



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

ÁLISSON THIAGO ROCHA SANTOS

**PRODUÇÕES DISCURSIVAS SOBRE A NOÇÃO DE CLÍNICA AMPLIADA
DE PSICÓLOGAS DOS CAPS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

CAMPINA GRANDE/PB

2019

ÁLISSON THIAGO ROCHA SANTOS

**PRODUÇÕES DISCURSIVAS SOBRE A NOÇÃO DE CLÍNICA AMPLIADA
DE PSICÓLOGAS DOS CAPS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em psicologia da saúde da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título em mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos psicossociais e saúde.

Orientador: Professor Dr. Pedro de Oliveira Filho

CAMPINA GRANDE PB

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237p Santos, Álisson Thiago Rocha.
Produções discursivas sobre a noção de Clínica ampliada de psicólogas dos CAPS do município de Campina Grande/PB [manuscrito] / Álisson Thiago Rocha Santos. - 2019.
129 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde). - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho , Departamento de Psicologia - CCBS."
1. Reforma psiquiátrica. 2. Saúde mental. 3. Psicologia Social Discursiva. 4. Clínica ampliada. I. Título
21. ed. CDD 302

ÁLISSEON THIAGO ROCHA SANTOS

**PRODUÇÕES DISCURSIVAS SOBRE A NOÇÃO DE CLÍNICA AMPLIADA
DE PSICÓLOGAS DOS CAPS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em psicologia da saúde da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título em mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos psicossociais e saúde.

Aprovada em: 25 de setembro de 2019

BANCA EXAMINADORA

Pedro de Oliveira Filho
Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho – Presidente

Suenny Fonseca de Oliveira
Prof. Dra. Suenny Fonseca de Oliveira

Ardigleusa Alves Coelho
Prof. Dra. Ardigleusa Alves Coelho

Aos meus pais, esposa e
familiares. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder o dom da vida e me sustentar todos os dias com sua Misericórdia e Graça.

Aos meus pais, Benedito dos Santos e Odaísa Maria Rocha. Agradeço-lhes por tudo que fizeram por mim, sobretudo, pela construção do meu caráter. Amo vocês!

À Juliane, minha mulher, quem ultimamente mais de perto dividiu comigo as angústias e prazeres inerentes a este processo. Agradeço-lhe pela paciência quando nos momentos em que estive envolto por livros e pensamentos soube me compreender e me apoiar. Amo você!

Às minhas irmãs, Aline Thaísa Rocha Santos e Alana Thalita Rocha Santos, por tudo que já vivemos juntos e por terem dividido comigo as aventuras e também desventuras desta vida que tanto nos tem ensinado... Amo vocês irmãs. Carregarei vocês para sempre comigo!

À minha avó, Maria do Carmo, por sempre ter estado presente em minha vida. Suas palavras doces e amigas ecoam em minha alma. Amo você minha avó!

Ao meu avô, Salatiel Josino Bezerra, homem sábio e valente. Mestre de obras e da vida. Amo você meu avô!

A todos os meus familiares que de maneira direta ou indireta participaram desta minha vitória. Não citarei nomes.

A todos os meus amigos e amigas, cujo círculo se expande cada vez mais. Amo todos vocês.

A todos os meus professores do mestrado, especialmente ao meu orientador, Pedro de Oliveira Filho por ser um profissional ético e humano e por quem me senti profundamente respeitado e acolhido nesse processo de orientação. A vocês o meu muito obrigado!

