

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ

MARIA VICTÓRIA PRINCE BIZAGIO

STEFANY APARECIDA NOGUEIRA

PERCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS SOBRE A ESCUTA PSICOLÓGICA EM CLÍNICA
AMPLIADA: ESTUDO EM CAPS DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS

POUSO ALEGRE, MG

2023

MARIA VICTÓRIA PRINCE BIZAGIO
STEFANY APARECIDA NOGUEIRA

PERCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS SOBRE A ESCUTA PSICOLÓGICA EM CLÍNICA
AMPLIADA: ESTUDO EM CAPS DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS

Monografia apresentada para aprovação no curso de Psicologia, da Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho, da Universidade do Vale do Sapucaí; orientada pela Profa. Me. Viviane Vianna de Andrade Fagundes.

POUSO ALEGRE, MG

2023

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca

Bizagio, Maria Victória Prince..

Percepção dos psicólogos sobre a escuta psicológica em clínica ampliada: estudo em CAPS de um município do sul de Minas Gerais/ Maria Victória Prince Bizagio; Stefany Aparecida Nogueira – Pouso Alegre: Univás, 2023.

64f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) -. Universidade do Vale do Sapucaí, 2023.

Orientadora: Viviane Vianna de Andrade Fagundes.

1. Centros de Atenção Psicossocial. 2. Clínica Ampliada. 3. Escuta Qualificada. 4. Saúde Mental. I. Maria Victória Prince Bizagio. II. Stefany Aparecida Nogueira.. III. Título.

CDD – 150

Bibliotecária responsável: Michelle Ferreira Corrêa

CRB 6-3538

MARIA VICTÓRIA PRINCE BIZAGIO

STEFANY APARECIDA NOGUEIRA

PERCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS SOBRE A ESCUTA PSICOLÓGICA EM CLÍNICA
AMPLIADA: ESTUDO EM CAPS DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS

Monografia apresentada para aprovação no curso de Psicologia, da Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho, da Universidade do Vale do Sapucaí; orientada pela Profa. Me. Viviane Vianna de Andrade Fagundes.

APROVADA EM: ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Me. Viviane Vianna de Andrade Fagundes
Universidade do Vale do Sapucaí

Examinador: Prof. Me. Victor Hugo Sampaio Alves
Universidade do Vale do Sapucaí

Examinador: Profa. Me. Érika Maria Pannain Rezende
Universidade do Vale do Sapucaí

Aos nossos pais que, com muito esforço e dedicação, tornaram esse nosso sonho possível. À nossa querida professora e amiga, Dra. Lariana Paula Pinto (in memoriam), exemplo de força e profissionalismo, que esteve conosco desde o início da graduação e contagiou a todos com sua alegria e amor pela docência.

Em especial, dedicamos a conclusão deste estudo a nós, autoras, por todo nosso empenho na realização desta pesquisa. A amizade que construímos foi fundamental para alcançarmos este objetivo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente, a Deus, que nos norteou até o momento presente e que permitiu que ultrapassássemos todos os obstáculos encontrados ao longo desta trajetória.

A todos os professores da instituição, especialmente ao Prof. Dr. Rodrigo Fonseca e à Profa. Dra. Camila Claudiano Quina Pereira, pelos ensinamentos compartilhados com tanto carinho e dedicação.

À nossa orientadora, Profa. Me. Viviane Vianna de Andrade Fagundes, pela confiança depositada em nosso estudo e pelas valiosas contribuições prestadas durante o caminho percorrido, nos permitindo realizar uma pesquisa qualificada.

Eu, Stefany, agradeço imensamente aos meus pais, Juliana e Reginaldo, e à minha avó, Benedita, que sempre estiveram ao meu lado e me fortaleceram nos momentos em que mais precisei – vocês foram fundamentais para que eu não desistisse!

Eu, Maria Victória, gostaria de agradecer à minha mãe, Patrícia, por todo o apoio e incentivo incondicionais – desde o primeiro ano da graduação; à minha avó e ao meu pai, Rosmari e Luís Cláudio, pelo incentivo e carinho; aos meus irmãos e aos meus amigos que, de alguma forma, também me incentivaram e estiveram ao meu lado, compreendendo o motivo da minha ausência em alguns momentos festivos.

Agradecemos também aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e aos psicólogos que participaram da pesquisa, cedendo seu tempo com boa vontade e disponibilidade. Sem vocês, nada disso teria sido possível!

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste estudo.

Nunca a psicologia poderá dizer a verdade sobre a loucura, já que é esta que detém a verdade da psicologia.

(Michel Foucault, 1984)

RESUMO

Introdução: Com a reforma psiquiátrica no Brasil, diversas mudanças foram realizadas no atendimento de pessoas com transtornos mentais, sendo a principal delas a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – instituições de caráter aberto e comunitário –, que atuam como uma estratégia de substituição aos antigos manicômios. A partir dessas mudanças no modelo de cuidado, surgiu a implementação de técnicas de atendimento, dentre as quais destaca-se a escuta psicológica realizada em atividades diversificadas, que pode consistir em uma importante intervenção além do modelo padrão de atendimento que ocorre em consultórios. **Objetivo:** O presente estudo pretendeu descrever o conceito e estratégias para uma escuta em Clínica Ampliada em CAPS, a partir da concepção dos psicólogos que atuam nesses serviços. **Método:** Foi realizado um estudo transversal, baseado em uma estratégia qualitativa de pesquisa, com caráter descritivo e modalidade exploratória, tendo consistido em uma pesquisa de campo por meio de entrevistas semiestruturadas, com a participação de psicólogos atuantes do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e do CAPS II de um município do sul de Minas Gerais. **Resultados:** A partir dos resultados, foi feita uma análise temática de conteúdo por categorização de respostas das entrevistas. **Conclusões:** Os benefícios de uma escuta psicológica qualificada estão relacionados à promoção de um cuidado mais adequado de pessoas em sofrimento psíquico, em que os usuários do serviço passam por melhor tratamento, se em comparação aos moldes anteriores ao modelo de reabilitação psicossocial em serviços substitutivos.

Palavras-chave: Centros de Atenção Psicossocial. Clínica Ampliada. Escuta qualificada. Saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: With the psychiatric reform in Brazil, several changes were made in the care of people with mental disorders, the main one being the creation of Psychosocial Care Centers (CAPS) - open and community institutions -, which act as a strategy to replace the old asylums. From these changes in the model of care, the implementation of care techniques emerged, among which psychological listening performed in diversified activities stands out, which can consist of an important intervention beyond the standard model of care that occurs in offices.

Objective: The present study aimed to describe the concept and strategies for listening in Extended Clinic in CAPS, from the conception of the psychologists who work in these services.

Method: A cross-sectional study was carried out, based on a qualitative research strategy, with a descriptive character and exploratory modality, consisting of a field research through semi-structured interviews, with the participation of psychologists working from the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD) and CAPS II from a municipality in the south of Minas Gerais.

Results: Based on the results, a thematic content analysis was performed by categorizing the answers of the interviews.

Conclusions: The benefits of qualified psychological listening are related to the promotion of more adequate care for people in psychological distress, in which service users undergo better treatment, compared to the previous models of psychosocial rehabilitation in substitute services.

Keywords: Psychosocial Care Centers. Expanded Clinic. Skilled listening. Mental health.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
AM	Apoio Matricial
AT	Acompanhamento Terapêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ER	Equipe de Referência
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Terapeuta de Referência
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIVÁS	Universidade do Vale do Sapucaí
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	21
2.1	A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil.....	22
3	A CHEGADA DA PSICOLOGIA AO BRASIL E SUA INSERÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	28
3.1	O papel do psicólogo no cuidado em saúde mental e sua atuação no Centro de Atenção Psicossocial	29
3.2	A escuta qualificada e a emergência psiquiátrica.....	32
4	METODOLOGIA.....	37
4.1	Desenho do estudo	37
4.2	Amostra e amostragem	37
4.3	Local.....	37
4.4	Critério de inclusão e exclusão	38
4.5	Instrumentos	38
4.6	Coleta de dados	38
4.7	Procedimentos éticos	39
4.8	Riscos	39
4.9	Análise de resultados	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1	Técnicas e recursos para uma escuta em Clínica Ampliada.....	40
5.2	Postura profissional diante do sofrimento psíquico	42
5.3	Efeitos de uma escuta	44
5.4	Conceito de uma escuta qualificada em Clínica Ampliada segundo os psicólogos do Centro de Atenção Psicossocial	46
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICE A – Protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	57
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	58
	APÊNDICE C – Carta de autorização do setor pesquisado	60
	APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	61
	APÊNDICE E – Questionário de dados profissionais.....	62

1 INTRODUÇÃO

Com a quebra do paradigma biomédico, a escuta realizada pelo psicólogo passou a ser inserida em novos contextos, indo além do *setting* tradicional, por exemplo, com a população de rua (ROCHA; OLIVEIRA, 2020), durante oficinas terapêuticas, durante acolhimento de crise/emergências psiquiátricas e, também, na prática de Acompanhamento Terapêutico (AT), que consiste em sair na cidade para o treino de habilidades psicossociais.

Mota e Costa (2017) fizeram uma análise interessante quanto ao trabalho do psicólogo desenvolvido atualmente, fazendo uma comparação com as práticas nos moldes antigos: para as autoras, fica claro que os profissionais, daquela época, precisaram ressignificar suas práticas para que pudessem atender às novas demandas.

A prática psicanalítica sempre esteve ligada à concepção tradicional de *setting* terapêutico, principalmente pelo uso do clássico divã. No entanto, o saber psicanalítico teve sua expansão com a reforma psiquiátrica e alcançou um campo mais amplo no cuidado à saúde mental. As ferramentas disponíveis e utilizadas no contexto clínico acabaram se modificando, a fim de se adequar às necessidades da saúde coletiva (DAHER et al., 2017; SILVA; SILVA; PEDROSO, 2021).

Oliveira et al. (2017) citam uma pesquisa publicada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2013, na qual os resultados apontavam que a principal área de atuação do psicólogo brasileiro continuava sendo a clínica, porém, no âmbito das políticas públicas, o campo da saúde era o que mais empregava psicólogos. Para Mota e Costa (2017), torna-se importante ressaltar, também, que a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e seus serviços ajudaram a ampliar o mercado de trabalho para os profissionais de Psicologia.

Segundo Carvalho Junior, Amparo e Nogueira (2019, p. 131), os grupos psicoterapêuticos dos CAPS, as oficinas e os serviços semelhantes permitem ao psicólogo atuar “de forma inovadora e criativa a cada encontro, sem deixar de lado os aspectos teóricos e metodológicos de suas atividades”. Dessa forma, a escuta realizada nesse cenário é um instrumento fundamental para o desenvolvimento da autonomia dos usuários, ao mesmo tempo em que contribui com a criatividade, melhora as relações interpessoais e promove a reinserção social.

A escuta terapêutica exerce, nas situações de crise, um papel fundamental na promoção de cuidado ao indivíduo que está em sofrimento psíquico: quando o psicólogo escuta atentamente o discurso do sujeito, sem emitir juízo de valor, ele permite que este se abra e se disponha a ser ajudado. É importante ressaltar que, para o profissional, o que importa neste

momento não são os sintomas presentes, mas os significados atribuídos a eles por quem os sente, e o conteúdo do discurso – ao ser analisado – possibilita encontrar uma solução para o conflito que está na base da crise (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Para Rodrigues e Cavalcante (2015), a escuta qualificada possibilita compreender melhor cada paciente para adquirir informações que viabilizem escolhas e resoluções de problemas, torna viável uma assistência de qualidade e, ao mesmo tempo, acolhe, empaticamente, o paciente e seus familiares.

Nesse sentido, este estudo é relevante por promover uma reflexão a respeito do papel da escuta qualificada na promoção do cuidado à saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mais especificamente do profissional de Psicologia no serviço que é matricial para essa rede: os CAPS.

