do serviço para a cidade onde se localiza atualmente (CARVALHO, 2012).

Os usuários que já utilizavam do serviço continuaram a frequentar a instituição no novo endereço, mesmo havendo uma resistência inicial, principalmente pela familiaridade com o território anterior. Neste novo local, diversas facilidades foram

agregadas, como a localização, a proximidade com serviços como Farmácia Cidadã, participação ampla de outros setores da saúde, dentre outros (CARVALHO, 2012).

Diversos serviços e oficinas são desenvolvidos no CAPS, como a oficina de geração de renda, no qual os usuários vendem no território artigos em um bazar, oficinas de pintura, coral, entre outros (CARVALHO, 2012).

Atualmente, o CAPS conta com uma equipe composta de 19 profissionais, dentre estes psicólogos, psiquiatras, farmacêuticos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, recepcionistas e coordenação.

Os usuários atendidos pela instituição são adultos, com idades entre 18 a 70 anos, acometidos por múltiplos transtornos mentais, em vulnerabilidade social. No momento atual, o CAPS possui 210 usuários cadastrados e realiza, em média, 20 a 30 atendimentos na atenção diária.

3.3 PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram selecionados entre os usuários e a equipe de trabalho do CAPS. Foi definido o trabalho com uma amostragem não probabilística, selecionada por acessibilidade ou conveniência (MINAYO, 2004). A fim de alcançar os resultados propostos, o trabalho foi desenvolvido com quatro usuários e quatro profissionais.

A escolha desta amostra se deu pela característica da seleção da amostragem na pesquisa qualitativa, na qual se utilizam critérios como definição do grupo social, seleção os sujeitos que responderão aos objetivos, busca de um número que seja suficiente para alcançar os resultados, estando relacionado com o ambiente e o campo a ser pesquisado (MINAYO, 2004). Estes pontos foram considerados na seleção da amostra desta pesquisa, sendo que o tamanho selecionado para compor a amostra pesquisada foi delimitado em conjunto com o campo, considerando, também, os critérios de acessibilidade e disponibilidade dos usuários e da equipe fundamentaram a escolha de 8 participantes.

O número de participantes também se deu por ser considerado suficiente para aprofundamento de coleta e análise de dados, onde não se pretende buscar generalizações.

Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (MINAYO, 2004, p. 102).

Ademais, os participantes também foram selecionados de acordo com a familiaridade com o pesquisador, o que caracterizou a definição da amostragem por acessibilidade ou conveniência. Este tipo de definição é característico de pesquisas de caráter exploratório e qualitativo, delineamentos específicos do presente trabalho, além de não apresentar qualquer interesse em aferir teor estatístico aos resultados obtidos (GIL, 2008). Aspectos como disponibilidade para participação da pesquisa, indicações da equipe ou dos usuários das pessoas que poderiam participar e da multiplicidade das atuações profissionais foram considerados como critério de escolha para compor a amostragem.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de avaliação utilizado no desenvolvimento da coleta de dados desta pesquisa foi composto pela entrevista. A escolha deste instrumento se deu pelos aspectos eficientes ao ser aplicada para aferição de comportamentos e dados sociais, além da facilidade inerente ao acesso do número maior de respostas, facilidade na condução e possibilidade de ser respondido por pessoas não alfabetizadas, questão presente nos participantes desta pesquisa (GIL, 2008).

A entrevista especificada foi de cunho semiestruturada, em razão da possibilidade de a condução da entrevista assemelhar-se a uma conversa, permitindo um aprofundamento das respostas obtidas e livre associação de ideias, questão basilar para o método aplicado de análise do discurso e abordagem psicanalítica para tratamento dos dados (BONI; QUARESMA, 2005).

3.5 ANALISE DE DADOS

O método de análise dos dados obtidos foi a análise de conteúdo, através da qual se buscou analisar aspectos explícitos e implícitos das falas dos sujeitos entrevistados. Os sentidos e informações levantados foram articulados com leituras freudianas e lacanianas, assim como de autores do campo da reforma psiquiátrica e luta

antimanicomial do Brasil. Este procedimento foi adotado por ser uma técnica de análise que se relaciona com a abordagem psicanalítica.

Para proceder esta análise, as entrevistas foram transcritas e foi realizada uma primeira leitura flutuante das mesmas com fins de aproximação do que cada sujeito transmitiu em suas respostas. Em seguida procedeu-se à leitura em detalhes, organizando o texto/conteúdo do material coletado por grupos de respostas que se aproximavam tanto no sentido do que foi expresso como em sua relação com o objeto e os objetivos da pesquisa. Nesta etapa, “O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam [...] representar o universo” (GIL, 2007, p. 94).

A referência para a realização desta análise foi a proposta de Bardin, a partir de sua leitura por Minayo (2004) que destaca que a análise de conteúdo envolve as fases de “[...] pró-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação” (MINAYO, 2004, p. 75), o que permite uma utilização mais aprofundada do material.

Assim, seguindo as etapas de análise, através dos dados apresentados foi possível estabelecer elos e distinções para analisar entrevistas, quando se observou que cada sujeito tem sua particularidade em comportamentos, motivações e formas de descrever suas experiências.

Não foram estabelecidas categorias previamente, tendo sido adotado o procedimento de defini-las após a leitura detalhada do material coletado, a partir dos grupos de respostas que se aproximavam e sua relação com os objetivos propostos. Assim, com o intuito de responder aos objetivos propostos neste trabalho, os resultados foram divididos em categorias, sendo: O relacionamento como acolhimento e interação; O vínculo como lugar de escuta e de convívio; A importância do vínculo, CAPS como lugar de autonomia e saúde coletiva. Estas categorias serão analisadas de acordo com os objetivos, partindo das falas e percepções dos usuários e da equipe, articulando, por fim, com a análise sobre a transferência nestas relações.

Na apresentação e discussão dos resultados, cada uma destas categorias foi descrita a partir de subitens que permitiram maior clareza na discussão.

Todas as categorias foram analisadas e discutidas a partir de sua aproximação ou não com o conceito de psicanalítico de transferência, com vistas a alcançar os objetivos propostos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Ao início da coleta de dados, foi explicitado aos participantes os objetivos da pesquisa e os resultados pretendidos, da possibilidade de ser resguardado o direito de negar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, assim como a garantia da preservação da identidade.

Após isto, foi direcionado o termo de consentimento livre e esclarecido para assinatura. Este termo resguarda e garante os direitos dos participantes e explicita os objetivos e informações da pesquisa desenvolvida.

O termo de consentimento utilizado é um instrumento disponibilizado pelo Centro Universitário Católico de Vitória.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

O campo onde foi desenvolvida a pesquisa – CAPS – é composto por uma equipe multidisciplinar composta de 19 profissionais e 210 usuários. Para a realização da coleta de dados, o número estipulado dos participantes foram 8, sendo quatro profissionais e quatro usuários. Ao início do desenvolvimento do trabalho o número da amostra seria de 4 participantes, por indicação da coordenação. Porém, motivado pelo interesse dos usuários e da equipe em responder a pesquisa, o número de participantes foi alterado durante o processo.

Inicialmente, foi realizada a sensibilização do campo para a realização da coleta de dados, além da mobilização dos participantes para participação na pesquisa. Com a amostra selecionada, foi realizada a entrega e assinatura dos termos de consentimento livre esclarecido aos participantes.

Os sujeitos foram selecionados, a princípio, de acordo com a disponibilidade e interesse em participar da entrevista. Após o primeiro participante responder, houve uma sensibilização entre o grupo, motivando os que estavam por perto. Assim, os participantes foram selecionados de forma espontânea e de acordo com o desejo de cada um participar.