RESUMO

O escopo do exercício da clínica esteve vinculado historicamente de forma privilegiada ao domínio médico, registro no qual essa noção tradicional de clínica foi elaborada e difundida, contribuindo para o estabelecimento de um paradigma de atuação, o biomédico, no qual a predominância da explicação biológica para o processo saúde-doença e a supressão da categoria sujeito constituem os seus pilares. A noção de clínica ampliada, por sua vez, consiste em uma importante ferramenta no campo da saúde mental, quando compreendida e colocada em prática pelos profissionais que atuam nessa área, uma vez que possibilita um olhar ampliado para o processo saúde-doença, bem como a superação do paradigma biomédico e a inserção da subjetividade no âmbito da clínica em uma atitude epistemológica que visa superar as limitações da clínica tradicional. Os processos de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial ao longo do Ocidente e também no Brasil culminaram com a produção do campo da saúde mental no qual a noção de clínica ampliada ganha destaque, tornando-se imprescindível para um exercício profissional em consonância com as complexas demandas que emergem desta área. Esse trabalho objetiva, portanto, identificar e analisar as produções discursivas das psicólogas dos CAPS (Centro de atenção psicossocial) da cidade de Campina Grande, PB sobre essa noção de clínica ampliada, bem como os posicionamentos, se favoráveis ou contrárias a esta noção, identificando os recursos retóricos utilizados na construção desses argumentos. Para tanto, utilizaremos a Psicologia Social Discursiva de vertente inglesa que apresenta a Análise do Discurso como ferramenta teórico-metodológica que guiará a análise dos dados obtidos nessa pesquisa. Na Psicologia Social Discursiva o discurso constitui uma ação social, uma forma de se posicionar no mundo. Trata-se de uma tradição de pensamento que se distancia das tradições realistas/essencialistas nas quais a linguagem é vista geralmente como um meio neutro e transparente de espelhar a realidade e se inscreve em uma tradição epistemológica chamada de Construcionismo que concebe a realidade social produzida na e pela linguagem. Esse trabalho consiste em uma pesquisa de cunho qualitativo na qual foi utilizada uma entrevista semi-estruturada para a realização da coleta de dados. Ao todo foram realizadas um total de doze entrevistas com as psicólogas dos diversos CAPS do município que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, cujo critério de inclusão/exclusão era estar no exercício de suas atividades no CAPS por no mínimo um ano. As entrevistas foram transcritas e categorizadas com base nas técnicas oriundas da Análise do Discurso e identificamos um total de oito categorias presentes nos discursos das participantes que, de maneira geral, apontam para uma compreensão um pouco incipiente a respeito da noção de clínica ampliada, sobretudo no que diz respeito aos textos teóricos e documentos oficiais que abordam essa noção. Por outro lado observamos que há uma compreensão por parte das profissionais de que é preciso atuar segundo um modelo ampliado de clínica para responder às demandas de serviços complexos como os CAPS. Esperamos que esse trabalho possa contribuir para o fortalecimento do campo da saúde mental, na medida em que problematiza uma noção tão importante como a de clínica ampliada e possibilita a realização de uma autocrítica constante às práticas exercidas no campo da saúde mental.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Psicologia Social Discursiva. Clínica Ampliada.

ABSTRACT

The scope of the practice of the clinic was historically linked in a privileged way to the medical domain, a record in which this traditional notion of clinic was elaborated and disseminated, contributing to the establishment of a paradigm of action, the biomedical one, in which the predominance of the biological explanation for the health-disease process and the suppression of the subject category are its pillars. The notion of expanded clinic, in turn, is an important tool in the field of mental health, when understood and put into practice by professionals working in this area, since it allows a broader look at the health-disease process, as well as the overcoming of the biomedical paradigm and the insertion of subjectivity within the clinic in an epistemological attitude that aims to overcome the limitations of traditional clinic. The processes of Psychiatric Reform and Antimanicomial Struggle throughout the West and also in Brazil culminated in the production of the mental health field in which the notion of expanded clinic is highlighted, becoming indispensable for a professional exercise in line with the complex demands that emerge from this area. This paper aims, therefore, to identify and analyze the discursive productions of the psychologists of the CAPS (Center for Psychosocial Care) of the city of Campina Grande, PB on this notion of extended clinic, as well as the positions, whether favorable or contrary to this notion, identifying the rhetorical resources used in constructing these arguments. Therefore, we will use the English Discursive Social Psychology that presents Discourse Analysis as a theoretical-methodological tool that will guide the analysis of the data obtained in this research. In Discursive Social Psychology discourse constitutes a social action, a way of positioning oneself in the world. It is a tradition of thinking that distances itself from the realistic / essentialist traditions in which language is generally seen as a neutral and transparent way of mirroring reality and is embedded in an epistemological tradition called Constructionism that conceives of the social reality produced in and by language. This work consists of a qualitative research in which a semi-structured interview was used to perform the data collection. In all, a total of twelve interviews were conducted with the psychologists of the various CAPS of the municipality who agreed to participate voluntarily in the research, whose inclusion / exclusion criterion was to be in their activities in CAPS for at least one year. The interviews were transcribed and categorized based on Discourse Analysis techniques and we identified a total of eight categories present in the participants' speeches that generally point to a somewhat incipient understanding of the notion of expanded clinic, especially in the study regards the theoretical texts and official documents that address this notion. On the other hand, we observed that there is an understanding on the part of professionals that it is necessary to act according to an expanded clinical model to respond to the demands of complex services such as CAPS. We hope that this work can contribute to the strengthening of the mental health field, as it problematizes such an important notion as the extended clinic and allows the realization of a constant self-criticism to the practices practiced in the mental health field.