Considerando a importância das políticas públicas, especialmente aquelas voltadas para a área da saúde, a presente pesquisa tem como objetivo geral descrever o conceito e estratégias para uma escuta qualificada nos CAPS a partir da concepção dos psicólogos que atuam nesses serviços, visto que essa técnica exerce um papel fundamental para que o cuidado à saúde mental seja realizado de maneira eficiente, atendendo às demandas dos pacientes e facilitando a aderência ao tratamento. Os objetivos específicos estão relacionados a identificar quais recursos e/ou técnicas são importantes para a realização de uma escuta em clínica ampliada; refletir a respeito dos desafios encontrados pelos psicólogos no cuidado com o usuário e descrever de que forma os psicólogos percebem, no usuário, os efeitos da abertura para a escuta.

A partir da pesquisa, dos dados e informações colhidos, é possível continuar transformando e melhorando o atendimento às pessoas que possuem transtornos mentais. Tais resultados e discussões permitem, também, refletir a respeito do modo como esses pacientes eram tratados no passado, para que algo similar jamais ocorra novamente. Mais do que isso, contribui com o fortalecimento de um olhar mais humanizado para essa parte da população que já foi extremamente negligenciada.

Espera-se que este estudo forneça maior visibilidade dos recursos e desafios desses profissionais, para que realizem um manejo mais apropriado na perspectiva de uma clínica que seja ampliada.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Para compreender como o ser humano passou a ter um olhar humanizado em relação às pessoas com sofrimento psíquico faz-se necessário retroceder no tempo e recordar o horror do holocausto brasileiro – o manicômio de Barbacena, município de Minas Gerais (MG). O livro de Daniela Arbex, intitulado “Holocausto Brasileiro”, publicado em 2013, ainda serve de referência: descrito por Matos-de-Souza e Medrado (2021) como um aparelho da “indústria da loucura”, este hospital psiquiátrico começou a perceber que seus lucros aumentavam conforme chegavam novos internos.

Ao todo, 60 mil pessoas foram mortas vítimas de todos os tipos de maus tratos possíveis: exposição ao frio, alimentação precária, espancamentos, “tratamentos” com eletrochoque, entre outros. Além da completa desumanização dessas pessoas, quando mortas, seus corpos eram vendidos para as faculdades de Medicina e, quando isso não ocorria, eles eram colocados em ácidos para que permanecesse apenas a ossada – também com fins lucrativos. Quando os internos chegavam ao manicômio de Barbacena, eles perdiam completamente sua identidade, tinham o cabelo raspado e as roupas tiradas. Além disso, cerca de 70% não tinham diagnóstico de qualquer transtorno mental: a maioria era alcoólatra, homossexual, prostituta, rebelde e epilético (ARBEX, 2013), ou seja, basicamente os indesejados pela sociedade. Como bem resume Tassotti (2020, p. 4), o hospital colônia foi uma estrutura criada a partir de “um discurso sanitarista de periculosidade das pessoas com transtornos mentais e da higienização da sociedade brasileira”.

Nesse sentido, a história faz com que se recorde a importância dos profissionais da saúde e da assistência, sendo que, para entender sobre a reforma psiquiátrica, torna-se imprescindível abordar também a Luta Antimanicomial: conforme Correia e Sousa Junior (2020), o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que surgiu em dezembro de 1987 – após a Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) –, foi consolidado em 1993, e, de acordo com Boarini (2020), como o próprio nome já diz, o lema é uma sociedade sem manicômios, tendo, inclusive, uma data de comemoração no calendário brasileiro, que é o dia 18 de maio.

A participação de profissionais de saúde mental e familiares de pacientes acometidos por transtornos mentais ampliou e fortaleceu os debates a respeito do sofrimento psíquico, por meio de congressos e conferências (BOARINI, 2020): em um diálogo de conscientização com

as instituições legais e com a sociedade de forma geral, promoveram, dentre vários pontos, o discurso de que as pessoas com transtornos mentais não representavam ameaça.

Passos (2017, p. 60, grifo nosso) propõe que se ressignifique o lema e a luta continue:

Busca-se amadurecer a compreensão de que uma sociedade sem manicômios só será possível a partir da construção de uma nova ordem societária que não tenha qualquer forma de opressão/exploração de classe, gênero, raça/etnia, sexualidade, geração e etc., e que supere a propriedade privada dos meios de produção. Nesse sentido, o manicômio social é uma das bases da sociabilidade burguesa e que vem sustentando inúmeras formas de *apartheid* social expressas, principalmente, pela medicalização e patologização da vida.

Como a própria autora Boarini (2020) disse, a luta antimanicomial deve ser reeditada no palco do cotidiano, visto que, por mais que as instituições psiquiátricas tenham “deixado de existir”, seus efeitos ainda ecoam atualmente de diversas formas quando se fala de pessoas que não reproduzem a “normalidade”.

2.1 A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil

A construção dos manicômios, no Brasil, aconteceu quando o imperador Dom Pedro II quis se inspirar nos moldes da Europa, ou seja, tudo começou com a chegada da Família Real. Como relata Martins, R. C. A. (2019), o primeiro hospital foi inaugurado em 1852, o qual estava apto para receber até 350 pessoas, sendo que, logo no dia de inauguração, já abrigava 143 internos. Em um ano, havia chegado ao seu limite.

Além disso, entre as décadas 30 e 50, acreditava-se que os transtornos mentais podiam ser curados por meio de duas formas: eletroconvulsoterapia e lobotomia (BRASIL; LACCHINI, 2021). Com o passar dos anos, a figura do médico deixou de ser secundária e passou a ter um peso mais importante, o que contribuiu com a “laicização da assistência aos loucos no Brasil” (MARTINS, R. C. A., 2019, p. 99).

Com o surgimento das colônias, empregaram os princípios do alienismo, pelos quais acreditava-se que uma pessoa louca poderia ser “domesticada”, obediente, útil e produtiva – desde que trabalhasse à força. Nesse sentido, muitas pacientes mulheres prestaram serviços domésticos sem receber qualquer remuneração. O acordo era feito quando um funcionário aceitava receber até duas pacientes em sua casa, que também ficava na própria colônia. As despesas da moradia e sua conservação ficavam sob a responsabilidade da própria família (MARTINS, R. C. A., 2019).

Segundo Martins, R. C. A. (2019), enquanto a exploração dos internos acontecia de forma desenfreada, a Doutora Nise da Silveira ia na contramão das práticas aplicadas nos manicômios e colônias: suas contribuições foram de extrema importância para que pensassem em uma forma diferente de tratar e cuidar das pessoas tidas como loucas, sendo que a maior delas foi seu trabalho no Serviço de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação em uma das colônias da época. Sua prioridade era levar atividades artísticas e recreativas aos internados, considerando a experiência de cada um deles sob uma perspectiva humanizada.

O início do processo de desinstitucionalização foi inspirado na reforma italiana: Franco Basaglia, importante figura-símbolo da reforma psiquiátrica no Brasil, foi o grande precursor. Veio para o Brasil em 1979, onde pôde conhecer de que forma funcionava o sistema manicomial, relatando também sua experiência e denunciando os abusos sofridos pelos internos de cada hospital. A partir daí, gerou-se uma intensa comoção, com ondas de luta contra essas instituições (SERAPIONI, 2019).

Dez anos depois, em 1989, o deputado federal Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei nº 3.657, com o intuito de assegurar a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental (LEAL; ANTONI, 2013). Após doze anos de tramitação e debates no Congresso Nacional, o projeto finalmente foi sancionado como Lei Federal nº 10.216, em abril de 2001, ficando popularmente conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

O texto final da lei sancionada estabelece que são direitos da pessoa com transtorno mental: conduta profissional pautada no respeito e na humanidade; acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; tratamento em ambiente terapêutico com meios menos invasivos; proteção contra qualquer tipo de abuso e exploração; sigilo garantido nas informações prestadas; esclarecimento quanto ao transtorno, tratamento ou necessidade de internação e livre acesso aos meios de comunicação disponíveis (BRASIL, 2001).

A reforma psiquiátrica possibilitou a mudança de um modelo de tratamento asilar, focado na terapêutica medicamentosa e com supervalorização do saber médico, para um paradigma psicossocial, cujo tratamento é realizado com diversos recursos terapêuticos, por meio de uma equipe multiprofissional, e com foco na reinserção social do indivíduo, enfatizando a importância da participação da família e da comunidade durante todo o processo – diferentemente do que era proposto pelo paradigma biomédico (SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018).

Atualmente, a atenção à saúde mental na rede pública é realizada por meio da RAPS, instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) em dezembro de 2011, por meio da Portaria nº

3.088, na qual se preconiza um conjunto de diferentes serviços disponíveis, cuja finalidade é criar, ampliar e articular pontos de saúde para atender à população em sofrimento psíquico, com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de substâncias, como o álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Para Oliveira, Schlosser e Silva (2020, p. 20), a RAPS atua “tal como uma rede de pescador, em que cada nó é um centro de atendimento específico para cada demanda, todas interligadas”.

De tal modo, é constituída por sete componentes, sendo estes, segundo Brasil (2011):

- a) Atenção Básica (AB): composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes de AB para populações específicas e centros de convivência;
- b) Atenção Psicossocial Estratégica: os CAPS em suas diversas modalidades;
- c) Atenção de Urgência e Emergência: encontrada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), na sala de estabilização, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, em portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e nas UBS;
- d) Atenção Residencial de Caráter Transitório: são as Unidades de Acolhimento (UA) e os Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- e) Atenção Hospitalar: formada pelas enfermarias especializadas em Hospital Geral ou serviço hospitalar de referência para atenção em saúde mental;
- f) Estratégias de Desinstitucionalização: compreende os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa (PVC);
- g) Reabilitação Psicossocial: iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Segundo Oliveira, Schlosser e Silva (2020), o propósito da RAPS é, justamente, garantir que a população tenha acesso a todos os serviços prestados no âmbito do SUS, em qualquer nível de complexidade.

Nas palavras de Silva, Paula Júnior e Araújo (2018, p. 348): “atualmente os CAPS são o ‘carro-chefe’ da Reforma Psiquiátrica, diferenciando-se do manicômio pela qualidade de suas respostas e dependência de toda a rede”. Em outras palavras, pode-se afirmar que, em razão de seu caráter aberto e comunitário, os CAPS são uma das principais portas de entrada para o cuidado em saúde mental. Dessa forma, torna-se imprescindível que esse trabalho seja realizado de forma articulada com outros serviços de saúde mental.

O papel dos CAPS é disponibilizar serviços para o cuidado de pessoas com transtornos mentais, com base no princípio da territorialização. Compreende-se o território não somente como um espaço de determinada abrangência, mas também um campo que expressa a singularidade e a autonomia de seus sujeitos. Atuar segundo a lógica do território, nesse sentido, é considerar que este é fruto de diferentes formas de pensar, agir e se relacionar, decorrente das interações e relações presentes entre os indivíduos que o compõem (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

Como mencionado por Dimenstein et al. (2017, p. 82):

Nessa perspectiva, as ações devem pautar-se em um trabalho de diagnóstico e planejamento situacional que considere as formas como a população se relaciona nos espaços onde vive e desenvolve suas atividades diárias. Daí a importância de desenvolver ações em conjunto com a comunidade, debater os problemas locais de saúde, o planejamento dos cuidados, além do monitoramento dos resultados para o fortalecimento das respostas às políticas de saúde.

A Portaria n° 336, publicada em 19 de fevereiro de 2002, estabeleceu que os CAPS podem ser constituídos por três modalidades que cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, e são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional: o CAPS I é destinado a municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes, o CAPS II atende municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, já o CAPS III destina-se a municípios com mais de 200 mil habitantes e, diferentemente das demais modalidades, seu funcionamento é de 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana. Há, ainda, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS IJ) – exclusivo para o atendimento de crianças e adolescentes – e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), destinado este ao tratamento de usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002).