As entrevistas foram realizadas no próprio CAPS, na área comum do serviço com os usuários e no consultório de psicologia com a equipe. Os usuários responderam à pesquisa mais brevemente do que em relação à equipe, que desenvolveu por mais tempo as respostas. Apesar disto, inicialmente, a equipe demonstrou um pouco mais de resistência à pesquisa do que os usuários, estando preocupados com as perguntas e se tinham capacidade de respondê-las. Entre os usuários, diversos demonstraram desejo de participar da entrevista ao verem os colegas participando. Entre a equipe, um incentivava o outro a participar. Nenhum participante recusou-se a responder a pesquisa.

Dentre os entrevistados, em relação à equipe multiprofissional, todos os participantes foram do sexo feminino. Dentre os usuários, foram duas mulheres e dois homens.

Ao iniciar a pesquisa com a equipe, houve a preocupação em selecionar os participantes de acordo com a profissão. Portanto, as quatro profissionais entrevistas

exercem atividades diferentes dentro do serviço, sendo uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira e a coordenadora. Dentre estas participantes, três possuem 10 meses de experiência no CAPS, excetuando apenas a coordenação, que desenvolve o trabalho há 20 anos. As idades dos participantes que compõem a equipe variaram entre 25 e 60 anos.

Entre os participantes usuários, o tempo de tratamento no CAPS varia entre 6 a 10 anos. As idades variam entre 33 a 57 anos.

Em relação à escolaridade dos usuários, dois possuem ensino fundamental incompleto e dois possuem ensino médio completo. Todos os entrevistados da equipe multiprofissional possuem ensino superior completo nas áreas que atuam.

Os resultados obtidos demonstram que tanto profissionais como usuários do CAPS consideram importante para o tratamento e os resultados deste as relações estabelecidas no CAPS.

Com o intuito de responder aos objetivos propostos neste trabalho, os resultados foram divididos em categorias, sendo: O relacionamento como acolhimento e interação; O vínculo como lugar de escuta e de convívio; A importância do vínculo, CAPS como lugar de autonomia e saúde coletiva. Estas categorias serão analisadas de acordo com os objetivos, partindo das falas e percepções dos usuários e da equipe, articulando, por fim, com a análise sobre a transferência nestas relações.

Os resultados serão apresentados e discutidos dentro das categorias já descritas e, de acordo com a política de sigilo da pesquisa, os entrevistados serão identificados através de letras e números (E1, E2, E3 e E4), mencionando, também, a diferenciação entre equipe e usuários.

4.1 O RELACIONAMENTO COMO ACOLHIMENTO E INTERAÇÃO

Os participantes, tanto da equipe multiprofissional quanto os usuários, apresentaram respostas similares ao serem questionados a respeito do tratamento no CAPS. As respostas convergiram na importância dada às relações no CAPS, o que foi reunido sob a categoria Relacionamento, que é atravessada pelos temas acolhimento, pela interação e pela confiança.

4.1.1 O acolhimento

Em relação ao relacionamento como acolhimento, a equipe caracterizou o tratamento no serviço como aquele em que tem como instrumento o acolhimento do usuário com transtorno mental, além dos familiares. Apesar deste ser um dispositivo do trabalho singular dos CAPS, os profissionais tomam esta proposta como uma possibilidade real, tendo neste acolhimento as características do cuidado e a construção de uma relação que será basilar para o sucesso do tratamento:

Então, eu vejo o tratamento como algo bem acolhedor. Desde que eu cheguei aqui foi uma das marcas desse serviço, acolhimento que todos profissionais fornecem, tanto as pacientes quanto a familiares. (E1 – Equipe)

O grande foco, o grande forte dessa equipe que eu vejo enquanto o tratamento é o acolhimento né, a forma como o paciente é acolhido. (E1 – Equipe)

[...] Como a gente aqui é profissional, acolhe o paciente que melhorou a relação, um filho que era agressivo em casa melhorou, deixou de ser através desse acolhimento que é feito, que tem. Então são respostas que o CAPS dá para a família e para o paciente. (E1 – Equipe)

O acolhimento também surgiu como partícipe dos vínculos, inclusive de uma forma mais pessoal e menos laboral:

De uma forma geral eu vejo também o vínculo de uma forma positiva por conta dessa toda, desse acolhimento que existe entre o paciente. (E1 – Equipe)

[os vínculos] São muito bons. Os pacientes são acolhedores, todos os profissionais também, todo mundo respeita. Acho que é muito bom. (E3 – Equipe)

Entre os usuários, a questão do acolhimento foi respondida de uma forma mais pessoal que na equipe, caracterizando a forma como percebem os relacionamentos e o tratamento, e como se sentem em relação a isto. Além disto, a questão do diálogo também foi colocada:

[...] eles [a equipe] são muito bons com a gente. [...] porque eles [a equipe] fazem bem para gente. (E1 – Usuária)

Então quando começa a se acostumar com aquelas pessoas, a gente se sente mais à vontade, a pessoa dá atenção. (E2 – Usuário)

[o CAPS] Me faz mais bem... acho que é tudo né? Tudo. (E2 – Usuário)

[...] porque quando eu preciso de um diálogo, um conselho, ela [psicóloga] vem aqui rápido e elas me dão, aí eu faço aquilo. Então há a necessidade delas na minha vida (E4 – Usuária)

O diálogo... o apoio que eles dão... vocês dão... é isso, e muito mais coisas (E3 – Usuário)

Os sentimentos observados nas relações cotidianas também são vistos como uma característica inerente ao CAPS, conforme explicitou o entrevistado E2:

É porque eles se preocupam, né? Se a pessoa tomou o remédio ou não, se está bem ou não... entendeu? Se preocupam. [...] É CAPS né? (E2 – Usuário) (Grifo nosso)

A partir das falas dos participantes é possível aferir que o acolhimento está diretamente relacionado com a disponibilidade de escuta da equipe. O surgimento das questões pertinentes ao diálogo nas respostas dos usuários fala deste lugar onde a escuta ganha destaque para a manutenção das relações.

É necessário salientar que este acolhimento é uma forma singular de tratar a loucura, em que a transformação das relações a partir da valoração do discurso da pessoa com transtorno mental ganha outro status, sendo considerado seu lugar de sujeito de forma humanizada (RINALDI, 2000). Assim, este acolhimento pode ser entendido como algo além do assistencialismo, sendo, de fato, um recurso importante na clínica ampliada presente no CAPS.

[...] a relação do homem com o desejo está mediada pela linguagem, e nisto estamos todos envolvidos, como seres falantes. Portanto, não se trata de acolher o psicótico para infantilizá-lo com o objetivo de reeducá-lo ou readaptá-lo, a partir de algum saber já pronto (RINALDI, 2000, p. 4).

Portanto, este acolhimento inaugura as relações transferenciais entre equipe e usuários advindas da condição de possibilitar a escuta e dar-lhe sentido, o que garante a possibilidade de tratamento. Assim, a função de acolher as psicoses, os surtos e desarrazoamentos, possíveis nos moldes da clínica ampliada, são coerentes com o lugar de escuta da psicanálise, que ocupa também o lugar de acolhimento desta condição renegada e excluída da sociedade (ABREU, 2008).