Keywords: Psychiatric Reform. Mental health. Discursive Social Psychology. Extended Clinic.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL, EM BUSCA DE UM NOVO PARADIGMA.....	17
2.1. O Nascimento da Clínica.....	25
2.2. Da Clínica Tradicional a Clínica Ampliada.....	31
3. PSICOLOGIA SOCIAL DISCURSIVA.....	51
3.1. Antecedentes Históricos e Epistemológicos.....	51
3.2. O Giro Linguístico.....	57
3.3. O Papel da Linguagem na Psicologia Social Discursiva.....	60
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	70
4.1. Tipo de Pesquisa.....	70
4.2. Locais da Pesquisa Instrumento e Procedimentos.....	70
4.3. Caracterização da Amostra, critérios de inclusão e exclusão.....	72
4.4. Codificação e Análise.....	73
4.5. Aspectos Éticos.....	74
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
5.1. Definindo a Clínica Ampliada e se Posicionando em Relação a Ela.....	75
5.1.1. Uma clínica que olha para o sujeito em sua totalidade.....	75
5.1.2. Uma clínica multidisciplinar/interdisciplinar.....	81
5.1.3. Uma clínica que faz uma crítica constante da prática psicológica.....	92
5.1.4. Clínica ampliada como trabalho em equipe com o objetivo de garantir cidadania.....	94
5.1.5. Clínica ampliada como serviços substitutivos, organização dos	

serviços, estrutura física	98
5.1.6. Uma clínica estendida à família do usuário.....	106
5.1.7. Uma clínica que se opõe ao biologicismo.....	109
5.1.8. Uma clínica para além do setting terapêutico.....	111
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados (mini-questionário sócio- econômico e roteiro de entrevista).....	127

1. INTRODUÇÃO

Sabemos que o Brasil e o Ocidente estão atravessando, nas últimas décadas, um processo de reforma psiquiátrica que visa, em última instância, redirecionar o modelo de assistência em saúde mental, questionando firmemente as estruturas asilares e propondo um modelo de assistência territorializado, integralizado, humanizado e pautado em uma lógica completamente diferente da lógica manicomial. Esse processo social teve início na Europa do pós-guerra em países como Itália, Inglaterra, França e se expandiu para todo o mundo ocidental produzindo uma nova perspectiva, um novo olhar sobre o fenômeno da loucura que tem se desdobrado em políticas públicas específicas para esta população. No Brasil somente a partir da década de 70 é que se iniciam os primeiros movimentos de questionamento ao modelo asilar centrado na figura do hospital, principalmente com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que ao final da década de 80 já sustentava a famosa palavra de ordem, *Por uma sociedade sem Manicômios* (Amarante, 2007). A partir de então uma série de encontros, conferências, congressos e mobilizações se sucederam, dando corpo a luta antimanicomial brasileira e pressionando o Estado a adotar políticas públicas consonantes com as necessidades dos usuários da saúde mental. A lei 10.216 de autoria do deputado Paulo Delgado, sancionada em 2001, constitui o marco jurídico das importantes conquistas obtidas até então por esses movimentos.

Embora se reconheça os inúmeros avanços alcançados a partir dos processos de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial brasileiros, necessário se faz continuar e aprofundar o debate em torno dessas questões, sobretudo em tempos nos quais os avanços e conquistas oriundos da implementação de políticas públicas direcionadas a acolher os usuários da saúde mental estão sendo ameaçadas e retrocessos estão sendo

implementados, pondo em cheque todo um processo histórico de conquistas nesse campo. Nesse sentido, podemos dizer que a dimensão política da clínica precisa ser resgatada e enfatizada, pois já não se pode conceber uma clínica a partir de pressupostos engessados de neutralidade científica que, na verdade, contribuíram e contribuem para a manutenção do *status quo*. É por isso que as discussões em torno da noção de clínica ampliada tornam-se cada vez mais necessárias.

No Brasil as discussões sobre as condições de saúde da maioria da população ganham corpo, sobretudo com os processos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica, pois até então a compreensão do processo saúde/doença era caracterizado por forte influência do modelo biomédico e as ações em saúde (quando existiam), consequentemente, eram atravessadas por esse viés. Só posteriormente, a partir da década de 70 com os processos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica é que uma compreensão mais ampliada do processo saúde/doença começa a se concretizar, embora já estivesse se desenhando desde 1948 com o conceito de saúde da OMS (Organização Mundial de Saúde) que amplia esta noção para além do campo meramente biológico. A noção de saúde como um direito emerge nessa época, sobretudo a partir do processo de redemocratização e da promulgação da Constituição cidadã de 1988 (Fleury & Ouverney, 2012).

No Brasil a evolução das ações em saúde foram profundamente marcadas pelo campanhismo sanitarista e por ações pontuais, sem, no entanto, compreender os processos de saúde e doença por uma ótica mais ampla e integral, pois, “ao lado de notáveis façanhas sanitárias, que permitiram o controle de inúmeras doenças infecciosas, a dimensão social e o pensamento social em saúde, paradoxalmente ficaram adormecidos ou negligenciados” (Carvalho & Buss, 2012, p. 124). Sendo assim, para que a saúde seja garantida de uma forma integral, é preciso pensá-la na perspectiva de

um direito social e articulá-la a políticas públicas que garantam a sua execução e continuidade. De acordo com Fleury & Ouverney (2012, p. 25),

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos.

É importante destacar aqui as expressões: direito e cidadania e perceber a existência de articulação e interdependência entre elas, pois a cidadania constitui um campo privilegiado do exercício de direitos e deveres dos cidadãos.