Em relação ao CAPS IJ, cabe ressaltar que sua criação foi concretizada somente 16 anos após a abertura do primeiro CAPS, o que revela a escassa compreensão a respeito do sofrimento psíquico do público infanto-juvenil. Portanto, a criação dessa modalidade foi fundamental para dar visibilidade a uma questão que, por muito tempo, foi desconsiderada pela área da saúde pública (LEITÃO et al., 2020).

Na cidade de São Paulo, por exemplo, devido à inexistência de uma Portaria Federal que regulamentasse os CAPS IJ III, foi instituída, pelo Secretário Municipal de Saúde, em 26 de setembro de 2019, a Portaria n° 342, responsável por definir que essa modalidade deve permanecer aberta durante 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriados e finais

de semana, com o objetivo de evitar a institucionalização de crianças e adolescentes, por meio do atendimento noturno (SÃO PAULO, 2019).

Em 26 de janeiro de 2012, se redefiniu a Portaria Federal nº130, que trata sobre o CAPS AD III. Como supracitado brevemente, este centro de atenção especializada está direcionado a promover a atenção integral e contínua às pessoas que apresentam vícios relacionados a álcool e outras drogas, com funcionamento 24 horas por dia, já incluídos os fins de semana e os feriados. A nova portaria abriu atendimento tanto para adultos, quanto para crianças e adolescentes, sendo que ele pode ser realizado de forma conjunta ou individualmente. Torna-se importante ressaltar que a Portaria, em seu parágrafo único, define que em casos de crianças ou adolescentes, o CAPS AD III deve se adequar ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Os Hospitais Gerais, com enfermaria especializada em saúde mental, devem disponibilizar leitos de retaguarda para situações de crise vindos dos demais serviços da RAPS, conforme estabelecido pelas diretrizes presentes na Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Nesse sentido, cabe ressaltar que a articulação com outros pontos de atenção da RAPS é imprescindível para a continuidade do tratamento, de modo a prevenir que outras internações ocorram (BRASIL, 2012).

Apesar de apresentarem diferenças quanto ao horário de funcionamento e a composição da equipe, ambas as modalidades de CAPS oferecem: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social); atendimento em oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família e atividades comunitárias com foco na integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002).

A Clínica Ampliada é uma diretriz proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de qualificar a promoção de saúde. Como o próprio nome sugere, por meio dela busca-se expandir a clínica tradicional, compreendendo que o ser humano não se limita à sua doença. Portanto, ampliar a clínica seria resgatar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade, possibilitando que estes atuem de forma direta no processo saúde-doença (BRASIL, 2010).

Para que isso seja possível, torna-se imprescindível a participação de profissionais de diversas áreas, uma vez que o diálogo entre os mais variados saberes é o que permite a avaliação do sujeito em seu âmbito orgânico, psicológico e social (SILVA, N. dos S. et al., 2020). Nesse sentido, é relevante destacar que o diagnóstico considera a história do indivíduo, e não somente o saber do especialista (BRASIL, 2010).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de condutas terapêuticas que busca favorecer a participação do indivíduo em seu próprio tratamento, partindo da singularidade e das necessidades de cada usuário. À vista disso, tornou-se uma ferramenta indispensável para assegurar que a promoção de cuidado seja feita de forma individualizada (BRASIL, 2010).

O PTS é elaborado por meio de uma reunião da equipe multiprofissional, em que cada profissional contribui com sua percepção a respeito de determinado caso, com base nos conhecimentos advindos de sua área de atuação. É comum que um Terapeuta de Referência (TR) seja escolhido ainda na primeira reunião: em outras palavras, o TR é um profissional da equipe que será responsável por criar um vínculo maior com o usuário e sua família, facilitando a troca de informações e a comunicação entre os demais componentes da equipe e os sujeitos acompanhados (BRASIL, 2010).

3 A CHEGADA DA PSICOLOGIA AO BRASIL E SUA INSERÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Jacó-Vilela (2021) menciona que a Psicologia surgiu, no Brasil, no século XIX, e que seu início não difere muito da história da Psicologia nos outros países da América Latina, Ásia e África. Foram dois os pontos em comum entre todos esses países que foram definitivos para a construção da área: o investimento na criação de novas universidades, bem como para melhores condições de pesquisas; e a Psicologia, enquanto decorrência de profundas mudanças nas cidades – tanto pelo aumento de suas populações como pelo avanço tecnológico. Sob a influência dos Estados Unidos e da Europa, a Psicologia, no Brasil, precisou passar por diferentes áreas, como a medicina e a jurídica, para que fosse adquirindo seu próprio espaço.

Jacó-Vilela (2021) ainda relembra que a regulamentação da Psicologia aconteceu durante o governo do presidente João Goulart, em 27 de agosto de 1962. Entretanto, só se estabeleceu na ditadura militar, que durou 21 anos. Nessa época, não havia uma literatura própria: o estudo em Psicologia era importado, pois o mercado editorial brasileiro não existia. Portanto, o modelo de atuação vinha de traduções de textos relevantes. Tal constatação, em 1970, levou a uma importante mudança na área, mas somente no final e no pós-ditadura é que a Psicologia busca uma “nova constituição de si mesma, adequada aos novos tempos”.

O olhar crítico que gerou a mudança foi importante para que a Psicologia tivesse sua perspectiva ético-política, de forma que fosse possível responder à sua própria realidade, particular, bem como à realidade histórica da América Latina (BOCK et al., 2022). Dessa forma, compreendendo o cenário da desigualdade, o psicólogo passou a atuar promovendo direitos, “visando a transformação da realidade social e, conseqüentemente, uma melhor saúde mental da população” (JACÓ-VILELA, 2021, p. 19).

Sabe-se que, até meados da década de 1980, a atuação do psicólogo no âmbito da saúde era marcada, principalmente, pela prática clínica, realizada em consultórios particulares ou em hospitais e ambulatórios. Orientada pelo modelo médico da época, a Psicologia possuía um caráter elitista, distanciando-se do contexto social do país (ROSA; SILVA-ROOSLI, 2019). No paradigma biomédico, o hospital psiquiátrico era a única instituição de tratamento disponível para atender às demandas de saúde mental. O saber médico era visto como superior aos demais, fazendo com que outros profissionais não tivessem abertura suficiente para expor suas opiniões e conhecimentos. A partir disso, as condutas utilizadas para tratar pessoas em sofrimento psíquico tinham, como base, a internação do indivíduo e a utilização de medicamentos,

impedindo a participação do sujeito em seu tratamento e tornando-o passivo (SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018).

A Psicologia passou a ser inserida nos serviços de saúde pública por meio de equipes compostas principalmente por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. A partir desse momento, alguns obstáculos começaram a surgir, uma vez que a prática psicológica nesse contexto se afastou do modelo tradicional, “exigindo transformações metodológicas e tecnológicas para o atendimento em saúde mental” (OLIVEIRA, 2018, p. 41).

No período de redemocratização, segundo Bock et al. (2022), a Psicologia passou a ocupar cada vez mais seu espaço em diferentes áreas de atuação. Já entre os anos de 1990 e 2000, houve a – agora inseparável – ligação entre a profissão e o compromisso em defesa dos Direitos Humanos que, inclusive, faz parte de um dos primeiros tópicos do Código de Ética deste profissional. Apesar de atualmente ser algo óbvio, naquela época, a Psicologia não questionou a repressão vinda do Estado.

3.1 O papel do psicólogo no cuidado em saúde mental e sua atuação no Centro de Atenção Psicossocial

Mudanças significativas na assistência à saúde mental ocorreram após a sanção da Lei nº 10.216, em 2001 – que trata da reforma psiquiátrica –, quando o cuidado ao indivíduo com transtorno mental passou a ser realizado de forma multiprofissional, deixando de ser responsabilidade exclusiva do médico. Em meio a essas transformações, alguns fatores – como a trajetória de vida dos sujeitos, suas condições objetivas e concretas de existência – passaram a ser questões consideradas na nova compreensão de sofrimento mental (OLIVEIRA, 2018). O modelo asilar foi substituído por recursos terapêuticos extra-hospitalares, com ênfase na reinserção social do sujeito e na participação da família e da comunidade. O paradigma psicossocial, como ficou conhecido, buscou atuar de forma humanizada, reduzindo as internações manicomiais e resgatando a autonomia dos usuários (SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018).

Pode-se compreender a AB a partir da definição atribuída por Rosa e Silva-Roosli (2019, p. 100): “a AB delimita-se como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”.

A Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, marcou a entrada oficial da profissão do psicólogo nesse nível de assistência, em que passou a integrar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tido como uma ferramenta de articulação intersetorial, pois conecta profissionais e equipes de diferentes serviços, incluindo setores como a Assistência Social e a Educação. O NASF é composto por psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, constituindo-se o Apoio Matricial (AM) (ROSA; SILVA-ROOSLI, 2019), que é definido por Lazarino, Silva e Dias (2019, p. 2) da seguinte maneira:

É um arranjo organizacional e uma metodologia de compartilhamento de saberes que viabiliza o suporte técnico pedagógico, e institucional, assegurando retaguarda especializada para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações para a população sob seu cuidado, denominadas Equipe de Referência (ER).

Esse suporte é concedido por meio de reuniões regulares com a participação das equipes e os profissionais do NASF, em que são compartilhadas ações clínicas e intervenções específicas, seja com o usuário e sua família ou até mesmo com a comunidade. Essa intersetorialidade permite o estudo aprofundado de diversos casos, visitas domiciliares, oficinas, palestras e encaminhamento e atendimento dos usuários, quando necessário. “A prática dessas atividades aponta formas de atuação mais abrangentes para o psicólogo, tendo como objeto os sujeitos nas suas relações, inseridos em um território” (ROSA; SILVA-ROOSLI, 2019, p. 107).

Conforme mencionado por Assenheimer e Pegoraro (2019), o CFP indicou, em 2013, que o acolhimento, as discussões de caso em equipe, o atendimento às crises, a elaboração do PTS, os grupos e oficinas, as atividades voltadas para a reinserção social do indivíduo, e as práticas no território – incluindo a população local e a comunidade – são ações que devem estar incluídas na atuação do psicólogo dentro dos CAPS. O desafio presente neste campo está relacionado à crítica ao modelo biomédico, que desconsidera o sujeito e suas subjetividades, compreendendo-o somente como alguém que deve ser “contido e medicado”.

Em consonância com o que foi descrito pelo CFP, os resultados da pesquisa realizada por Assenheimer e Pegoraro (2019) indicaram que as oficinas terapêuticas, o acolhimento e os grupos psicoterapêuticos são as atividades executadas com maior frequência pelos profissionais da Psicologia nesse serviço. Os resultados apontaram, também, que os psicólogos realizam visitas domiciliares, matriciamento e AT, porém, de forma menos recorrente.

O matriciamento em saúde mental é primordial para a promoção de um cuidado integral, que considere as necessidades da população atendida. Iglesias e Avellar (2017) ressaltam que ainda são muitos os profissionais da AB que não possuem formação técnica com foco em saúde mental, tornando a presença do psicólogo nesse contexto ainda mais importante, uma vez que, nessa condição, ele será o responsável por levar os casos para a discussão em equipe.

Os grupos psicoterapêuticos são ferramentas que permitem, aos usuários, o resgate do direito de opinar, criar e se relacionar com os demais. Dessa forma, os grupos são eficazes por promover a convivência entre os indivíduos, melhorar a comunicação, auxiliar no retorno ao ambiente familiar e social, proporcionar a troca de experiências entre os participantes e fortalecer os vínculos, viabilizando a organização e recriação do cotidiano dessas pessoas (CARVALHO JUNIOR; AMPARO; NOGUEIRA, 2019).