A equipe multiprofissional com sua disponibilidade para acolher e ouvir, neste sentido, é essencial para o sucesso desta clínica, o que fica evidenciado pelas falas dos participantes sobre o cuidado e a importância deste acolhimento. Como afirmado por Abreu (2008, p. 76), “Uma clínica entre vários é uma aposta no sujeito, na capacidade de produção de discurso, atrelada à posição da equipe que pode colaborar nesta direção”.

4.1.2 A interação

Em relação à interação que acontece entre os frequentadores do serviço, questão que também traz elementos sobre os relacionamentos dentro do CAPS, nas falas dos participantes da equipe multidisciplinar este aspecto teve como característica principal o fato de se constituir como um ponto de socialização dos usuários.

Para a equipe, a interação dentro do serviço de saúde mental teria como finalidade a construção de relações que persistam e levem também a uma convivência fora do CAPS, ampliando as possibilidades para que a pessoa com transtorno mental seja reinserida na sociedade e resgate os direitos perdidos pelo processo de exclusão ou mesmo internação.

Que eles tenham uma interação, interação que não fica só dentro do CAPS, com as atividades, por exemplo. [...] é uma preocupação de toda equipe que essa interação lá fora aconteça (E1 – Equipe)

O paciente as vezes chega aqui revoltado, que não consegue falar, conversar; paciente que não consegue interagir, não participa de nenhuma oficina... ao longo do tratamento ele vai sendo inserido, então ele vai melhorando nesses aspectos de relacionamento, de interação social. (E1 – Equipe)

[...] As oficinas [...] melhoram na interação, melhora na família também que traz [o paciente], melhorou e que sabe como lidar com o filho porque através do CAPS conseguiu entender o que era a doença. (E1 – Equipe)

A intenção é realmente fazer essa inclusão dele, estar sabendo conviver aqui nos espaços, dividir o espaço e também levar isso para fora, pois o objetivo não é ficar o resto da vida no CAPS, o CAPS é uma etapa desse tratamento, mas o objetivo da gente é que ela vá, a pessoa vá para fora e ter como viver, voltar a sua vida normalmente. (E2 – Equipe)

Nesse sentido eu acho muito rico que eles possam fazer isso para fora do CAPS, que é o grande desafio, a grande aposta. (E4 – Equipe)

Esta amplificação e generalização dos laços sociais construídos no CAPS para fora da instituição é o ponto norteador das condutas antimanicomial na clínica ampliada.

A partir das falas da equipe, entendemos que este processo se dá partir do acolhimento, da escuta e das oficinas direcionadas aos usuários, nas quais os processos de desenvolvimento de laço social são construídos tanto com a equipe quanto com os usuários que também fazem parte do serviço. Pode-se entender estes processos que contribuem para a criação do laço social como componentes da transferência clínica presente no CAPS.

A transferência como o vínculo social permitido pela linguagem, que engloba a prática da clínica e as diversas ações do CAPS, [visa]

possibilidades de transmissão daquilo que a Psicanálise opera (DIAS, 2008, p. 77).

Este vínculo, construído a partir da práxis propiciada pelo CAPS, possibilitará ao sujeito com transtorno mental resgatar ou construir formas de integração na sociedade. O resgate desta circulação social é essencial para a desinstitucionalização que se pretende alcançar, objetivo inerente da Reforma Psiquiátrica Brasileira, presentificada no CAPS, serviço que se voltar à loucura de outra forma, com olhar que segue para além da própria instituição, de forma a encarar o sujeito louco como aquele pertencente ao social (HEIDRICH, 2007).

A questão da interação, como percebida pelos usuários, consiste nas relações que estabelecem uns com os outros. Quando questionados sobre os vínculos desenvolvidos no CAPS, estes participantes ouviam e respondiam sobre os relacionamentos de amizade que construíram.

O que faz ajudar é ser unido, ser unido, ajudar o outro... é o que tá mais precisando, entendeu? [...]Unido é você ficar assim, próximo ao outro, quando precisar de ajuda... apoio. (E2 – Usuário)

[O que mais ajuda] ah, o grupo né. O grupo, a equipe, os colegas... Grupo dos colegas... (E2 – Usuário)

É que aqui estão todos os meus colegas, entendeu? Eles também dão experiência para a gente. [...]Ah os colegas são maravilhosos, eu tenho aprendido muito. (E4 – Usuária)

A questão da amizade levantada pelos usuários, remete aos resultados da pesquisa desenvolvida por Moll e Saeki (2009), com a temática das relações sociais de usuários de um CAPS. Nesta pesquisa, constatou-se que os participantes não possuem uma rede de relações além da instituição, levando a criação de amizades apenas neste espaço. Esta questão pode ser observada no CAPS, onde os participantes relataram a importância e os laços de amizades com os demais usuários do serviço.

Isto pode estar atrelado às oficinas e atividades realizadas dentro da instituição, que possibilitam a criação destes vínculos entre os usuários, mas de forma parcial pois não apreende os territórios e comunidades (MOLL; SAEKI, 2009).

A E4, que exerce a função de coordenação no CAPS, exprimiu em sua fala a questão da interação entre os usuários.

Os pacientes que estão melhores, eles também ajudam os outros, eles são os melhores, os que melhores acolhem aqui no CAPS. (E4 – Equipe)

Esta questão também surgiu, vindo de um usuário, exprimindo a influência da coordenação no apoio mútuo advindo do grupo de pacientes.

[A coordenação orienta] a gente ajudar um ao outro. (E2 – Usuário)

É importante frisar que antes de exercer a função de coordenadora do CAPS, uma das profissionais entrevistadas, em meados do ano de 2002, atuava como psicóloga no Ambulatório que funcionava antes do serviço se tornar um CAPS. Desta forma, a mesma desenvolveu com os pacientes mais antigos – incluindo três dos quatro participantes da entrevista – um relacionamento maior e uma transferência analítica. Percebe-se que os desdobramentos realizados pela coordenação do CAPS são internalizados pelos usuários também no lugar de analisantes. O lugar de escuta da coordenadora com a equipe e com os pacientes do serviço é visível, pois as questões dos vínculos com ela surgiram em três das quatro entrevistas deste trabalho.

Nossa, doutora (X) é tudo na minha vida. (E4 – Usuária)

Dr.^a (X) conversa com a gente. (E1 – usuária)

[Tem mais proximidade] Com a Dr.^a (X). (E2 – usuário)

Ainda em relação às respostas dos usuários, uma questão também surgida no contexto das interações foi a relação estabelecida com a própria instituição CAPS. Os relacionamentos e laço social também acontecem direcionados diretamente ao serviço, havendo uma relação estabelecida com a própria instituição, ainda que o objetivo do CAPS não seja este, e que a equipe tenha consciência da necessidade de o usuário empregar em sociedade os laços feitos no serviço, como exposto na primeira parte deste capítulo.

O que me faz bem, é só de estar aqui, faz bem. Que eu vejo as pessoas, meus amigos, colegas, vejo os usuários, todos aqui... nós nos encontramos aqui, nos entendemos. Entendeu? (E3 – usuário).

A questão dos vínculos institucionais também foi tratada pela participante da equipe:

O CAPS propicia isso, porque eu as vezes acho que o vínculo maior é com o CAPS e com quem estiver naquele momento. [...] “o CAPS é minha casa, é minha família”, eu já escutei isso de todas as formas (E4 – Equipe).

A respeito dos vínculos desenvolvidos com a instituição, estes parecem exemplificar o aspecto diferenciado da transferência presente nas instituições. Esta transferência é instituída independente de possuir um analista neste ambiente, pois o que garante a passagem desta é a estruturação da equipe, que é composta de muitos profissionais e abordagens (GOMES, 2009).