O processo de Reforma Sanitária Brasileira esteve historicamente atrelado às lutas pela redemocratização do país e também de democratização da saúde que esteve historicamente vinculada aos interesses capitalistas e durante muito tempo não foi vista como um direito social. A Reforma Sanitária é um movimento de origem recente e ainda em construção no contexto nacional. A expressão “reforma sanitária” aparece no Brasil no início da década de 1970, em artigo do Prof. Guilherme Rodrigues da Silva (USP) sobre as origens da medicina preventiva no ensino médico (Paim & Almeida Filho, 2014).

Nesse sentido, percebemos que a noção de clínica ampliada emerge das lutas sociais de movimentos contra hegemônicos que se insurgiram contra modelos autoritários, pautados, na maioria das vezes, na valorização do Capital em detrimento do elemento humano. Geralmente quando falamos em clínica ampliada está implícita aí a ideia de superação ou ruptura com um modelo reduzido de clínica, bem como uma problematização da própria noção de clínica e isso traz consigo um conteúdo ideológico

de superação de antigos paradigmas, o que não ocorre sem luta. Nesse sentido, Fleury & Ouverney (2012, p. 37), apontam que: “A construção da política de saúde como política social envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros[...]”. Ainda de acordo com Fleury & Ouverney (2012, p.48):

Esse processo de luta ideológica – que não exclui o conteúdo técnico envolvido nessas disputas – é também um processo de constituição de sujeitos sociais. Da mesma maneira que se afirma que não há cidadãos antes do exercício da cidadania, também não existem sujeitos prévios ao enfrentamento de seus projetos, o que quer dizer que os sujeitos sociais se constituem na relação que estabelecem nas disputas de poder.

É exatamente nesse contexto de lutas político-ideológica que entendemos que a noção de clínica ampliada começa a ser desenhada, pois é impossível dissociar os embates políticos do estabelecimento de diretrizes técnicas e teóricas para a execução da clínica. Em outras palavras, juntamente com a ruptura com um modelo autoritário de sociedade, a ditadura militar, há também um alargamento da compreensão dos fenômenos do campo da saúde e da própria noção de clínica que, no nosso entendimento, aponta para a construção da noção de clínica ampliada. Na verdade a expressão clínica ampliada não era utilizada nas décadas de 70 ou 80, embora a ideia de ampliação da clínica já estivesse contida ali, mas na realidade a clínica ampliada e compartilhada é um conceito desenvolvido por Gastão Wagner nos anos 1990 e que foi incorporado aos discursos oficiais do Ministério da Saúde a partir dos anos 2000, especialmente pelas políticas de Atenção Básica e de Humanização (Curvo et al, 2017).

A Psicologia Social Discursiva enquanto instrumento teórico e a Análise do Discurso como ferramenta metodológica serão usadas nessa aproximação com o nosso objeto de pesquisa. A Psicologia Social Discursiva tem sua origem na Inglaterra influenciada pela Análise Conversacional, Retórica e Filosofia da Linguagem (Rasera, 2013) e enfatiza a função da linguagem como construtora da realidade e a psicologia como um objeto em e para a interação (Potter, 2004).

Do ponto de vista epistemológico, apóia-se no construcionismo e visa superar as epistemologias representacionistas dada a importância que atribui à linguagem e ao seu uso na construção da realidade social (Oliveira Filho, 2013).

A Psicologia Social Discursiva fundamenta-se, portanto, em uma perspectiva construcionista na qual se reconhece a importância das descrições mobilizadas em intervenções discursivas e suas relações com as práticas (Potter, 2004). Sendo assim, analisar os relatos discursivos das psicólogas que atuam nos CAPS dos municípios de Campina Grande acerca da noção de clínica ampliada será de fundamental importância para entender como as mesmas manejam esse conceito, o articulam com os seus cotidianos de trabalho, avaliam suas práticas e como se posicionam em relação à clínica ampliada. Tal objetivo surge de uma inquietação pessoal do autor, que trabalha há mais de sete anos no campo da saúde mental, e que convive com o choque entre uma noção emergente de clínica, a clínica ampliada, e a imposição de um modelo tradicional de clínica que está amparado muitas vezes no paradigma biomédico, hierarquizado, verticalizado e com pouco espaço para vivenciar de forma efetiva o modelo de clínica ampliada.

Segundo a perspectiva da análise do discurso as pessoas sempre constroem versões e eventos através da linguagem, modificam suas implantações discursivas de acordo com os contextos em que esta é elaborada como consequência da necessidade de

desenvolver uma ampla gama de atividades em seu discurso, a fim de alcançar vários efeitos, ou uma coerência argumentativa (Campos, 2012). “Além dessa visão da linguagem e das tarefas envolvidas na análise do discurso, é importante apresentar um conceito muito comum nas pesquisas em Psicologia Discursiva: o de repertório interpretativo” (Rasera, 2013). De acordo com Wetherell & Potter (1988, p.3) “Os repertórios interpretativos se podem considerar como os elementos essenciais que os falantes utilizam para construir versões das ações, os processos cognitivos e outros fenômenos”.