Uma das principais estratégias para possibilitar a reabilitação psicossocial do sujeito são as oficinas terapêuticas ocupacionais, que são realizadas com a presença de um ou mais profissionais, em que o objetivo é aumentar a integração social e familiar dos indivíduos, exercer a cidadania, desenvolver habilidades e expressar sentimentos (PEREIRA; PALMA, 2019). Essas oficinas podem ser classificadas em três modalidades: oficinas expressivas, que utilizam a pintura, o desenho, a dança, o teatro, a poesia e o canto; oficinas geradoras de renda, em que os produtos produzidos são destinados à comercialização e obtenção de renda; e, por último, há as oficinas de alfabetização, para aqueles que não tiveram acesso à escola (OLIVEIRA; PERES, 2021).

Dentre as práticas do psicólogo, o acolhimento refere-se puramente ao ato de acolher o usuário e sua demanda: é o momento em que o profissional compreende a situação que motivou o indivíduo a procurar o serviço e requer, portanto, um bom nível de atenção e dedicação por parte de quem acolhe. Nesse primeiro contato do usuário com o CAPS, a criação de vínculo é o que pode determinar o seu retorno e/ou adesão ao tratamento, sendo assim uma atividade que exige muito dos profissionais que a realizam (BEZERRA et al., 2018).

A inclusão da família nas atividades propostas pelo CAPS é um dos pilares indispensáveis para a reabilitação psicossocial dos usuários: além de participar ativamente do PTS, o núcleo familiar precisa ter acesso às informações pertinentes relacionadas tanto ao usuário quanto ao respectivo tratamento. No entanto, faz-se necessário oferecer também um espaço para o acolhimento das pessoas que se responsabilizam pelo cuidado dos usuários do serviço, disponibilizando um ambiente em que possam compartilhar dúvidas, sentimentos e experiências (SANTOS, A. V., 2019).

Santos, A. B. (2019, p. 202) ressalta as contribuições da Psicanálise para a realização dessa prática, pois esta é enfática ao dizer que “ser olhado e ouvido implica um movimento de ir ao encontro do outro, acolher esse outro, dar contorno as suas conversações, significação e sentido a sua fala”. Desse modo, o grupo de família é um dispositivo pelo qual a escuta dos familiares se torna viável: por meio dele, ocorre um encontro de pessoas que estão dispostas a partilhar entre si suas vivências relacionadas ao sofrimento psíquico e suas implicações.

Marsillac et al. (2018, p. 566) resgatam o início do AT – que aconteceu por volta de 1960 –, em que este era entendido como um trabalho de auxílio psiquiátrico: naquela época, o AT era conhecido pelo nome de amigo qualificado, em que o profissional realizava o acompanhamento do paciente fora das instituições de internação – prática esta que apresenta resultados positivos, pois “possibilita mais um a testemunhá-lo e a secretariá-lo”.

Atualmente, o AT segue a perspectiva do MNLA, sendo que seu objetivo é fortalecer o cuidado em liberdade do sujeito. Nesse sentido, ele pode ser entendido como um meio de fortalecimento da reforma psiquiátrica, visto que ajuda a construir possibilidades e trabalha em conjunto com outros pontos da rede em saúde, compondo o PTS. Além disso, o AT “configura-se como uma possibilidade de escuta clínica e acompanhamento que singulariza, podendo também ser denominado de clínica ampliada” (MARSILLAC et al., 2018, p. 565).

3.2 A escuta qualificada e a emergência psiquiátrica

Silva, L. et al. (2019) fazem uma análise quanto às práticas em saúde mental, pela qual verificam que é possível perceber que há uma dualidade: é um fato relativamente recente que o MNLA propôs uma nova forma de pensar ações para desinstitucionalizar o “louco” – a qual se contrapõe àquela de há muitos anos em que esses indivíduos em sofrimento eram excluídos –, mas, por outro lado, as práticas ainda sofrem influência do modelo biomédico.

Nesse contexto, a escuta – ferramenta essencial do psicólogo – foi bastante estudada pela perspectiva psicanalítica, visto que possui conceitos que a norteiam para que seja realizada de forma efetiva. Na abordagem freudiana, o psicanalista, a partir da escuta, deve reconhecer a palavra do outro e, assim como Freud ensinou, deve ocupar o lugar de observador, de modo que permita com que o paciente desenvolva sua própria autonomia. Sendo assim, dois conceitos são importantes para o processo terapêutico: a transferência e a aliança terapêutica (SILVA, L. et al., 2019).

A transferência, segundo Zimmerman (2008), ocorre quando o paciente reexperimenta, de forma inconsciente, todas as suas vivências com a pessoa do analista. Ou seja, a transferência integra o passado com o presente. Já a aliança terapêutica ocorre quando o paciente se liga não só na pessoa do analista, mas ao próprio processo de análise – é quando ele busca enfrentar seus aspectos doentes, se aliando, dessa forma, com o analista.

O pediatra e psicanalista Winnicott também contribuiu e ajudou a transformar a teoria de Freud. Em constante contato com bebês e crianças durante toda a sua carreira, Winnicott pôde observar e, portanto, compreender mais sobre o desenvolvimento infantil. Ele elaborou o conceito de objetos e fenômenos transicionais que estão relacionados à fase em que o bebê ainda não é capaz de distinguir o “eu” e o “não-eu”, o interno e o externo.

O objeto transicional é a primeira posse do bebê, em que ele se apega a um ursinho de pelúcia ou uma manta, por exemplo. Já os fenômenos transicionais são entendidos como eventos (balbucios, movimentos etc.) de uma área intermediária (entre o “eu” e o “não-eu”), e que se estendem além da noção de dentro e fora. O intermédio é o que ocorre entre a realidade interior e a vida exterior (WINNICOTT, 2019).

Na concepção de Santos e Casetto (2022, p. 1064), “a formação de uma personalidade integrada e a saúde mental do indivíduo, ao que parece, encontram sua base de origem no sucesso ou fracasso dos fenômenos transicionais, no surgimento ou não de uma confiança no relacionamento e no ambiente”.

O processo psicanalítico busca levar o sujeito a ser reconhecido em sua própria história, indo além da triagem que, segundo Cerioni e Herzberg (2016), é apenas uma forma de coletar dados, avaliar possíveis hipóteses diagnósticas e indicar o melhor tipo de atendimento.

O acolhimento ocorre com a realização da primeira escuta, sendo parte inseparável de qualquer atendimento, a qual, por sua vez, pode desempenhar um efeito terapêutico no sujeito, tornando-se uma prática de cuidado. Sabe-se que a reforma psiquiátrica transformou a percepção sobre o que é a loucura, pois a partir dela se exigiu um olhar humanizado, o que significa dizer que, para além de reconhecer a palavra do outro, deve-se respeito a ele. O acolhimento compreende, portanto, o contexto em que o paciente vive (SILVA, L. et al., 2019).

Sob a perspectiva da Psicanálise, o “falar” implica em um “escutar”, sendo este o papel do analista ou psicólogo na relação terapêutica. Desse modo, a escuta psicanalítica é constituída por dois processos que ocorrem concomitantemente. A associação livre está relacionada ao momento em que o paciente é convidado a dizer tudo o que está se passando em sua vida e, ao passo em que ele se expressa, o profissional realiza a atenção flutuante – compreendida como o “desprendimento do analista de suas influências conscientes” (DAHER et al., 2017, p. 149).

Segundo Daher et al. (2017, p. 150), a escuta psicanalítica tem uma função ativa, pois coloca o sujeito em contato com suas angústias, dúvidas e sentimentos, fazendo com que ele consiga dar-se conta de sua subjetividade, conferindo significado às suas próprias palavras. O ato de escutar, nesse sentido, requer do psicólogo a capacidade de suportar a transferência que essa relação proporciona. Destarte, entende-se que o profissional precisa estar atento não somente à fala do paciente, mas também ao que não foi dito por ele e deve ser escutado com a mesma importância. Para que isso torne-se possível, é necessário que o analista ou psicólogo se faça presente como um meio ou estratégia que permita ao sujeito “escutar-se e apropriar-se de seu discurso”.

Resgatando alguns conceitos elaborados por Winnicott em sua teoria, pode-se fazer uma relação dos objetos e fenômenos transicionais com a escuta, em que o psicólogo deve atender às necessidades do sujeito em sofrimento, de modo a acolhê-lo. Ademais, precisa também promover um ambiente confiável que permita com que ele consiga enfrentar sua realidade interior e o mundo externo. Ao se deparar com eventuais fracassos, o sujeito estará seguro de que pode suportar a objetividade do mundo, sem que isso se torne um trauma (SANTOS; CASOTTO, 2022).

No ano de 2023 foi criada, pelo Governo Federal, a PNH, com o intuito de garantir que os princípios do SUS fossem cumpridos na prática. A humanização que se busca atingir refere-se a uma valorização dos sujeitos envolvidos na promoção de saúde, indo além dos usuários e contemplando também gestores e trabalhadores desta área (BRASIL, [20--]).

Dentre os métodos e dispositivos utilizados pela PNH para atender de forma mais humanizada, há a realização do acolhimento e de uma escuta qualificada. Como descrito por Santos, A. B. (2019, p. 174), a escuta qualificada “pode ser definida como o ato de estar sensível ao que é comunicado e expresso através de gestos e palavras, ações e emoções”. Por meio dessa ferramenta, o profissional da saúde entra em contato com as singularidades do usuário, vendo-o para além de sua condição médica. Assim, torna-se possível a criação de um vínculo terapêutico e o resgate da autonomia do sujeito frente ao seu tratamento. A autora ressalta, ainda, que realizar uma escuta qualificada é a base para conhecer o indivíduo em seus diversos âmbitos, o território em que ele vive e identificar aspectos relacionados ao seu adoecimento, o que possibilita a prática da Clínica Ampliada e a elaboração de um PTS que atenda todas as suas necessidades.

Inúmeras concepções de emergência psiquiátrica podem ser encontradas em artigos e livros publicados por diversos autores, nos quais há também a discussão a respeito do termo “crise”, e se este seria equivalente aos casos de urgência ou emergência psiquiátrica. A autora

e psicóloga Martins, A. G. (2017) menciona que a crise pode ser compreendida como um momento no qual o sujeito questiona sua existência e o mundo onde vive, saindo de seu estado habitual de controle e vivenciando um sofrimento significativo.

São consideradas urgência ou emergência psiquiátrica os casos de crise em que o indivíduo apresenta desordem intensa no comportamento, pensamento ou humor, podendo causar riscos para si ou para os outros. Frente a necessidade de um cuidado imediato, os serviços de saúde mental são acionados por meio do responsável pelo sujeito. Dessa forma, nem toda crise se traduz em uma emergência (CRUZ et al., 2019).

É de extrema importância evidenciar que a crise é definida de acordo com o arranjo organizacional psiquiátrico vigente em cada época. Dessa forma, Martins, A. G. (2017, p. 229) cita duas percepções diferentes a respeito da crise. A primeira está ligada ao modelo biomédico, em que a crise é a situação na qual os sintomas psiquiátricos se tornam agudos e se manifestam em delírios, alucinações, agitação psicomotora, agressividade e embotamento afetivo. A segunda surgiu com o movimento da reforma psiquiátrica e baseia-se em uma compreensão que vai além dos sintomas, incluindo também o “contexto social, familiar e relacional, aprofundando a reflexão sobre a vivência subjetiva da crise e sua singularidade para o sujeito que a vivencia concretamente”.

A maneira de lidar com um sujeito em crise também passou por mudanças: se antes as práticas nesse contexto tinham, como objetivo, a estabilização dos sintomas – com o uso de medicação e contenção do indivíduo –, atualmente, fala-se em uma prática realizada de acordo com os princípios da Clínica Ampliada, por meio do acolhimento, da escuta qualificada e da validação do conflito presente, de modo que o momento sirva como um incentivo à transformação (MARTINS, A. G., 2017).

Com a criação da RAPS, o atendimento de emergências psiquiátricas deixou de ser realizado exclusivamente em hospitais psiquiátricos. Esse novo modelo de atenção à saúde mental prioriza que a assistência aos casos de urgência seja prestada por diversos serviços, como CAPS, AB, SAMU, UPA e Hospitais Gerais, sendo que as internações em Hospital Geral são recomendadas somente quando todas as outras práticas não forem suficientes para o tratamento (CRUZ et al., 2019).