Esta gama multidisciplinar, o que também pode ser chamada de “clínica feita por muitos” (ABREU, 2008), traz o aspecto da sustentação esvaziada do saber, questão inerente da clínica das psicoses (CAZAROTO; MARTTA; BISOL, 2016). Desta forma, a transferência presente nas relações entre os usuários do CAPS é direcionada também à instituição, que representa este Outro esvaziado do saber apreendido pela psicose. Como diz Gomes:

Dentro da instituição de atenção psicossocial, a transferência vai se dar independentemente da presença do psicanalista. [...] assiste-se então, neste contexto, ao manejo específico da transferência, cujo endereçamento pode ser feito à instituição, ao tratamento ou a um profissional (GOMES, 2009, p. 7).

4.2 O VÍNCULO COMO LUGAR DE ESCUTA E LUGAR DE CONVÍVIO

Frente a pergunta direta sobre os vínculos no CAPS, as respostas dos participantes se caracterizaram a partir de dois aspectos: o vínculo compreendido como lugar de escuta, e vínculo compreendido como lugar de convívio. Foi unânime entre todos os oito participantes que os vínculos no CAPS existem e são benéficos, tanto para o tratamento, quanto para as questões que envolvem a instituição e os laços sociais dos usuários.

4.2.1 Lugar de escuta

O lugar de escuta, neste caso, é ocupado pela equipe. Nos processos clínicos envolvidos nos relacionamentos desenvolvidos pela equipe e os usuários no CAPS, os profissionais pertencem a este lugar, têm consciência disto e procuram fortalecer o papel terapêutico que têm a partir daí, sempre dentro da lógica antimanicomial do serviço. Assim, falam de suas ações de oferta e disponibilidade para a escuta, bem como do fato de terem os usuários do serviço como sujeitos singulares e capazes de tomar a palavra e a ação, havendo a necessária aposta no sujeito que se descreve na teoria.

[Os pacientes] tem identidade, tem lugar, tem espaço tem voz e tem vez. (E1 – Equipe)

Quando ele vinha só para a injeção era calado, falava nada. E agora ele já fala, já participa [...]. (E3 – Equipe)

A gente ouve bem o paciente... não é aquela coisa que se ele não está afim de participar, a gente não impõe. É bem no tempo dele. (E3 – Equipe)

[Sem vínculo] Acho difícil. Porque eles não vão conversar com a gente, não vão participar. (E3 – Equipe)

É necessário entender, da mesma forma, os usuários, ao expressarem seus sentimentos e opiniões acerca das temáticas levantadas neste trabalho, também apontam este lugar de escuta da equipe.

De todo modo, para os usuários, a possibilidade de sentir que podem falar e desejarem esta relação que permite/oferece uma escuta é algo que também foi explicitado e reconhecido.

***O diálogo...** o apoio que eles dão... vocês dão... é isso, e muito mais coisas (E3 – Usuário) (Grifo nosso)*

*Porque [os funcionários] me conhecem, porque **conversa, dialoga...** e você falou o que? Proximidade... tem que aproximar sim, claro que tem. Senão não seria bom. (E3 – Usuário) (Grifo nosso)*

A Dr^a. Ana conversa com a gente, os médicos... (E1 – usuária)

*Na minha casa, do que quando venho para cá... esqueço até do remédio, de tomar... me sinto bem, me sinto em casa assim. Tenho mais compreensão. **Aqui sou mais compreendido.** Eu sou... entendeu? (E3 – Usuário) (Grifo nosso)*

Conforme discutido anteriormente no capítulo referente à interação, os processos de transferência presentes no CAPS estão relacionados com o lugar de escuta que a equipe ocupa em relação aos usuários do serviço.

Mesmo tratando-se de diferentes participantes que compõe a equipe, de diversas áreas que não fazem uso da psicanálise no cotidiano, pode-se utilizar este conceito para fazer a leitura do que opera nas relações estabelecidas no CAPS. Para tanto, importa lembrar que a psicanálise fala de um processo e relações estruturais, mais que de técnicas ou abordagens:

Freud retornou diversas vezes à objeção de que a transferência seria produzida pela análise, opondo-se claramente a esse pensamento, ao constatar a existência do fenômeno em outros tipos de tratamento, como em instituições, que não utilizam o método psicanalítico (DIAS, 2008).

A escuta, ponto principal para a transferência se destacar nas relações, é a questão fundamental da teoria psicanalítica. Esta posição de escuta do sujeito, além de indicar uma prática que pode ser fundamentada a partir da teoria psicanalítica, também corresponde e atende aos princípios da proposta de clínica antimanicomial, conduzindo o trabalho em equipe do CAPS. A escuta é presentificada nas oficinas e demais atividades realizadas, devendo assim esta transferência ser considerada e manejada a partir destas ações (DIAS, 2008).

Uma contribuição importante para a compreensão teórica do que se obteve nestes relatos vem de Eric Laurent, quando fala da necessidade de se manter “[...] uma disponibilidade do analista e uma vontade férrea de sua parte, para se fazer destinatário do paciente” (LAURENT apud MONTEIRO; QUEIROZ, 2006, p. 116). Como dito anteriormente, esta aposta e disponibilidade a partir de um lugar de escuta do sujeito marcam a presença da ética da psicanálise que pode, assim, se fazer operar no CAPS.

Esta questão do lugar de escuta nos processos de relacionamento também surgiu de uma maneira particular com relação a um usuário e uma profissional específicos. Vale a pena ressaltar este ponto em que a resposta de ambos foi congruente, que expressa a marca da relação psicóloga-paciente e a transferência estabelecida, o que pode ser observado através os discursos similares dos participantes.

“[A proximidade] Gera confiança. [...] A confiança [Me faz bem]” (E3 – usuário)

“Vínculo tem que ser de confiança. Você pode criar outros vínculos, mas o de confiança ele é importante, sem esse vínculo eu não vejo como [seria possível] um progresso no tratamento do paciente. [...] Para mim a confiança e a base, até num manejo na hora de uma crise por exemplo, aquele que tem um vínculo maior de confiança consegue ter um maior manejo” (E1 – Equipe)

Esta correspondência no relato de ambos, apresentando o significante ‘confiança’ como relativo ao que mais importa no vínculo, fala de uma transferência estabelecida, na qual os discursos atravessam os sujeitos a partir do lugar de escuta, estruturando o laço social.

O participante E4, que possui conhecimento teórico e prático em psicanálise, expõe a questão do lugar de escuta como processo inerente ao saber psicanalítico, além de caracterizá-lo como questão fora dos moldes hegemônicos de clínica, ponto basilar das condutas antimanicomiais:

“Então sabe tem um sujeito ali, que está usando aquela forma, isso se a gente não encontra uma disciplina, entender isso, nós vamos esperar quem faça essa defesa né, porque nós somos psicanalistas, acreditamos no sujeito psicológico, no sujeito de linguagem, no sujeito né... então assim, eu parto só desse princípio, eu não fico muito preocupada com a técnica.” (E4 – Equipe)

A colocação de E4 também expõe a influência da orientação psicanalítica na coordenação do CAPS, agora com enfoque no trato ao sujeito como responsabilidade ética do profissional de saúde mental, resgatando a discussão realizada no capítulo anterior:

“Eu acho que se cada um aqui, seja psicólogo ou não, tem clareza que ali tem um sujeito, isso é responsabilidade ética nossa, de estar apontando para isso. É a técnica da invenção do caso a caso, no momento quando você menos pensar você achou a solução porque o sujeito, ele indica o caminho da cura, o sujeito indica a direção.” (E4 – Equipe)

A partir da fala demarcada da participante E4, os pontos levantados exemplificam a questão do posicionamento ético da psicanálise presente no CAPS a partir do lugar de escuta e acolhida ao sujeito com transtorno mental (QUINET, 2013). Esta posição ocupada pela equipe dialoga com as formas de atuação da reforma psiquiátrica, possibilitando os atravessamentos da transferência e o lugar do sujeito no corpo social (RINALDI, 2000).