O material de trabalho são sempre textos, ou passagens de fala, fragmentada e muitas vezes contraditória. Para estabelecer os repertórios interpretativos que se desdobram em cada uma dessas passagens se realizam dois tipos de tarefas inter-relacionadas: a primeira é pesquisar padrões de variabilidade e consistência, e a segunda tem a ver com a descrição de suas funções e conseqüências (Campos, 2012, p. 194).

De acordo com Potter e Wetherell (1987) citados por Campos (2012, p. 193) “Asi la pregunta de investigacion que guia al analista de discurso dice relacion con La construccion que realiza el discurso y La funcion que este tiene: como esta articulado el discurso y que es obtenido a traves de esta construccion”. O presente trabalho pautar-se-á, portanto, em analisar as produções discursivas das psicólogas dos CAPS de Campina Grande com o intuito de identificar suas minúcias e relacioná-las com as noções da psicologia social discursiva que serão apresentadas ao longo dessa dissertação.

O objetivo geral deste trabalho, portanto, é identificar e analisar as produções discursivas das psicólogas dos CAPS da cidade de Campina Grande sobre a noção de clínica ampliada. Os objetivos específicos são os seguintes: identificar e analisar as definições de clínica ampliada e os posicionamentos em relação a esse conceito em relatos de psicólogos que atuam nos CAPS do município de Campina Grande-PB; identificar e analisar os discursos que fundamentam essas definições e posicionamentos; identificar e analisar os recursos retóricos mobilizados para sustentar essas definições e posicionamentos.

No segundo capítulo faremos inicialmente uma breve apresentação do panorama histórico da loucura amparado no livro *A História da Loucura* de Michel Foucault baseado no qual demonstraremos como a experiência da loucura foi cooptada pelo saber médico em um movimento que deu origem tanto ao asilo quanto a psiquiatria. Apresentaremos brevemente a noção de instituição total, elaborada por Goffman, e suas implicações no campo da psiquiatria, sobretudo, no que tange a supressão das subjetividades individuais na chamada instituição total. Em seguida faremos um breve percurso sobre os processos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial brasileiros apontando para a necessidade da afirmação de um novo paradigma que dê sustentação às práticas no campo da saúde mental como forma de recusa a imposição do modelo biomédico. Na sequência buscaremos as raízes históricas do nascimento da clínica amparando-nos no pensamento de Foucault registrado no livro *O Nascimento da Clínica*. Ao final, destacaremos como o conceito de clínica ampliada emerge no cenário brasileiro, juntamente com o processo de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica.

O terceiro capítulo será destinado a apresentar a psicologia social discursiva, sua origem, bases teórico-epistemológicas, assim como a noção de análise do discurso que se apresenta como ferramenta metodológica. Veremos que, do ponto de vista

epistemológico, a psicologia social discursiva fundamenta-se numa perspectiva dita construcionista na qual a realidade social é entendida como construída na e pela linguagem. Veremos que o campo construcionista também se distancia de tradições realistas/essencialistas nas quais a linguagem é abordada como um meio neutro de espelhar a realidade. Observaremos que na psicologia social discursiva a linguagem adquire centralidade na compreensão dos fenômenos humanos, sobretudo, a partir de um movimento denominado de Giro Linguístico. Por fim discorreremos sobre o papel da linguagem no interior da psicologia social discursiva, principalmente em suas dimensões de ação, construção, retórica e variabilidade.

No quarto capítulo apresentaremos os procedimentos metodológicos. Nele veremos todos os passos realizados por essa pesquisa, assim como a descrição do campo, caracterização da amostra, o instrumento de coleta de dados e a metodologia utilizada para a análise dos dados.

O quinto capítulo, Resultados e Discussão, trata-se da análise propriamente dita das entrevistas realizadas. Nele destacamos oito categorias de análise nas falas das entrevistadas e analisamos cada uma delas dialogando com a psicologia social discursiva e também com a noção de clínica ampliada. Interessamo-nos, sobretudo, nas descrições acerca da noção de clínica ampliada e nos posicionamentos (favoráveis ou contrários a esta noção) das participantes.