Atualmente, o CAPS é considerado o serviço de maior capacidade para atender situações de crise, sendo referência nesse tipo de atendimento. No entanto, uma pesquisa produzida por Martins, A. G. (2017) apontou que ainda há divergência a respeito das práticas realizadas pelos profissionais, que, na teoria, deveriam seguir o que é proposto pela Clínica Ampliada, ou seja, trabalhar de forma interdisciplinar para garantir um cuidado que considere

o usuário como um sujeito biopsicossocial, buscando evitar o uso exclusivo da medicação e que o saber médico se sobreponha aos demais – assim como era em tempos antigos.

Em relação ao manejo da crise, a escuta das necessidades do sujeito é a base para a promoção de um cuidado eficaz. Por isso, deve-se buscar constantemente a realização de uma escuta qualificada e a criação do vínculo entre usuário e serviço, para que este sintasse verdadeiramente acolhido e compreenda a importância de dar continuidade ao tratamento, ainda que seja encaminhado para outro serviço da rede (ROQUETTE, 2019).

Segundo Roquette (2019), a Psicanálise concebe a escuta do indivíduo em crise como um momento para acolher suas diferenças e o sofrimento que pode estar presente. Por meio da fala, ele resgata sua história e constrói sentidos para esse sofrimento, enquanto a presença de alguém que o escuta sem julgamentos é responsável por fornecer algum alívio para o sujeito em estado de angústia.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Para o estudo transversal do tema, foi realizada uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, de modalidade exploratória e descritiva.

4.2 Amostra e amostragem

Foram identificados, por meio de visitas técnicas realizadas nos locais de estudo, dez (n=10/dez) psicólogos que atuam nos CAPS de um município do sul de MG, sendo cinco deles no CAPS II e outros cinco no CAPS AD. Os participantes foram selecionados intencionalmente, considerando a proximidade deles com os pesquisadores e a facilidade de acesso aos mesmos.

4.3 Local

A pesquisa foi realizada nos CAPS II e CAPS AD, ambos localizados em um município do sul de MG com cerca de 154.293 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2022).

O CAPS, em qualquer município, não tem somente a função de oferecer acompanhamento médico para os pacientes, mas também o de uma equipe multiprofissional que visa estimular a integração com a família e a comunidade, por meio de ações de programas sociais e tratamento com um acompanhamento específico para cada tipo de paciente, conhecido como PTS. A partir dessa abordagem singular – que visa a autonomia e cidadania dos sujeitos –, são oferecidas atividades e terapias variadas dentro e fora do CAPS.

Para ser atendido no CAPS, o usuário pode procurar uma unidade por livre e espontânea vontade, ser encaminhado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou por alguma outra instituição. Cada paciente possui um TR – responsável por acompanhar o caso –, o que permite ao profissional criar uma relação de confiança não só com o paciente, mas também com sua família.

Pode-se citar, entre as diversas atividades terapêuticas realizadas pelo CAPS: tratamento psiquiátrico; atendimento psicoterápico individual ou em grupo; oficinas; visitas domiciliares; atividades comunitárias, de lazer e programas sociais em conjunto com a comunidade;

orientação para as famílias sobre os mais diferentes temas que englobam o tratamento; desintoxicação ambulatorial; e procedimentos referentes ao tratamento da abstinência devido ao uso abusivo de alguma substância psicoativa.

4.4 Critério de inclusão e exclusão

Neste estudo, foram incluídos, como participantes: profissionais de ambos os gêneros e de qualquer faixa etária, graduados em Psicologia, com no mínimo um ano de experiência clínica – de qualquer abordagem teórica – e atuantes nos CAPS de um mesmo município do sul de MG.

Foram excluídos, do estudo: profissionais não graduados em Psicologia, psicólogos com menos de um ano de experiência clínica, que estavam afastados, de férias ou de licença e os que se recusaram a participar.

4.5 Instrumentos

Os instrumentos deste estudo foram o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Apêndice A), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), a carta de autorização do setor pesquisado (Apêndice C), o roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice D) e o questionário de dados profissionais para categorização da amostra (Apêndice E).

4.6 Coleta de dados

Este estudo foi realizado após a aprovação do CEP, sob protocolo nº 6.114.893. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário com seis questões abertas, aplicado em entrevista individual e particular, após a anuência de cada participante por meio da assinatura do TCLE em duas vias, sendo uma para posse de cada entrevistado e outra para o pesquisador.

Quando autorizado, a entrevista foi gravada em áudio por meio de um aplicativo disponível no iPhone. No caso da não autorização, a entrevista foi registrada em uma folha A4. Tanto o material registrado no gravador quanto o registrado na folha A4 foram destruídos imediatamente após o registro e armazenamento do conteúdo coletado e que, posteriormente, foi analisado pelas pesquisadoras.

4.7 Procedimentos éticos

A pesquisa foi realizada em conformidade com todas as exigências dispostas na Resolução nº 466 de 2012, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo a autonomia, a privacidade e o anonimato dos participantes da pesquisa, que foram informados previamente sobre os riscos e benefícios em participar do estudo, bem como os objetivos do mesmo. O TCLE foi lido e assinado por cada participante antes da entrevista, ou seja, a participação na pesquisa está condicionada à assinatura deste termo.

4.8 Riscos

Dentre os riscos previstos, estão: a possibilidade de desconforto ao responder o instrumento de coleta de dados; receio de não saber como responder; e o medo de ser identificado e/ou julgado.

Para amenizar esse risco, foi reforçado o anonimato de cada participante, preservando o nome, o gênero e qualquer outra informação que pudesse identificá-lo. Inclusive, na divulgação dos dados, não são diferenciados os CAPS, para não gerar fantasia de julgamento de qual serviço apresentou sujeitos com melhores respostas.

4.9 Análise de resultados

A análise dos dados foi realizada por meio de análise temática de conteúdo que, segundo Rosa e Mackedanz (2021), ocorre por categorização de respostas do material transcrito.

A partir dessa organização dos dados, foi feita a análise dos sentidos que aparecem em padrões repetitivos dos discursos em um todo.

Os dados sociodemográficos e de formação profissional foram organizados no banco de dados em tabelas de maneira descritiva, mas não foram divulgados no presente estudo para assegurar o anonimato e privacidade dos sujeitos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme citado no TCLE (Apêndice B), foram omitidas as características que poderiam identificar os sujeitos e o CAPS específico dos mesmos. Sendo assim, foi excluída a tabela das características sociodemográficas e profissionais dos psicólogos entrevistados nos CAPS.

De maneira geral, a faixa de idade variou entre 36 e 53 anos, enquanto o tempo de formação variou entre 13 e 30 anos. Diante do perfil dos profissionais entrevistados, observou-se que a maioria tem pós-graduação *latu-sensu* concluída, sendo que as linhas e abordagens psicológicas são variadas, o que denota uma grande possibilidade de compartilhamento de saberes e práticas.

Pela análise temática do conteúdo e categorização das respostas, foi pertinente fazer a junção de algumas questões do roteiro de entrevista, pela semelhança temática das respostas obtidas. Nesse sentido, a ordem das mesmas foram reorganizadas para melhor apresentação dos resultados.

5.1 Técnicas e recursos para uma escuta em Clínica Ampliada

Neste subcapítulo, estão contempladas as respostas às questões 2 e 4 do Apêndice D, as quais tratam sobre as técnicas e/ou recursos necessários para a realização de uma escuta em Clínica Ampliada.

Um participante respondeu que, atualmente, no caso de usuários adultos, se usa muito a associação livre e a psicoterapia breve. A associação livre é um método importantíssimo para a psicanálise e está relacionada à liberdade que o paciente tem para falar o que lhe vem à cabeça, já que os conteúdos inconscientes podem surgir de maneira implícita em qualquer momento da fala. Para Carvalho e Honda (2017, p. 51), é como se o psicanalista estivesse “puxando uma linha à procura do carretel em que está amarrada”, pois cada palavra estaria, portanto, associada à outra.

A associação livre é um recurso utilizado no atendimento infantil, por meio de verbalização e/ou pelo brincar que corresponde ao discurso da criança, que ainda não tem recursos simbólicos suficientes para expressão por meio da linguagem. Prova disso foi o que um dos participantes relatou: “[...] com criança, a gente usa alguma técnica expressiva, com papel, lápis, ou às vezes com material de artesanato, dependendo da demanda”.

O brincar, na terapia infantil, representa o discurso que seria para o adulto, ou seja, se estende para além da diversão, pois é uma forma de comunicação. Através do brincar, a criança rompe as barreiras da realidade e transita entre o mundo interno e externo, o que pode ser representado pelo conceito Winnicottiano de espaço transicional, ou seja, uma zona intermediária que ameniza os impactos promovidos pelas exigências da realidade e favorece um amadurecimento saudável e protegido dos traumas.

É importante ressaltar que não há CAPS IJ no município em que a pesquisa foi realizada e, diante disso, os CAPS criam estratégias de acompanhamento em horários e dias especiais para o atendimento ao público infanto-juvenil, de maneira que os menores de idade não sejam acessados pelos usuários mais velhos.

Associação livre e a interpretação transferencial também são recursos utilizados por alguns autores da psicanálise breve, em um direcionamento que a difere da tradicional em dois elementos constitutivos: o limite de tempo previamente estabelecido para a terapia (entre seis meses e um ano) e a identificação e seguimento de um foco (Gilliéron, 1983).

Essa modalidade de psicoterapia em tempo previamente delimitado também pode ocorrer por meio das técnicas de qualquer abordagem psicológica.

Para a mesma pergunta, outro participante colocou que a realização da escuta é uma prática que está diretamente ligada à singularidade de cada profissional: “quando a gente fala em técnica em saúde mental, o instrumento de trabalho do psicólogo somos nós mesmos, né. Então esse recurso não é concreto, ele é muito da relação subjetiva que é estabelecida ali”.

A abordagem também faz parte da singularidade de cada profissional. Além disso, os recursos e técnicas utilizadas variam de acordo com a demanda de cada usuário e sua capacidade de elaboração a respeito de sua própria condição. Por não ser uma ferramenta exclusiva do ambiente clínico tradicional, pode e deve ser realizada em outros contextos, como por exemplo, nos grupos psicoterapêuticos dos CAPS, desempenhando um papel fundamental no tratamento e sendo responsável por resgatar a autonomia, aflorar a criatividade e aprimorar as relações interpessoais. Segundo Carvalho Junior, Amparo e Nogueira (2019, p. 131) espera-se que a atuação do psicólogo no grupo seja “inovadora e criativa a cada encontro, sem deixar de lado os aspectos teóricos e metodológicos de suas atividades”.

Duas técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental foram citadas pelos entrevistados enquanto recursos utilizados na realização da escuta: o Questionamento Socrático e a Psicoeducação. Segundo Beck (2022), o Questionamento Socrático é utilizado como uma forma de guiar o usuário em um processo de identificação, descoberta e validação de crenças e pensamentos disfuncionais, enquanto a Psicoeducação tem papel de conscientizar o paciente a

respeito da natureza e do curso de seu transtorno mental, bem como de seu funcionamento cognitivo.

Como dito anteriormente por um dos participantes, o próprio psicólogo é seu instrumento de trabalho, questão que, por vezes, esbarra na realização de uma escuta qualificada: “[...] para atender, você precisa dar o seu melhor e nem sempre a gente está no nosso melhor dia, nem sempre a gente está com aquela atenção que eles precisam ter”.