O participante E4 também expôs a respeito da clínica do sujeito, onde se respeita as singularidades, as subjetividades. Este ponto também advém das possibilidades de se exercer a escuta no contexto do CAPS, no qual as formas particulares de expressão dos usuários, que podem advir das organizações delirantes, são dignas de escuta e lugar neste ambiente:

“Falando só de uma clínica, a gente está falando de uma questão muito maior né, [...] a gente tem que saber enquanto psi da importância da subjetividade, singularidade humana e de que cada um tenha sua forma própria, seja delirante, seja depressiva, seja através da arte, seja através da escrita, seja através da dança, seja através de ficar calado, seja através de uma agressão.” (E4 – Equipe)

4.2.2 Lugar de convívio

Ao caracterizarem o desenvolvimento e a forma como foram elaborados os vínculos, todos os participantes apontaram que estes se originam do convívio cotidiano entre os usuários e os profissionais da equipe.

O vínculo retratado é aquele desenvolvido de forma mais pontual e particular com determinadas pessoas, marcando uma diferenciação na relação com os demais membros da instituição.

Em relação aos profissionais da equipe, este vínculo marcado pela convivência é produzido e facilitado pelo contato com os pacientes em situações mais particulares do tratamento, como oficinas, settings psicológicos, ministração de medicamentos, dentre outros. A partir das falas também é possível observar que as oficinas são a principal atividade no CAPS que propiciam a manifestação da fala e do lugar de escuta nos sujeitos e na equipe.

Acaba que os pacientes que eu atendo no individual ou que participam no sarau comigo são os que a gente acaba tendo um vínculo maior, porque o contato também acaba sendo maior. (E1 – Equipe)

Mas o vínculo eu acabo tendo com aqueles que estão também com mais tempo comigo no dia a dia, tanto no atendimento individual, que alguns eu tenho, quanto lá no sarau, que eu tenho alguns pacientes que sempre estão participando do sarau comigo. (E1 – Equipe)

Acho que por eu estar em todas as oficinas durante a semana, eu estar na fala livre, que é um momento onde eles trazem realmente muitas questões, eu acabo tendo uma abertura melhor com os pacientes, alguns eu tenho um vínculo um pouco melhor dele poder chegar e falar “posso conversar com você? ”, e a gente estar na sala... então assim, consigo ter uns vínculos bons. (E2 – Equipe)

Eu acho que para mim eles funcionam melhor na oficina, porque ali a gente está mesmo neste espaço aberto para eles trazerem o que precisam, então para mim os vínculos se dão melhor dentro das oficinas e eu percebo alguma coisa e falo no final “você quer conversar melhor? ” e dali da oficina já consegue partir pra algo mais individual. (E2 – Equipe)

[Os usuários] da medicação assistida, a gente cria um vínculo mais forte que os outros. [...] eles vão lá todo dia para conversar, mesmo os que não fazem a medicação assistida. [...] acho que com todo mundo tem um vínculo legal. (E3 – Equipe)

Ah tem alguns que são mais ligados, que a gente percebe né [...] Então assim, tem outros que eu tenho um carinho [...] esses que são os mais antigos, os mais novos eu já não conheço muito [...] (E4 – equipe)

Em relação aos usuários, esta convivência também propicia a criação de vínculos a partir da construção de relacionamentos advindos do tratamento. O primeiro e o segundo participante abaixo se referem ao técnico de enfermagem que realiza seu acompanhamento medicamentoso assistido e às psicólogas que fazem o atendimento individualizado, respectivamente Os nomes utilizados são fictícios para preservar o sigilo:

[Tem mais vínculo com] O Lucas. [Ficou mais próxima] Assim que eu conheci ele. (E1 – Usuária)

[Maior vínculo] Eu gosto de pegar mais no pé da Carla e da Maria... e o Lucas. [...] a gente vai acostumando, entendeu? [...] É, o convívio... convívio e não levo nada na brincadeira entendeu? Sempre levei a sério. (E2 – usuário)

Tenho, minha médica, minha psicóloga, que é mais próxima de mim porque eu converso mais com ela, falo as coisas para ela. (E3 – usuário)

Então aqui eu convivendo com pessoas que tem mais estudo que eu e mais experiência, eu estou só aprendendo. (E4 – usuária)

O estabelecimento de vínculos a partir da convivência cotidiana, vinculado ao tratamento oferecido no CAPS, assim como nos pontos discutidos anteriormente, fala do lugar de escuta ofertado pela equipe aos usuários. Este lugar, manejado de forma singular, é caracterizado pelo esvaziamento do saber por parte da equipe (ou de quem ocupa o lugar da escuta). Este esvaziamento apresenta-se a partir da

escuta do inesperado das psicoses, evidenciado nas falas das participantes E1 e E2, onde exprimem este caráter contingente das relações. Ocupar este lugar, como Lacan (1988) postula, como ‘secretário do alienado’, possibilita os vínculos transferenciais (MEYER; BRAUER, 2010). Desta forma, é possível aferir que os participantes que compõe a equipe do CAPS sustentam este lugar de escuta e transferência com os sujeitos com transtorno mental.

O resgate destas relações nas falas dos usuários exemplifica como as relações terapêuticas estão marcadas pela transferência, que se desenvolve e se sustenta com relação à equipe a partir da possibilidade de endereçamento criada a partir do acolhimento, da escuta e do convívio. Estas práticas possibilitam a articulação do laço social, presentificado a partir da transferência (QUINET, 2013).

4.3 A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO

Ainda a respeito da definição do vínculo para os participantes, as respostas apresentadas foram similares entre os usuários e a equipe multiprofissional. Os dois grupos, inicialmente, expuseram a respeito da qualidade dos vínculos estabelecidos na instituição e também a influência deste na qualidade e no sucesso do tratamento no CAPS. Estes dois pontos serão expostos nos subitens a seguir.

4.3.1 Caracterização dos vínculos

Em relação às respostas dos profissionais da equipe, estes caracterizaram o vínculo como benéfico e positivo no serviço:

“Eu vejo o vínculo positivo [...] de uma forma geral eu vejo também o vínculo de uma forma positiva.” (E1 – Equipe)

“O vínculo deles é bom com a equipe também, eu acho que o vínculo funciona bem, o vínculo acho que é uma coisa legal aqui.” (E2 – Equipe)

Este ponto a respeito da qualidade dos vínculos também surgiu dentre as respostas dos usuários:

[O vínculo] É bom, é bom, as pessoas te conhecerem melhor ali, quando precisa... (E2 – Usuário)

[O vínculo] É bom para mim. [...] Porque eles me ajudam, me entendem, sabem quando tô bem, quando não tô, porque me conhecem, porque conversa, dialoga... e você falou o que? Proximidade... tem que aproximar sim, claro que tem. Senão não seria bom. (E3 – usuário)

O caráter favorável dos vínculos expressos pelos participantes ilustra como os sujeitos psicóticos, neste contexto, são ouvidos e considerados, tomados como sujeitos de forma humana. Este caráter é inerente às práticas antimanicomiais adotadas nos serviços substitutivos de saúde mental, como o CAPS. Estas práticas, somadas àquelas da clínica ampliada, priorizam a criação destes vínculos, do processo de escuta e valoração dos sujeitos (BRASIL, 2004). Estes vínculos tidos como positivos e presentes nas relações são atravessados pela transferência, advinda do caráter clínico presente no CAPS.