Por fim, nas considerações finais, faremos uma breve problematização dos resultados obtidos ao longo desse trabalho, apresentaremos os alcances e limites da noção de clínica ampliada observada no discurso das participantes, bem como apontaremos caminhos possíveis para a superação do impasse oriundo do choque entre a noção tradicional de clínica e a clínica ampliada.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL, EM BUSCA DE UM NOVO PARADIGMA

O processo histórico pelo qual a experiência da loucura no Ocidente foi confinada em um espaço delimitado chamado de asilo foi descrito pelo filósofo Michel Foucault (Foucault, 2012) no clássico livro a *História da Loucura*. Esse foi um processo gradativo, permeado por nuances e variações que ora colocava o louco em um patamar quase divino, ora o relegava ao estado de possuído pelo demônio, privado da razão, bestializado. Nesse longo processo é possível identificar que a violência e segregação foram expedientes bastante utilizados contra esse grupo de pessoas. Tratamento e punição se confundem nesse cenário e, aos poucos, o louco vai sendo alijado de qualquer direito, tornando-se objeto de um saber, o da medicina, confinado em um local específico, o asilo, em um exercício tácito de imposição de poder. No asilo os loucos eram vítimas de um sem número de terapêuticas que não poucas vezes os levavam à morte.

Foucault foi, sem dúvidas, um dos maiores expoentes europeus da crítica ao poder médico, em especial ao poder psiquiátrico, compondo um movimento social conhecido como Antipsiquiatria. O livro *História da Loucura na Idade Clássica* apresenta um vasto levantamento documental sobre a história da loucura no Ocidente. Traz também um capítulo intitulado *O Nascimento do Asilo* no qual Foucault recorre a dois emblemáticos personagens históricos do século XVIII na Inglaterra e na França, Tuke e Pinel, respectivamente, para descrever as bases histórico-sociais que permitiram o surgimento do asilo como espaço privilegiado do exercício de um saber e poder médicos em um gesto de aprisionamento escamoteado de libertação (Foucault, 2012). Ainda segundo ele,

Tirar as correntes dos alienados presos nas celas é abrir-lhes o domínio de uma liberdade que será ao mesmo tempo o de uma verificação; é permitir que apareçam numa objetividade que não mais será ocultada nem nas perseguições, nem nos furores que lhes correspondem; é constituir um campo asilar puro, tal como era definido por Cabanis e que a Convenção, por razões políticas, desejava ver estabelecido (Foucault, 2012, p. 466).

Em outras palavras, nunca houve, como pretendia Pinel, uma libertação dos loucos, mas apenas uma sofisticação dos modos de dominação e de exercício de poder, pois “O gesto que a liberta para verificá-la é ao mesmo tempo a operação que a dissemina e oculta em todas as formas concretas da razão” (Foucault, 2012, p. 467). A partir daí o asilo vai constituir um espaço privilegiado do exercício de um saber e poder médicos, legitimado por um discurso pseudocientífico alinhado com a imposição de uma moral social, tornando o asilo um espaço perfeito para a imposição de sanções, castigos, trabalho forçado e, sobretudo, restrição da liberdade, pois:

No asilo o trabalho será despojado de todo valor de produção; só será imposto a título de regra moral pura; limitação da liberdade, submissão à ordem, engajamento da responsabilidade com o fim único de desalienar o espírito perdido nos excessos de uma liberdade que a coação física só limita aparentemente (Foucault, 2012, p. 480).

É exatamente esse saber/poder que Foucault denuncia veementemente na referida obra, alinhando-se a uma corrente de pensamento, a Antipsiquiatria, que vai

questionar profundamente essas estruturas e servir de pano de fundo teórico para os movimentos de Reforma Psiquiátrica espalhados pelo mundo. Para Foucault (2012), a psiquiatria nada mais seria do que uma tática moral iniciada ao final do século XVIII, conservada nos ritos da vida asilar e reconhecida pelos mitos do positivismo.

Outro renomado teórico representante do movimento da Antipsiquiatria e que dedicou especial atenção ao tema do asilo foi o canadense Erving Goffman. Em sua conhecida obra traduzida para o português sob o título: *Manicômios, Prisões e Conventos*, o autor (Goffman, 1974) dedica especial atenção a maneira como estas instituições se organizam e se estruturam, destacando o caráter de supressão das subjetividades e individualidades que ocorre de forma impositiva no interior daquilo que se convencionou chamar, a partir de Goffman, de instituição total.

Ainda segundo o referido autor: “O controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática de grupos completos de pessoas – seja ou não uma necessidade ou meio eficiente de organização social nas circunstâncias – é o fato básico das instituições totais” (Goffman, 1974, p.18). Goffman enfatiza, sobretudo, o caráter segregador destes ambientes, pois a abolição do eu é uma condição *sine qua non* para a permanência do sujeito e “A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu” (Goffman, 1974, p. 24). No que diz respeito à internação psiquiátrica, ele afirma que “Os doentes mentais são pessoas que, no mundo externo, provocaram o tipo de perturbação que fez com que as pessoas próximas a elas as obrigassem, física, se não socialmente, à ação psiquiátrica” (Goffman, 1974, p. 247).