Outro fator apontado como desafio são as diversas formações dos profissionais do CAPS, visto que cada um deles possui uma visão diferente dos casos atendidos. No entanto, ao passo em que é um desafio, a reunião de equipe torna-se também um recurso para integrar essas diversas formações e seguir apenas uma direção, visando sempre o melhor para cada usuário. Além disso, torna-se também um lugar de troca de experiências entre os próprios profissionais, que, por lidarem com inúmeras demandas, diversidades, usuários e famílias que não aderem ao tratamento, acabam precisando compartilhar suas dificuldades para proporcionar o melhor tratamento, como relatou um dos participantes: “[...] é um desafio grande, às vezes, encontrar estratégias de como agir, como atuar”.

5.2 Postura profissional diante do sofrimento psíquico

Neste subcapítulo, se encontram as respostas à questão 3 do Apêndice D, que se refere à postura profissional diante do sofrimento psíquico.

Por meio da reforma psiquiátrica, muitas mudanças foram realizadas no modelo de assistência à saúde mental. Além da garantia dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico, o olhar dos profissionais da saúde diante do sofrimento psíquico também se modificou, dando lugar a uma postura empática, sensível e sem julgamentos, tal como observado na fala de um dos participantes: “eu sempre falo pro pessoal que se você não consegue se sensibilizar com o sofrimento do outro, você tem que procurar outra coisa pra fazer na vida”.

Idealizador da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), Carl Rogers atribuiu ao ser humano uma natureza construtiva e positiva, em que este se encontra constantemente em crescimento e atualização. A compreensão empática é a atitude facilitadora mais importante de sua teoria, e pode ser compreendida como “o processo em que o terapeuta sente precisamente os sentimentos e os significados pessoais que estão sendo vivenciados pelo cliente e lhe comunica esta compreensão” (ROGERS, 1986, p. 19 apud LIMA; LIBERATO; DIONÍSIO, 2019, p. 164).

Em outras palavras, a compreensão empática, ou empatia – como é popularmente conhecida –, diz respeito à capacidade que o terapeuta tem de se colocar no lugar do outro, compreender seus sentimentos e significados, mas sem perder de vista sua própria referência simbólica, como mencionado por um dos participantes: “a postura na escuta na Clínica Ampliada vai muito de encontro com ver possibilidades e também em alguns momentos deixar que o caos se faça presente, de respeitar que pode fazer parte também”.

De acordo com Lima, Liberato e Dionísio (2019, p. 165), “tal concepção de compreensão empática é muito rica para o campo da saúde mental e atenção psicossocial, tendo em vista que nesta área da saúde em específico, o vínculo é um fator fundamental para a efetivação do cuidado”.

Nesse sentido, outro participante comentou: “[...] é uma postura afetuosa mesmo, que busque o vínculo, mas também leve a pessoa a se questionar sobre o papel dela ali”. Segundo Silva, L. et al. (2019), na abordagem freudiana, o psicanalista, a partir da escuta, deve reconhecer a palavra do outro e, assim como Freud ensinou, deve ocupar o lugar de observador, de modo que permita com que o paciente desenvolva sua própria autonomia.

A aproximação com os sentimentos do usuário, nesse contexto, se caracteriza como uma atitude ética, pois não permite que o sofrimento seja reduzido ao mero enquadre em uma categoria psicopatológica. A ética na escuta pode ser entendida como uma “análise e escuta atenta do sujeito em seu sofrimento e/ou sintoma” (MARCHESAN, 2018, p. 37) e, para que isso ocorra, o psicólogo deve transparecer uma atitude de escuta, ou seja, se mostrar aberto para que o sujeito fale, pois assim ele se sentirá verdadeiramente escutado. Dessa forma, a ética é um dos pilares para a construção e manutenção da Aliança Terapêutica, definida pela psicanalista Elisabeth Zetzel (1956) como a relação estabelecida entre o paciente e o terapeuta, na qual há cooperação mútua em favor do processo psicoterapêutico (OLIVEIRA; BENETTI, 2015).

Beck (2022) postulou, em seu livro “Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática”, que o caminho para a criação de uma aliança terapêutica sólida requer o uso de boas habilidades da abordagem rogeriana, comprometimento e colaboração com as metas de tratamento, fornecer justificativas sobre as intervenções, usar autoexposição e estar constantemente solicitando o *feedback* do cliente a respeito das sessões. Apesar de sua origem psicanalítica, a Aliança Terapêutica possui um conceito universal, elaborado por Bordin em 1979 e atribuído a diversas teorias e abordagens, que propõe três componentes essenciais da Aliança Terapêutica: estabelecimento de metas, implementação de tarefas e o vínculo entre terapeuta-cliente (RAMOS et al., 2021).

“Uma postura de acolher [...] o plantão, que a gente fala.” A fala desse participante provoca uma reflexão a respeito da escuta realizada em casos de emergência psiquiátrica, por meio do plantão – um dispositivo reconhecido pelo CFP, cujo objetivo é prevenir e promover a saúde. Dessa forma, acaba sendo utilizado de forma mais frequente no acolhimento de usuários em crise. É uma medida emergencial, em que o terapeuta acolhe e auxilia o usuário no desenvolvimento de recursos para lidar com a questão que está lhe causando sofrimento.

Portanto, não é raro que o profissional seja impactado pelo conteúdo abordado durante o acolhimento, como ressaltou um dos participantes: “[...] atuar como psicólogo na saúde mental é ser tocado o tempo todo de alguma forma, a gente não tá isento, mas a gente, claro, tenta até com a psicoterapia individual, cuidar da gente, pra não invadir um espaço que é do outro”.

5.3 Efeitos de uma escuta

Neste subcapítulo, se encontram as respostas à questão 5, do Apêndice D, que trata dos efeitos de uma escuta.

Um dos participantes respondeu: “eu penso que a escuta começa a ter efeito quando eles começam a entender o motivo de estarem aqui”. Nesta resposta, o participante indicou quão significativo é quando o usuário entende o motivo de ser acompanhado pelo CAPS: o tratamento passa a ser cada vez mais eficaz à medida em que o usuário, além de entender, aceita as condições que o levaram até ali.

Na Psicanálise, há um termo que consegue definir essa compreensão: *insight*. Como explica Zimmerman (2008, p. 211), o *insight* nada mais é do que uma iluminação que acontece na mente do paciente. Essa iluminação interna flui de forma gradativa até que se torna um *flash*. O autor compara esse momento como quando se entende, repentinamente, uma piada. Essencial para o processo terapêutico, o *insight*, segundo Abel (2003), é como um caminho que leva à “solução do problema”.

Um outro participante estabeleceu que o maior efeito é o alívio do usuário, tendo sido este, inclusive, citado algumas vezes por todos os demais participantes: “acho que o efeito que a gente pode perceber, depois de uma escuta, é o alívio do usuário, né? No acolhimento, no plantão, é visível o alívio da pessoa depois de falar, contar o que ela precisa ali, naquele momento.”

É possível fazer uma relação da resposta com o que a Psicanálise chama de “a cura pela fala”. O termo em inglês, *talking cure*, foi utilizado pela primeira vez pela paciente de Dr.

Joseph Breuer, um amigo de Freud, que apresentava um estado de histeria. Seu caso contribuiu para construir a teoria psicanalítica, visto que foi, a partir das conversas com Breuer, que Freud tornou a escuta como um método, como um acesso que os pacientes lhe davam para seus conteúdos internos.

Segundo Fochesatto (2011, p. 166), Freud confirmou sua tese de que quando uma reação é reprimida, o afeto se vincula à lembrança. Nesse sentido, “a cura pela fala” tem o objetivo de servir como uma representação da ação, ou seja, nas palavras do autor, por meio da linguagem, “o afeto pode ser ab-reagido quase com a mesma eficácia que uma vingança”. Assim, a ab-reação é entendida como uma reação (emocional) atrasada a uma determinada situação, uma retomada dos afetos, e está diretamente relacionada com o estado de catarse.

Este estado foi referido por um dos participantes deste estudo: “há casos onde a escuta, às vezes, traz uma mudança meio que no rompante mesmo, da pessoa chegar muito agitada e muito emotiva e você ofertar um espaço de escuta, um espaço seguro, e você vê esse quadro aí evoluindo de imediato, a pessoa se acalmando, uma catarse que a fala acaba trazendo, uma reorganização”.

A catarse, segundo Almeida (2010), ocorre com a liberação de emoções. Nesse processo, são trazidas memórias que foram recalçadas no inconsciente. Ela é, portanto, um efeito esperado da ab-reação e é necessária para o processo terapêutico, visto que ajuda o paciente a superar o trauma.

Já para outros dois participantes da pesquisa, o efeito pode ser percebido a partir do momento em que o usuário estabelece uma relação com o CAPS. Um deles relatou: “quando começa a vir por vontade dele e não mais por imposição da família, porque o juiz mandou ou porque o hospital encaminhou. Ele vem porque quer, porque percebe que foi bem cuidado”. Outro entrevistado, por sua vez, disse: “o vínculo. O vínculo afetivo, profissional. Acho que é o que mais ressalta, porque aí a pessoa te procura. O vínculo é o primordial”.

Ainda sob a perspectiva psicanalítica, essa relação pode ser chamada de transferência e ocorre entre o paciente e o psicanalista. Pode ser entendida, em suma, pela maneira como o paciente se sente frente ao psicanalista, isto é, há uma projeção dos seus sentimentos e fantasias. Freud descobriu esse fenômeno durante as análises que fazia, nas quais notou que muitos dos seus pacientes desenvolviam sentimentos em relação a ele do mesmo modo como diziam ter desenvolvido com seus pais durante a infância.

5.4 Conceito de uma escuta qualificada em Clínica Ampliada segundo os psicólogos do Centro de Atenção Psicossocial

Neste último subcapítulo, se encontram as respostas às questões 1 e 6 do Apêndice D, que se referem ao conceito de uma escuta qualificada em Clínica Ampliada, segundo os psicólogos atuantes dos CAPS pesquisados.

Dentre as respostas dadas pelos participantes, foi mencionado que o acolhimento está relacionado à realização da escuta em Clínica Ampliada: “acolhimento. Até mesmo porque os acolhimentos aqui são feitos por TR’s de profissões diferentes, de formação diferente”.

O acolhimento foi um tema abordado brevemente no subcapítulo 3.2 – “a escuta qualificada e a emergência psiquiátrica” –, o qual acontece logo na primeira escuta, no primeiro atendimento do usuário. Dessa forma, é possível que ela gere efeito terapêutico.

Também foi citado anteriormente que o acolhimento é um dispositivo da PNH que não tem momento para ocorrer, e pode ser feito em todos os âmbitos do atendimento em saúde, por qualquer profissional da equipe. Essa atitude implica em escutar, de forma qualificada, as queixas do usuário, considerando suas preocupações e angústias. Além de garantir a continuidade do tratamento com outros serviços de saúde, o profissional deve estar ciente da responsabilização pela resolução do caso em questão, e isso inclui levar o usuário a reconhecer seu próprio protagonismo no processo saúde-doença. Nesse cenário, o tratamento em saúde mental se torna mero coadjuvante, um dispositivo de apoio e cuidado que facilita a reconstrução de quem está em sofrimento psíquico.

A partir dos serviços oferecidos pelos CAPS – que também foram bastante citados no decorrer deste trabalho –, é possível perceber que há diálogo aberto entre a equipe e os usuários. Pacheco, Rodrigues e Benatto (2018) indicam que colocar o sujeito em contato direto com seu tratamento, bem como compreender de que forma ele o vê, é um dos objetivos das unidades de atendimento em saúde.

Prova disso é o que um dos participantes respondeu: “[...] levando em consideração a história desse sujeito, seu processo de adoecimento, o que ele pensa sobre o seu contexto de vida... O que ele busca nesse serviço...”. Essa colocação leva à reflexão a respeito da importância da realização de uma escuta para além do consultório e dos rótulos sociais e culturais, em que todo o histórico de vida do indivíduo é devidamente priorizado, bem como a expectativa do usuário frente ao tratamento.

Outro participante relatou: “a nossa escuta vai tomando forma e proporção conforme eles estão aqui”.