4.3.2 O vínculo e o tratamento

Ao levantar o questionamento a respeito da relação entre vínculo e tratamento, os participantes que compõem a equipe multiprofissional evidenciou o caráter terapêutico dos relacionamentos desenvolvidos no CAPS. Foi salientado que este vínculo é fator primordial para o sucesso nas intervenções:

[...]eu não vejo tratamento de um CAPS sem esse estabelecimento de um vínculo de confiança. (E1 – Equipe)

Porque se não tem vínculo o paciente não adere a nada. [...] e o tratamento fica bem mais lento. (E2 – Equipe)

[Quando] Vai se formar esse vínculo é o motivo da pessoa saber que ela vai ter esse cuidado no local do tratamento. (E2 – Equipe)

[O vínculo] mas isso é o tratamento, só isso é o tratamento. Como você vai tratar alguém sem vínculo? [...] O vínculo faz parte de tudo, determina tudo. (E4 – Equipe)

Sim, que se eles estão num momento, vamos supor, perto de ter uma crise e tal eles já veem, conversam, falam que não está bem... e outros que não tem um vínculo assim, com ninguém, a gente descobre na hora que teve. Então com esse vínculo realmente é muito importante porque eles veem, falam com a gente “ó, não tô legal, tô sentindo isso”... e isso vai ser melhor para eles. (E3 – Equipe)

Os usuários também expuseram a importância do tratamento com o estabelecimento de vínculos:

[O vínculo] é importante para saber como que estão as pessoas, saber como que estão os usuários. [O vínculo traz] as melhorias né, tira das crises. (E2 – Usuário)

*[O vínculo é] muito importante, tem que ter. Tem que haver. **Senão seria muito automático, ninguém aqui e robô.** Nem os funcionários, nem os pacientes. Deveria ter sim, claro que tem. Se não tem, está precisando ter vínculo sim. (E3 – usuário) (Grifo nosso)*

Estes vínculos estabelecidos, que são marcados pelos laços transferenciais construídos nas relações cotidianas, facilitam e possibilitam o tratamento, conforme evidenciado nas falas dos participantes, uma vez que a psicanálise institui a transferência como instrumento de cura (ROUDINESCO; PLON, 1998).

A fala do participante E3, evidenciada na frase “Senão seria muito automático, ninguém aqui e robô”, diz deste lugar diferenciado à pessoa com transtorno mental proposto nas reformas antimanicomiais, que rejeitam as relações assépticas que serviços tradicionais procuram estabelecer em nome de uma suposta neutralidade. A fala exprime a importância da criação de vínculos transferenciais como recurso capaz de possibilitar a emergência do lugar de sujeito, aquele atravessado pelo laço social e construído a partir das relações desenvolvidas no CAPS.

4.4 CAPS COMO LUGAR DE AUTONOMIA E SAÚDE COLETIVA

Os serviços oferecidos e desenvolvidos no CAPS possuem diretrizes e posicionamentos que direcionam e organizam o trabalho, de acordo com preceitos advindo das reformas antimanicomiais e da promoção à saúde mental, conforme explicitado anteriormente no capítulo designado aos serviços de atenção psicossocial. Alguns pontos desta temática surgiram nas entrevistas dos participantes da equipe multiprofissional, como a autonomia e a saúde coletiva. Estes três pontos foram abordados como inerentes ao serviço CAPS, tendo influência direta na qualidade do tratamento e no desenvolvimento de vínculos entre os usuários e a equipe.

4.4.1 Autonomia

A questão da autonomia foi trazida pela equipe como um dos objetivos dos processos de tratamento no CAPS. Esta autonomia é potencializada com o intuito de favorecer a criação de laços sociais nos sujeitos.

Vejo como objetivo único que os pacientes, além do tratamento, fazendo parte do tratamento, que eles tenham autonomia. (E1 – Equipe)

[Efeitos do Tratamento] Autonomia né. [...] quando faz por exemplo uma assembleia de familiares e eu vou ouvindo as histórias que os familiares trazem de recuperação, de melhora eu vejo a importância do CAPS. (E1 – Equipe)

A intenção do CAPS é a questão além de ter o tratamento psiquiátrico e esse retorno da pessoa a comunidade, retornar com a autonomia dela. (E2 – Equipe)

Esta autonomia, além de partir dos princípios norteados da atuação das equipes no CAPS, é atravessada pelas relações, vínculos e transferência desencadeados tanto pelos usuários quanto pela equipe. Estas construções possibilitam a significação para o sujeito com transtorno mental, propiciando, desta forma, a autonomia (JORGE et al., 2011).

Importa lembrar a definição de autonomia trazida por Saraceno (apud QUINTELLA, FERREIRA E AMARAL, 2013, p. 7), que ressalta que não se trata de um conceito sinônimo de independência:

Dependentes todos somos, seja da relação aos outros, seja da relação às diferentes formas de laço social. Nesse sentido, promover autonomia não estaria ligado à busca de uma independência, mas sim a multiplicação das dependências do cidadão louco, em âmbito social. Ou seja, desconstrói-se a dependência sumária do louco à tutela médica, potencializando-se sua autonomia numa rede ampliada de dependências no tecido social.

4.4.2 Saúde coletiva

A equipe também pontou o caráter multidisciplinar e de saúde coletiva das equipes e do trabalho desenvolvido no CAPS. A partir dos recortes das falas dos participantes, é possível entender que a organização da instituição, os processos de tratamento e, inclusive, a criação de vínculos, estão diretamente relacionados com a equipe que compõe o serviço.

O foco daqui é a saúde coletiva né, independente da profissão de cada um. (E1 – equipe)

Eu acho que o que contribui muito é a equipe multidisciplinar, é que também as vezes você fica assim “é o psicólogo é o...” Mas não é assim, é a equipe de saúde mental, cada um com a sua visão e vem da reunião de equipe, de você poder dividir com cada um essa sua visão. (E2 – Equipe)

Então, ter esse olhar multidisciplinar é o que contribui o sucesso mesmo é o fator do sucesso do tratamento. (E2 – Equipe)

Olha, o vínculo com a equipe eu acho que... a equipe, realmente é o que mais dá o sucesso, assim. (E3 – Equipe)

Em termos assim da adesão a equipe está potente eles funcionam por si só, é tudo acontecendo em tudo quanto é lugar. Está muito bacana. (E4 – Equipe)

A partir das falas dos participantes da equipe é possível aferir que os vínculos, relacionamentos, tratamentos e os laços sociais e transferenciais presentes no CAPS são facilitados e correlacionados com a equipe multiprofissional e

multidisciplinar presente neste contexto. A característica singular desta equipe, colocada como diretriz de organização dos CAPS, advém das reformas psiquiátricas, onde considera-se que os saberes se complementam para o trabalho em conjunto.

A multidisciplinariedade é inerente à saúde coletiva, onde se pretende horizontalizar as relações de trabalho em equipe, considerando todas as áreas como importantes no processo de tratamento (BIRMAN, 1991).

Em suma, este caráter diversificado e progressista da clínica em saúde mental possibilita questões como a escuta, questão importante no encadeamento e nas possibilidades da organização da transferência nas relações.