Percebe-se até aqui a existência de mecanismos coercitivos de ajustamento social incidindo violentamente sobre a experiência da loucura. Esta foi vista histórica e socialmente como uma afronta, um acinte à Razão e à Moral devendo, portanto, receber

em justa medida um castigo, uma punição exemplar que se confundiu com tratamento. Ainda segundo Goffman (1974, p. 247), “A estigmatização como doente mental e a hospitalização involuntária são os meios pelos quais respondemos a essas ofensas contra a adequação”.

Paulo Amarante ao discorrer sobre o processo histórico no qual a loucura foi cooptada pelo saber/poder médico é bastante incisivo ao afirmar que:

[...] a história da psiquiatria é a história de uma apropriação, de um seqüestro de identidades e cidadanias, de um processo de medicalização social, de disciplinarização, de amplos segmentos sociais no âmbito de um saber que exclui e tutela, e de uma instituição asilar que custodia e violenta (Amarante, 1992, p. 104).

Nesse sentido, os processos de Reforma Psiquiátrica devem ser entendidos como uma ruptura radical nos mais diversos níveis da experiência humana, pois, segundo Rotelli citado por Amarante os paradigmas da psiquiatria clássica produziram: “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturadas em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto ‘periculosidade’...” (Amarante, 1994, p. 62). Ainda de acordo com Amarante (1994, p. 62), “[...] as antigas instituições eram superadas por serem cultural e epistemologicamente incongruentes... A ruptura do paradigma fundante destas instituições, o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização...”.

Esse projeto de desinstitucionalização encontra na figura de Franco Basaglia certamente um de seus maiores expoentes. O médico italiano liderou um dos maiores

projetos de desinstitucionalização e contribuiu significativamente nos campos teórico e prático o movimento político-social que veio a ser conhecido como Reforma Psiquiátrica. De acordo com Amarante o movimento de Reforma Psiquiátrica representa:

uma ruptura referente a um olhar crítico voltado para os meandros constitutivos do saber/prática psiquiátricos: o campo da epistemologia. Desta maneira, buscam realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, aqui entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade dos fenômenos (Amarante, 1995, p. 22).

A atitude de Basaglia de colocar a doença em parêntese para que o sujeito apareça é desde o início uma opção epistemológica que objetivava desconstruir o império psiquiátrico que colocava o sujeito em parênteses para se preocupar apenas com a entidade doença. É nesse sentido que para Basaglia “A psiquiatria clássica de fato está limitada a definição de síndromes nas quais o doente, extraído da sua realidade do contexto social em que vive, vem etiquetado, ‘constrangido’ a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica” (Basaglia, citado por Amarante, 1994, p.70).

As décadas de 60 e 70 experimentaram a emergência de novos modelos em assistência psiquiátrica tanto na Europa quanto na América, como por exemplo as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos, a Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor na França e, por fim, a Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática na Itália (Brasil, 2005).

O panorama histórico da abordagem e do tratamento destinado à loucura no Brasil não difere muito do que se vinha praticando na Europa, ou seja, pautada em processos de segregação e exclusão sociais. A criação do Hospital Pedro II em 1852 e posteriormente de colônias que se difundiram por todo o país dão bem o tom desse período histórico, marcado por profundo desrespeito à figura do louco e constantes violações dos direitos humanos nas instituições incumbidas de tratá-los. Posteriormente, a partir do golpe militar de 1964, tem início um intenso processo de privatização da assistência médica da previdência social intensificando ainda mais esse processo de exclusão e transformando a loucura em um negócio bastante lucrativo (Amarante, 2012).

O campo da saúde mental no Brasil se alinha aos princípios da Reforma Psiquiátrica iniciada na Europa a partir da década de 50 com o objetivo de denunciar o modelo de assistência psiquiátrica centrada na figura do hospital e do médico. Saúde Mental é um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde. É importante assinalar que poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes (Amarante, 2007).

O campo da saúde mental no Brasil se estabeleceu como um movimento político-social que buscava humanizar o cuidado aos portadores de transtornos psíquicos. Um de seus corolários foi a criação de serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e a afirmação do paradigma da saúde mental em detrimento da doença mental. De acordo com Basaglia:

O psiquiatra estará sempre numa posição privilegiada de dominante frente ao seu doente. Isso também faz parte da explicação da história da psiquiatria. A

história dos poderosos, isto é, dos médicos, e nunca dos doentes. Partindo desse ponto de vista, tenho a dizer que a psiquiatria, desde seu nascimento, é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres, isto é, a classe operária que não produz (Basaglia, 1979, p. 14).

Barreto (2010) afirma que a segregação do louco é estrutural, pois o mesmo encontra-se fora do discurso e do laço social, sendo identificado ao objeto e vivendo uma experiência fundamental de exclusão. Assim, o louco é segregado pela família, é segregado nas ruas, ou onde estiver. O manicômio não cria a segregação, ele a institucionaliza. Essa segregação estrutural de que nos fala Barreto constitui, portanto, o grande desafio ao processo de Reforma Psiquiátrica, pois não adianta acabar o manicômio se não ofertarmos ao louco a possibilidade de socialização e subjetivação, pois:

O objetivo maior desses novos serviços e da rede substitutiva é acolher e resgatar a subjetividade de cada um e, ao mesmo tempo, possibilitar a construção de redes relacionais e de convivência social. A implantação de um modelo psicossocial implica numa mudança de concepção acerca das pessoas com sofrimento mental e na busca de saídas e construção de estratégias em diversos campos que fazem conexão direta ou indiretamente com o campo da saúde mental, para fazer caber entre nós aquilo que muitos consideram não ter cabimento: a loucura (CFP, 2013).