Dito em outras palavras, a escuta não é engessada: ela evolui de acordo com a necessidade em cada tempo do paciente. De acordo com Dias (2009), Winnicott se refere ao manejo necessário dentro dessa temporalidade singular de cada caso: de acordo com sua teoria, o manejo é definido por um ambiente suficientemente bom e confiável, e o psicanalista deve suprir as necessidades de seu paciente de forma maternal. Em outras palavras, precisa oferecer cuidados que faltaram para aquele paciente em um determinado momento do seu processo de crescimento pessoal. O psicanalista precisa adaptar o manejo de acordo com as necessidades de cada paciente, sabendo que suas ações serão, para o paciente, mais importantes do que suas interpretações.

Para a realização de uma escuta realmente qualificada, é necessário que o profissional se abstenha de seus valores e expectativas, para que a escuta não seja comprometida por julgamentos pessoais. O profissional deve ser capaz de prestar atenção e reconhecer o que tem de próprio e singular no sujeito, fazendo com que este sinta-se escutado e acolhido, o que proporciona uma experiência de validação de sua existência (MARCHESAN, 2018).

A criação de vínculo com quem se ouve também é fundamental nesse processo, enquanto a compreensão do conceito de escuta qualificada pelo profissional da saúde permite o desenvolvimento das relações interpessoais e fortalece o vínculo entre equipe e pacientes, ou seja, aprimora os meios de cuidado em saúde mental (MAYNART et al., 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, em formato de monografia, com o objetivo de descrever o conceito e as estratégias para a escuta em Clínica Ampliada, além do trabalho de campo, realizou uma exposição teórica acerca do contexto no qual se insere, o que trouxe às pesquisadoras uma importante travessia pela evolução do próprio fazer do psicólogo diante da história de suas práticas, evidenciando, assim, a expansão da escuta qualificada para além do âmbito da saúde. A experiência de realizar o presente trabalho trouxe à luz diversas reflexões quanto às atividades desenvolvidas no cuidado em saúde mental e as múltiplas possibilidades de atuação do profissional de psicologia.

Nesse sentido, a partir do discurso de alguns profissionais sobre o investimento que fazem na interdisciplinaridade, ou seja, o esforço em direção à integração dos saberes acerca do sofrimento psíquico, observou-se que todos os profissionais entrevistados trabalham com o essencial da clínica ampliada: projetos terapêuticos guiados pela escuta qualificada.

Esses discursos evidenciam também o papel das equipes multidisciplinares frente ao cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, uma vez que este necessita de avaliação e acompanhamento integral, ou seja, um tratamento em que todos os âmbitos de sua existência estejam incluídos, uma vez que o ser humano é biopsicossocial.

Há, ainda, uma grande diversidade de abordagens psicológicas, cada qual com sua contribuição para o cuidado em saúde mental. Essa riqueza de abordagens favorece ainda mais a realização de um trabalho integrado, pois todas são igualmente importantes à medida em que proporcionam um olhar mais humanizado, focando no indivíduo e no resgate de sua autonomia. A presente pesquisa se apropriou dessa variedade de saberes para abordar e discutir o tema proposto, considerando que jamais deve-se exaltar uma abordagem teórica em detrimento de outra.

Cabe ressaltar, também, que a família é parte essencial na reabilitação psicossocial dos usuários. Os familiares precisam ter acesso às informações acerca do tratamento e, principalmente, serem acolhidos em um ambiente onde possam expressar sentimentos, compartilhar dúvidas e experiências. Como mencionado por um dos participantes da pesquisa, ouvir o acompanhante do usuário é um dos recursos utilizados para que a escuta realizada seja qualificada. Essa reflexão, segundo Santos, A. V. (2019), revela a importância da inclusão da família nas atividades propostas pelo CAPS, inclusive no acolhimento da demanda, visto que o momento exige que o profissional colete o maior número de informações possível e ouvir pessoas que estão presentes na vida do usuário pode ser um dos caminhos para a compreensão do caso, bem como o planejamento de um tratamento mais adequado.

Ainda em relação aos recursos, o AT não foi citado por nenhum dos participantes durante as entrevistas, no entanto, ele é uma ferramenta extremamente rica, que pode e deve ser utilizada atualmente. Além disso, o AT não requer do profissional um diploma de curso superior, pois seu objetivo é fortalecer o cuidado em liberdade, fora das instituições de internação, seguindo a perspectiva da reforma psiquiátrica. Dessa forma, pode ser realizado por pessoas que possuem curso de nível médio de escolaridade e, além de otimizar recursos, atuará também como uma “possibilidade de escuta clínica e acompanhamento que singulariza, podendo também ser denominado de clínica ampliada” (MARSILLAC et al., 2018, p 565).

Com este estudo foi possível evidenciar que, embora cada profissional tenha dado um enfoque diferente para o que considera acerca da escuta qualificada, todos estavam em consonância com a proposta do cuidado em saúde mental que foi preconizado pela reforma psiquiátrica. Mais especificamente, os participantes se mostraram em sintonia com o papel do CAPS na Clínica Ampliada, que visa a singularidade e a autonomia de seus sujeitos.

Um ponto que também integra todas as concepções, é o fato do investimento em um setting diversificado enquanto um dos dispositivos para saúde mental e reabilitação psicossocial, de maneira que abarque profundamente as diferenças em um plano singular de projetos de vida e desenvolvimento pessoal e coletivo. Isso demarca um avanço da psicologia nas estratégias de inclusão social, autonomia e exercício da cidadania contra as formas manicomial e de poder.

Desse modo, pode-se compreender a escuta qualificada em Clínica Ampliada como sendo aquela que, além de acolher o sujeito e sua demanda, consegue também identificar as necessidades que este apresenta, e exige, portanto, preparo e qualificação por parte dos profissionais. É, por meio do contato com os casos e da vivência no serviço de saúde mental, que o psicólogo vai adquirindo cada vez mais habilidades para a realização de uma escuta neutra, privada de julgamentos, sem que os componentes técnicos sejam deixados de lado, proporcionando conforto, segurança e confiança para o usuário, como mencionado por um dos participantes: “se você conseguiu estabelecer um bom contato no primeiro encontro, a probabilidade de o negócio dar certo é muito alta”.

Por fim, vale ressaltar que, apesar dos resultados obtidos, faz-se necessária a realização de novos estudos que possam ampliar e aprofundar o tema, beneficiando profissionais e usuários do serviço, bem como oferecendo sugestões de melhorias no atendimento que é ofertado à comunidade.

REFERÊNCIAS

- ABEL, M. C. O *insight* na psicanálise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 22-31, dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2023.
- ALMEIDA, W. C. Além da catarse, além da integração, a catarse de integração. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 97-106, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932010000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 set. 2023.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013. 255 p.
- ASSENHEIMER, S.; PEGORARO, R. F. Práticas desenvolvidas por psicólogos em serviços de atenção psicossocial: revisão de literatura. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 3, p. 139-155, dez. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2023.
- BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre. Artmed, 2022.
- BEZERRA, E. B. N. et al. O trabalho de equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 169-188, abr. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2023.
- BOARINI, M. L. A luta antimanicomial: um mosaico de vozes insurgentes. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 20, n. 47, p. 21-35, abr. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2023.
- BOCK, A. M. B. et al. O compromisso social da Psicologia e a possibilidade de uma profissão abrangente. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42 (n. spe), p. e262989, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/gLBYMVzGTHFynJJzjhW9x8t/>>. Acesso em: 21 maio 2023.
- BRASIL, D. D. R.; LACCHINI, A. J. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 14-32, jul. 2021. Disponível em: <<https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/343>>. Acesso em: 3 out. 2023.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 20 maio 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Brasília, [20--]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>>. Acesso em: 22 maio 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Clínica Ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 64 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<https://redehumanizasus.net/acervo/clinica-ampliada-e-compartilhada/>>. Acesso em: 13 maio 2023.

_____. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 fev. 2012. Seção 1, p. 33. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>. Acesso em: 13 abr. 2023.

_____. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Seção 1, p. 22. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 14 abr. 2023.

_____. Portaria nº 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Seção 1, p. 230. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 maio 2023.

CARVALHO JUNIOR, A. C. N. de; AMPARO, D. M. do; NOGUEIRA, R. N. O grupo de escuta como um dispositivo clínico em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 123-143, abr. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652019000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2023.

CARVALHO, V. O.; HONDA, H. Fundamentos da associação livre: uma valorização da técnica da psicanálise. **Analytica**, São João del-Rei, v. 6, n. 10, p. 46-56, jun. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972017000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 set. 2023.

CERIONI, R. A. N.; HERZBERG, E. Triagem psicológica: da escuta das expectativas à formulação do desejo. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 19-29, dez. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2023.

CORREIA, L. C.; SOUSA JUNIOR, J. G. O movimento antimanicomial como sujeito coletivo de direito. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 1624-1653, jul. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rdp/a/QVyGbx9Q7K8vwD6HtyWcNSv/>>. Acesso em: 25 jun. 2023.

- CRUZ, K. D. F. da et al. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. **Revista da NUFEN**, Belém, v. 11, n. 2, p. 117-132, ago. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2023.
- DAHER, A. C. B. et al. Plantão psicológico a partir de uma escuta psicanalítica. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 38, n. 2, p. 147-158, jul./dez. 2017. Disponível em: <<https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/32074>>. Acesso em: 14 jul. 2023.
- DIAS, M. F. O manejo de Winnicott no caso Philip. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 4, n. 1e2, p. 1-12, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2009000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 set. 2023.
- DIMENSTEIN, M. et al. Determinação social da saúde mental: contribuições à Psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2023.
- FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007. Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendimen-toacrise.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2023.
- FOCHESATTO, W. P. F. A cura pela fala. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 36, p. 165-171, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2023.
- IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. O matriciamento em saúde mental na perspectiva dos gestores. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 63-90, jun. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2023.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados: Pouso Alegre**. [S.l.], 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/pouso-alegre.html>>. Acesso em: 20 ago. 2023.
- JACÓ-VILELA, A. M. Trajetórias da Psicologia no Brasil: conciliações e resistências. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, [s.l.], v. 38, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/36485>>. Acesso em: 3 out. 2023.
- LAZARINO, M. da S. A.; SILVA, T. L. e; DIAS, E. C. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s.l.], v. 44, p. e23, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369000009318>>. Acesso em: 17 maio 2023.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. de. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 87-101, abr. 2013. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2023.

LEITÃO, I. B. et al. Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. **Psicologia USP**, [s.l.], v. 31, p. e190011, 2020. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0103-6564e190011>>. Acesso em: 15 jul. 2023.

LIMA, D. T.; LIBERATO, M. T. C.; DIONÍSIO, B. W. R. A empatia como atitude ética no cuidado em saúde mental. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 152-170, dez. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2019000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2023.

MARCHESAN, R. Q. **A escuta qualificada como dispositivo no cuidado em saúde mental na Atenção Básica**. 2018. 125 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2018. Disponível em:

<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/16631/DIS_PPGPSICOLOGIA_2018_MARCHESAN_RAFAELA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jul. 2023.

MARSILLAC, A. et al. Contribuições da psicanálise ao Acompanhamento Terapêutico: alguns apontamentos para a formação clínica do psicólogo. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 559-576, ago. 2018. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682018000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2023.

MARTINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um Centro de Atenção Psicossocial. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 226-242, jun. 2017.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2023.

MARTINS, R. C. A. Reformas psiquiátricas e o processo de ressignificação do trabalho de saúde mental. **Revista da NUFEN**, Belém, v. 11, n. 2, p. 96-116, ago. 2019. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2023.

MATOS-DE-SOUZA, R.; MEDRADO, A. C. C. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do ‘Holocausto Brasileiro’. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 45, n. 128, p. 164-177, jan. 2021.

MAYNART, W. H. da C. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. 4, p. 300-304, ago. 2014. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400051>>. Acesso em: 27 abr. 2023.