O dispositivo psicanalítico da escuta vem sendo apropriado pelas novas formas de assistência surgidas no bojo da discussão da reforma psiquiátrica. Os profissionais das diversas categorias, em um trabalho que hoje envolve uma equipe multiprofissional que algumas vezes busca, em seu horizonte, a interdisciplinaridade, têm esse instrumento como referência, o que representa, sem dúvida alguma, um grande avanço nas transformações no trato com a loucura (RINALDI, 2000, p. 3).

Desta forma, é importante frisar que a equipe multidisciplinar que compõe o CAPS não é orientada apenas pelo saber técnico, mas sim pela função terapêutica que todos os profissionais ocupam dentro da instituição, garantindo as relações transferenciais e possibilitando os tratamentos em saúde mental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi analisar como se desenvolvem as relações transferenciais entre os usuários e a equipe de trabalho do CAPS, com enfoque nos posicionamentos de cada grupo acerca dos vínculos que garantem esta transferência nas relações.

Inicialmente, o trabalho teve foco no referencial teórico, expondo os temas que atravessam o campo, como a clínica ampliada, a história da loucura, a saúde pública e o conceito psicanalítico de transferência.

A fim de responder os questionamentos levantados, a pesquisa foi realizada com oito participantes, sendo quatro usuários e quatro membros da equipe, que foram questionados sobre os vínculos desenvolvidos atrelados ao tratamento e as relações cotidianas.

Com isso, foi possível concluir que a pesquisa alcançou os objetivos propostos, visto que, a partir da leitura dos resultados e sua articulação teórica, perceber que as relações e vínculos elaborados no CAPS são atravessados pela transferência, existente no modelo de clínica ampliada presentificado no serviço. Esta transferência é possibilitada pelo lugar de escuta, acolhimento, convívio, interação, sendo profundamente relacionados com a estruturação de saúde coletiva e multidisciplinariedade, promovendo assim a autonomia e os laços sociais dos usuários.

Estes resultados elucidam o trabalho minucioso do CAPS em promover os preceitos da reforma psiquiátrica e a valoração do sujeito com transtorno mental. A transferência presente no tratamento e nas relações destes sujeitos transformam a realidade destes que, em sua maioria, foram marcados pelo preconceito, pela exclusão ou pelas internações.

Estas práticas foram vivenciadas na experiência de estágio que motivou esta pesquisa, sendo visível os vínculos, relacionamentos e transferências entre os usuários e a equipe do CAPS. Os usuários participam ativamente do serviço, muitas vezes auxiliando nas oficinas e atividades. É notável como a instituição lhes pertence, não sendo apenas pacientes ali, mas sim sujeitos com presença potente nas relações e decisões do CAPS.

Promover e implantar esta mudança de paradigma no trato à saúde mental e às pessoas com transtorno mental é um grande desafio, pois os limites entre o que pode ser entendido como tutela e efetiva prática clínica são tênues.

O caráter da reforma, atrelado à psicanálise, resulta em práticas reais e possíveis, porém é necessária esta consciência do fazer saúde mental, do vivenciar a reforma psiquiátrica e da promoção do respeito à subjetividade, pontos marcados profundamente na realidade do CAPS.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Douglas Nunes. A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 74-82, 2008. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/10849/8498>>. Acesso em: 01 nov. 2016.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. p. 45-65. Rio de Janeiro: Editora NAU, 2013.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BARATTO, G. Genealogia do conceito de transferência na obra de Freud. **Estilos clin.**, v. 15, n. 1, São Paulo, 2010. p. 228-247. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282010000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2016.
- BARRETO, F. P. Da psiquiatria à saúde mental. Antipsiquiatria. **Debates: Psiquiatria Hoje**. Ano 1. Nº4. p. 18-21. Jul/Ago 2009. Disponível em: <http://www.abp.org.br/download/PSQDebates_4_Julho_Agosto2009_light.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2016.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2011.
- BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 1, Número 1, 1991. p. 7-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300002>. Acesso em: 03 jun. 2016.
- BIRMAN, J.; COSTA, J. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 3º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 41-72, 1994.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Vol. 2, nº 1. Santa Catarina, 2005. p. 68-80. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 03 jun. 2016.
- BOSCHI, Caio César. O assistencialismo na capitania do Ouro. **Separata da Revista de História**, São Paulo, n. 116, p. 25-41, jan./jun. 1984. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/viewFile/61358/64290>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Do sanitário à municipalização**. Portal da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 03 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. 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. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 25 out 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. 1 ed. Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/10_0379_final_clinica_ampliada.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/clinica_ampliada.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2016.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 5, n. 1, Rio de Janeiro, 2000. p. 163-177. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2016.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto - enferm**. v. 15, n. 4. Florianópolis, 2006. p. 679-684. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2016.

CARVALHO, A. M. D. **Territorialidade**: o conceito de território pela perspectiva dos usuários intensivos do CAPS-Cidade - Cariacica/ES. Instituto de Psiquiatria – IPUB. Centro de Ciências da Saúde. Monografia IPUB/UFRJ. Rio de Janeiro, 2012.

CAZANATTO, Elenice; MARTTA, Margareth Kuhn; BISOL, Claudia Alquati. A Escuta Clínica Psicanalítica em uma Instituição Pública: Construindo Espaços. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 486-496, Junho. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200486&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2016.

DANTAS, Rodrigo Aragão. **Sangradores Cariocas**: O Ofício de Sangrar do Século XIX. XI Congresso Luso afro Brasileiro de Ciências Sociais: Diversidades e (Des)Igualdades. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011. Disponível em: <http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1307130160_ARQUIVO_SANGRADORES_CARIOCAS_OO_FICIO_DE_SANGRARNOSE_CULO_XIX.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2015.

DIAS, Reginaldo Rodrigues. **O manejo da transferência nos centros de atenção psicossocial (CAPS)**: considerações psicanalíticas. 2008. 92 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia. Curso de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2008. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp118750.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM V - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoe_ducador/2015/DSM%20V.pdf>. Acesso em: 02 out. 2016.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2016.

FELÍCIO, W. F. **A psicologia e a multidisciplinaridade na saúde**. Minas Gerais, 2012. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0345.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2016.

FERREIRA, A. A.; PADILHA, K. L.; STAROSKY, M. A questão da liberdade nos processos de reforma psiquiátrica italiana: entre a resistência e os modos de governo liberal. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v.4, n.10. Florianópolis, 2012. p.12-29. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2341>>. Acesso em: 03 jun. 2016.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

Disponível em: <

https://monoskop.org/images/1/15/Foucault_Michel_Historia_da_loucura_na_idade_classica.pdf>. Acesso em: 25 out 2016.

_____. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FREUD, S. Dinâmica da transferência. In: _____ **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 111-119. (Edição Standard Brasileira, Vol. XII)

GALVAO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930**. Textos do Departamento de Ciências Médicas. Escola de Farmácia. Universidade Federal de Ouro Preto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Rev. adm. empres.** v. 35, n. 2. São Paulo, 1995. p. 57-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901995000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2016.

GOMES, A. A. O lugar ocupado da Psicanálise nas novas instituições de Saúde Mental. **Mental**. Barbacena, v. 7, n. 13, 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2016.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica a brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. 207 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. 2007. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2008-03-10T075453Z-1049/Publico/398635.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2016.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2016.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 8: a transferência**. (1901 – 1981). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992. (Coleção Campo Freudiano no Brasil).