MOTA, V. de A.; COSTA, I. M. G. da. Relato de experiência de uma psicóloga em um CAPS, Mato Grosso, Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 37, n. 3, p. 831-841, jul. 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/pcp/a/qh4jSXNNGSqbHgjHSpMbNpt/?lang=pt>>. Acesso em: 23 jul. 2023.

OLIVEIRA, A. L. de M.; PERES, R. S. As oficinas terapêuticas e a lógica do cuidado psicossocial: concepções dos(as) coordenadores(as). **Psicologia: Ciência e Profissão**, [Brasília], v. 41 (n. spe 4), p. e204609, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003204609>>. Acesso em: 20 maio 2023.

OLIVEIRA, I. T. de et al. Formação em Psicologia no Brasil: aspectos históricos e desafios contemporâneos. **Psicologia Ensino & Formação**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 3-15, jun. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612017000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2023.

OLIVEIRA, M. R. de; SCHLOSSER, A.; SILVA, J. P. da. Revisão integrativa: atuação da psicologia na Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 12, n. 3, p. 19-32, set. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000300002>. Acesso em: 17 maio 2023.

OLIVEIRA, N. H.; BENETTI, S. P. C. Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, p. 125-138, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2023.

OLIVEIRA, R. M. de. **Interdisciplinaridade e atenção à saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): produção de sentidos e subjetividades**. 2018. 129 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

PACHECO, S. U. C.; RODRIGUES, S. R.; BENATTO, M. C. A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re)construção do seu projeto de vida. **Mental**, Barbacena, v. 12, n. 22, p. 72-89, jun. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272018000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 jul. 2023.

PASSOS, R. G. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Sociedade em Debate**, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 55-75, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1678>>. Acesso em: 15 abr. 2023.

PEREIRA, O. P.; PALMA, A. C. R. Sentidos das oficinas terapêuticas ocupacionais do CAPS no cotidiano dos usuários: uma descrição fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 24, n. 1, p. 15-23, abr. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672018000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2023.

RAMOS, A. R. de S. et al. aliança terapêutica na Terapia Cognitivo Comportamental: uma análise cienciométrica. **Psicologia em Ênfase**, [Goiânia], v. 2, n. 2, p. 108-122, set. 2021. Disponível em: <<https://ojs.unialfa.com.br/index.php/psicologiaemenfase/article/view/136/92>>. Acesso em: 15 set. 2023.

ROCHA, F. C.; OLIVEIRA, P. R. S. de. Psicologia na rua: delineando novas identidades a partir do trabalho com a população em situação de rua. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 1, p. 1-18, mar. 2020. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2023.

RODRIGUES, H. B.; CAVALCANTE, J. H. V. Vivência de escuta qualificada no acolhimento da emergência adulta. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, [s.l.], v. 14, 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/731>>. Acesso em: 15 abr. 2023.

ROQUETTE, R. D. **A atenção à crise em saúde mental**: refletindo sobre as práticas, a organização do cuidado e os sentidos da crise. 2019. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39668/ve_Rebecca_Dorneles_ENSP_2019?sequence=2>. Acesso em: 15 abr. 2023.

ROSA, L. S. da; MACKEDANZ, L. F. A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. **Atos de Pesquisa em Educação**, [s.l.], v. 16, p. e8574, abr. 2021.

ROSA, N. B.; SILVA-ROOSLI, A. C. B. da. A Psicologia na Atenção Básica: possibilidades de intervenção na promoção e prevenção à saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 99-114, ago. 2019. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2023.

SANTOS, A. B. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **APS EM REVISTA**, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 170-179, 2019.

Disponível em: <<https://apsemrevista.org/aps/article/view/23>>. Acesso em: 14 jul. 2023.

SANTOS, A. B.; CASETTO, S. J. O CAPS como espaço potencial: diálogos com a teoria winnicottiana. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1063-1076, out.-dez. 2022. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hRSKhtfk8tWcJTNwWf3R8tL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 jul. 2023.

SANTOS, A. V. Grupo de escuta com familiares em Centro de Atenção Psicossocial: um relato de experiência. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 198-209, abr. 2019.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2019000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2023.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria n° 342, de 26 de setembro de 2019. Define e regulamenta o serviço Caps infantojuvenil (ij) III, com funcionamento 24h, no município de São Paulo. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**, São Paulo, SP, 27 set. 2019. V. 64, n. 183, p. 31. Disponível em:

<<https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-342-de-26-de-setembro-de-2019#!>>. Acesso em: 20 ago. 2023.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 1169-1187, out. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hesm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVLC/?format=pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2023.

SILVA, J. P. N. da; SILVA, C. V.; PEDROSO, J. da S. Contribuições psicanalíticas na compreensão do cuidado em saúde mental no Brasil: revisão de literatura. **Actualidades em Psicologia**, José, San Pedro Montes de Oca, v. 35, n. 130, p. 19-34, jun. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352021000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2023.

SILVA, L. da et al. Escuta psicanalítica no acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, [s.l.], v. 11, n. 29, p. 63-83, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69781>>. Acesso em: 10 ago. 2023.

SILVA, N. dos S. et al. Desafios na operacionalização dos projetos terapêuticos singulares nos Centros de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, [Maringá], v. 25, p. e49996, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.49996>>. Acesso em: 17 maio 2023.

SILVA, T. A. da; PAULA JÚNIOR, J. D. de; ARAÚJO, R. C. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 346-363, abr. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8>>. Acesso em: 17 maio 2023.

SOUSA, P. F.; MACIEL, S. C.; MEDEIROS, K. T. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 2, p. 883-895, jun. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2018000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2023.

TASSOTI, R. S. Os manicômios como ferramenta médica e psiquiátrica do processo de eugenia racial e social no Brasil. **Salão do Conhecimento**, [s.l.], v. 6, n. 6, 2020. Disponível em: <<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/18123>>. Acesso em: 20 abr. 2023.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. São Paulo: Ubu, 2019.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e Atenção Básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 173-190, abr. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2018000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2023.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

APÊNDICE A – Protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Escuta psicológica em Clínica Ampliada

Pesquisador: Viviane Vianna de Andrade Fagundes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69238823.6.0000.5102

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.114.893

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2131279.pdf	30/05/2023 14:30:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto detalhado carta assinada e tcle corrigido.pdf	30/05/2023 14:29:02	Viviane Vianna de Andrade Fagundes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCorrigido.pdf	30/05/2023 13:18:03	Viviane Vianna de Andrade Fagundes	Aceito
Outros	carta assinada.pdf	30/05/2023 05:21:37	Viviane Vianna de Andrade Fagundes	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoassinada.pdf	28/04/2023 14:53:50	Viviane Vianna de Andrade Fagundes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

POUSO ALEGRE, 13 de Junho de 2023

Assinado por:
Sílvia Mara Tasso
(Coordenador(a))

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Responsável: Profa. Me. Viviane Vianna de Andrade Fagundes.

Título do Trabalho: *A Escuta Psicológica em Clínica Ampliada*

Eu,....., portador do RG nº....., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa, *A Escuta Psicológica em Clínica Ampliada*, sob a responsabilidade das pesquisadoras, Maria Victória Prince Bizagio (tel: (35) 99250-6465, victoriabizagio@outlook.com) e Stefany Aparecida Nogueira (tel: (35) 99812-2047, stefany.nogueira@hotmail.com) matriculadas no curso de Psicologia da Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS, juntamente com a pesquisadora responsável profa. Orientadora Viviane Vianna de Andrade Fagundes (vianna@univas.edu.br). Fui informado que o objetivo geral desta pesquisa é descrever o conceito e estratégias para uma escuta psicológica em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir da concepção dos psicólogos que atuam nesses serviços. Fui alertado de que, dessa pesquisa, posso esperar alguns benefícios, como a contribuição e a participação direta em um estudo que permitirá uma melhor compreensão a respeito do assunto proposto, bem como auxiliará outros profissionais a refletirem e aperfeiçoarem as práticas de escuta, proporcionando um cuidado mais eficaz e empático a essas pessoas. Durante o estudo será utilizado entrevistas semiestruturadas individuais e particulares, com a duração entre 30 a 50 minutos aproximadamente. As entrevistas serão gravadas por *smartphone*, via aplicativo gravador de voz e transcritas posteriormente. Após a finalização da pesquisa, esse material será destruído. Afirmando também que recebi os esclarecimentos necessários sobre os possíveis riscos decorrentes do estudo e que são mínimos: podendo ser desconforto psicológico ao responder o instrumento de coleta de dados; receio de não saber como responder e o medo de ser identificado. Nesse sentido, a entrevista semiaberta, permite que eu recuse a responder às questões, conforme regulamentado pela Resolução nº 466/12. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome, gênero e nome do CAPS específico onde trabalho ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e sem nenhum prejuízo a mim ou a qualquer pessoa. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí – Univás, para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: (35) 3449-9269 e

endereço: Av. Pref. Tuany Toledo, 470 – Fátima I – Pouso Alegre/MG – CEP: 37550-000. Enfim, tendo sido devidamente orientado quanto ao teor do estudo e compreendido a natureza e o objetivo do mesmo, manifesto meu livre consentimento, por meio de assinatura em duas vias deste termo, que confirma a minha participação, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Para possíveis informações ou esclarecimentos a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a secretária do CEP da UNIVAS pelo telefone (35) 3449-9232, em Pouso Alegre – MG, no período das 8:30h às 11h e das 13h às 16h, de segunda a sexta-feira, ou pelo endereço: Av. Pref. Tuany Toledo, 470 – Fátima I – Pouso Alegre/MG – CEP: 37550-000.

Assinatura do Participante: _____

Pesquisadoras: _____

Maria Victória Prince Bizagio

victoriabizagio@outlook.com

Stefany Aparecida Nogueira

stefany.nogueira@hotmail.com

Orientadora: _____

Me. Viviane Vianna de Andrade Fagundes

vianna@univas.edu.br

APÊNDICE C – Carta de autorização do setor pesquisado

Pouso Alegre, 28 de abril de 2023.

Destinatário: Silvia Regina Pereira da Silva

Prezada Sra. Secretária de Saúde, Silvia Regina Pereira da Silva,

Nós, Maria Victória Prince Bizagio e Stefany Aparecida Nogueira, matriculadas no curso de Psicologia da Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS, sob orientação da professora Me. Viviane Vianna de Andrade, viemos solicitar à Vsa. autorização para coleta de dados nos Centros de Atenção Psicossocial (Aldeia Viramundo e Novo Caminho) com a finalidade de realizar a pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulada: A Escuta Psicológica em Clínica Ampliada. A coleta de dados ocorrerá mediante entrevista semiestruturada realizada com os psicólogos desses CAPS. Assumimos compromisso de utilizar os dados somente para fins científicos, bem como de disponibilizar os resultados obtidos para as instituições pesquisadas. Asseguramos que o anonimato, a privacidade e os nomes das instituições envolvidas serão preservados. Agradecemos antecipadamente e esperamos contar com a sua colaboração.

Profa. Viviane Vianna de Andrade Fagundes

vvianna@univas.edu.br

Secretária de Saúde – Silvia Regina Pereira da Silva

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semiestruturada

Questões abertas:

1. Na sua opinião, o que é uma “escuta em Clínica Ampliada”?
2. Quais técnicas e/ou recursos são necessários para a realização de uma escuta em Clínica Ampliada?
3. Como você acha que deve ser a postura do profissional quando escuta pessoas com algum sofrimento psíquico?
4. Quais os desafios encontrados na prática?
5. De que modo é possível perceber, no usuário dos serviços de saúde mental, os efeitos de uma escuta?
6. Por fim, o que é, para você, uma escuta qualificada em Clínica Ampliada?

APÊNDICE E – Questionário de dados profissionais

Número do questionário: _____

Idade: _____

Município de residência atual: _____

Tempo de formação: _____ Tempo de atuação em CAPS: _____

Possui pós-graduação? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

Abordagem teórico-clínica: () Terapia Cognitivo-Comportamental

() Análise do Comportamento

() Psicanálise

() Psicologia Analítica Junguiana

() Outra – cite: _____