_____. **O seminário, livro 3: as psicoses**. (1955 – 1956). 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. (Série Políticas do Desejo).

LEAL, E.M.; DELGADO, P.G.G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. et al (Org.). **Desinstitucionalização na saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, v., p. 137-154. Disponível em: <<https://saludmental-risam.wikispaces.com/file/view/CI%C3%ADnica+e+cotidiano.doc>>. Acesso em: 03 jun. 2016.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MACIEL, V. S. A transferência no tratamento da psicose. **Mental**, Barbacena, v. 6, n. 10. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272008000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2016.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009. p. 39-44. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

MEIRELLES, C. E. F. O manejo da transferência. **Stylus**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 123-135. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2012000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2016.

MEYER, G. R.; BRAUER, J. F. O desejo do analista e a clínica da psicose: análise de um caso. **Rev. Mal-Estar Subj.** v. 10, n. 1. Fortaleza, 2010. p. 233-258. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOLL, Marciana Fernandes; SAEKI, Toyoko. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2009, vol.17, n.6, pp.995-1000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_11.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2016.

MOREIRA, J. O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 608-621, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2016.

MONTEIRO, Cleide Pereira; QUEIROZ, Edilene Freire de. A clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 109-121, 2006. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2016.

MURTA, S. G.; MARINHO, T. P. C. A clínica ampliada e as políticas de assistência social: uma experiência com adolescentes no programa de atenção integral à família. **Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas**. Vol.1 N°1, 2009. Disponível em: < www.crp09.org.br/NetManager/documentos/v1n1a4.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2016.

QUINET, Antonio. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

QUINTELLA, R.; FERREIRA, M.; AMARAL, E. A Desinstitucionalização no século XXI: luta, utopia ou fundamento? **CliniCAPS**. v.7, n.21, 2013. Disponível em: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_21_art_01.pdf. Acesso em: 15 out. 2016.

RINALDI, D. O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. **Em Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-biblioteca/DRinaldi/Doris_Rinaldi_acolhimento_escuta_cuidado.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2016.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTOS, H. L. Algumas considerações acerca da transferência na psicose. **ECOS**. Volume1. Número 1. Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/download/685/552>>. Acesso em: 03 jun 2016.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **Novas Perspectivas para a Psicologia Clínica** - um estudo a partir da obra "Saint Genet: comédien et martyr" de Jean-Paul Sartre. 2002. 339 p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Núcleo de Práticas Clínicas. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2002. Disponível em: <<http://www.psiclin.ufsc.br/files/2010/05/Tese.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

SEIXAS, Sonia Guiomar Martins. É possível haver a transferência analítica em uma instituição de saúde mental?. **Estud. psicanal**. Belo Horizonte, n. 35, p. 115-126, jul. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2016.

STEFFEN, Regina. **A clínica freudiana**. Associação Campinense de Psicanálise. 2007. Disponível em: < <http://www.acpsicanalise.org.br/docs/a-clinica-freudiana.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

VECHI, L, G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estud. psicol**. v. 9, n. 3, Natal, 2004. p. 489-495. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2016.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRECIONADA À EQUIPE PROFISSIONAL

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

1. Como é o tratamento no CAPS?
2. Quem compõe a equipe que cuida de cada usuário no CAPS/que acompanha cada usuário aqui no CAPS?
3. Você acha que o tratamento aqui no CAPS tem efeitos para os usuários? Quais efeitos?
4. Você atribui o processo de tratamento dos usuários do CAPS a qual fator?
5. Como você avalia os vínculos entre a equipe e os usuários?
6. Você se vinculou mais especificamente a alguns usuários do CAPS? Como se deu este vínculo?
7. Você acredita que a criação de vínculos com os usuários do CAPS é importante? Por quê?
8. Você acredita que sem haver um vínculo com os usuários é possível haver tratamento? Por quê?
9. O que você entende por transferência? Você 'acredita' que existe transferência no tratamento no CAPS? Por quê? Como é?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRECIONADA AOS USUÁRIOS DO CAPS

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

- 1) Você consegue perceber se existem vínculos entre a equipe e os usuários no CAPS?
- 2) Existe alguma pessoa que trabalhe aqui no CAPS com quem você tenha um vínculo mais próximo? Como é isso para você?
- 3) Qual a importância que você dá a este vínculo dentro do CAPS?
- 4) Você acha que a ter amigos ou algum tipo de relacionamento com a equipe tem efeito no seu tratamento? Por quê?
- 5) Como é o seu tratamento no CAPS?
- 6) Quem é a equipe que cuida de você/que te acompanha no tratamento aqui no CAPS?
- 7) Você acha que o tratamento aqui no CAPS tem efeitos para você? Quais efeitos?
- 8) O que você acha que tem efeitos no seu tratamento no CAPS?
- 9) Além das pessoas, o que você acha que te faz bem no CAPS?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Transtorno Mental e Laço Transferencial: Enlaces e vínculos entre usuários e equipe em um Centro de Atenção Psicossocial.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Andréa Campos Romanholi

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

A presente pesquisa pretende analisar como se dá o laço transferencial na relação da pessoa com transtorno mental e a equipe que o atende em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para tanto, pretende-se conhecer as relações e os vínculos envolvidos no processo de tratamento das pessoas com transtorno mental no CAPS; avaliar a percepção da equipe a respeito dos vínculos com os usuários; a percepção dos usuários sobre os vínculos com a equipe do CAPS e os possíveis entrelaçamentos de transferência nas relações. A partir desses objetivos, serão feitas entrevistas semiestruturadas com oito participantes, sendo quatro profissionais da equipe multidisciplinar do CAPS e quatro usuários do serviço. Os participantes serão escolhidos de forma aleatória.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:

Não há desconfortos e riscos associados ao desenvolvimento desta pesquisa.

BENEFÍCIOS E RELEVÂNCIA DA PESQUISA:

A relevância científica reside na perspectiva de contribuir como o desenvolvimento de novos estudos a respeito da clínica nos CAPS, buscando-se ampliar a compreensão sobre a atuação dos profissionais da instituição, sua percepção sobre os efeitos de seu trabalho e do tratamento oferecido nos CAPS. A relevância social desta pesquisa reside na ampliação do conhecimento sobre os efeitos das práticas antimanicomiais, no cuidado, além da promoção humana das pessoas com transtorno mental.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:

Se houver a necessidade de orientação ou algum outro tipo de atendimento em decorrência desta pesquisa, o participante obterá todo o amparo necessário.

Contato do pesquisador: Andréa Campos Romanholi (999636835) e Priscila Batista da Silva pelo telefone: (27) 98103-5528,

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS:

Será resguardado o direito de negar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, assim como a garantia da preservação da identidade.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS

Após o desenvolvimento das entrevistas, estando estas coletadas, gravadas e transcritas, terá início o processo de análise dos dados obtidos segundo análise do discurso e do referencial teórico da psicanálise.

Com os dados coletados e analisados, se formulará os resultados a partir da análise feita com o levantamento de dados. A partir disto, será possível a realização da conclusão dos resultados e, posteriormente, a divulgação da pesquisa científica.

Será resguardado o caráter de confidencialidade a todo momento durante a pesquisa e após a divulgação dos resultados.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO

Eu, _____,
portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo
Órgão _____, por me considerar devidamente informado(a) e
esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida,
livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa.
Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____ e
recebi cópia desse documento por mim assinado.

Assinatura do Participante Voluntário Data

Impressão Dactiloscópica
(p/ analfabeto)

Assinatura do Responsável pelo Estudo

Data