Barreto (2010) ao fazer uma crítica ao modelo da saúde mental destaca que inicialmente esse modelo representava uma crítica ao modelo asilar a partir de três

vertentes: teórica, institucional e profissional. Ainda segundo ele, é necessário fazer também uma crítica ao campo da saúde mental também nessas três vertentes, uma vez que a proposta inicial tem sido prejudicada e, portanto, é indispensável refletir de forma crítica sobre as próprias práticas do campo da saúde mental a fim de que práticas engessadas e irrelevantes não predominem e descaracterizem o campo (Barreto, 2010).

No que diz respeito à vertente teórica, Barreto afirma que a noção de transtorno mental está no cerne do questionamento teórico da saúde mental e que essa noção só pode ser delimitada em relação a norma social como desvio ou perda da faculdade normativa (Barreto, 2010). Percebe-se aqui uma imposição da norma social como critério de normalidade em detrimento da possibilidade de vivências de subjetividades diversas que mesmo que não se enquadrem na norma, não representam necessariamente um transtorno mental.

Na vertente profissional Barreto (2010) destaca que pela própria complexidade deste campo espera-se um planejamento mais refinado, mais exigente, de formação mais sólida. No entanto, “O que se constata, porém, é algo diametralmente oposto. Em vez de complexidade, simplificação. E em vez de aprimoramento da formação profissional, o emprego maciço de modelos de capacitação simplórios e pobres” (Barreto 2010, p. 332). Por fim, na vertente institucional Barreto (2010) inicialmente refere que a ideia régia da saúde mental é distribuir os serviços na cidade em contraposição ao confinamento do hospício. No entanto, ele continua, “Todo o problema surge, porém, como foi dito, quando se evidencia que se trata da inserção na normalidade. Os loucos, assim como os transtornados e os sofredores que estou considerando, são particularmente resistentes a isso” (Barreto 2010, p. 332).

Pelo visto até o momento é possível perceber a necessidade teórico-epistemológica da existência de outro paradigma que dê sustentação às práticas no

campo da saúde mental. Entendemos que a clínica ampliada apresenta uma interessante proposta de práticas inovadoras e que se alinham com as mudanças de bases teórico-conceituais propostas pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica. Em suma, necessário se faz uma inovação significativa nas formas de cuidado e a implementação de um novo olhar, uma nova clínica – ampliada – cujas propostas levem em consideração as singularidades de cada realidade.

2.1 O Nascimento da Clínica

Antes de falarmos sobre a noção de clínica ampliada, necessário se faz conhecer alguns processos históricos que criaram as condições que tornaram possível a emergência de uma noção dita científica de clínica a que podemos chamar de clínica tradicional. Foi no registro do saber médico que a noção de clínica surgiu, tornando-se, portanto, vinculada de forma privilegiada ao domínio próprio da medicina. O filósofo Michel Foucault (1977) no livro *O Nascimento da Clínica* descreve de forma minuciosa como essa noção foi forjada entre os séculos XVIII e XIX, destacando o caráter dinâmico, multifacetado, polissêmico, equívoco em que esse conceito foi tecido.

Na medida em que a noção de clínica vai se desenhando a própria medicina evolui paralelamente na direção de se tornar uma disciplina científica nesse mesmo período, superando certo apelo metafísico e fixando-se em bases de pensamento mais rigorosas. Foucault (1977) destaca que a medicina moderna tem sua origem entre o final do século XVIII quando reflete sobre si própria, e redireciona o seu olhar para aquilo que era possível de ser constatado empiricamente, ou seja, observado. Para Foucault (1977), portanto, a medicina até antes do final do século XVIII encontrava-se em um estágio ainda muito incipiente de desenvolvimento o que possibilitou a existência de

uma clínica marcada por esses ‘desníveis’ do saber médico, oscilando práticas que ora se aproximavam de um cientificismo, ora dele se distanciava. Mas uma mudança em particular possibilitou o surgimento da clínica que foi a possibilidade de colocar o homem como objeto de si mesmo, remodelando o olhar, outrora voltado pro mundo exterior e o fixando na objetividade discursiva sobre si mesmo, pois:

O objeto do discurso também pode ser um sujeito, sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas. Foi esta reorganização formal e em profundidade, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma experiência clínica[...] (Foucault, 1977, p.XIII).

É preciso destacar que o exercício de uma clínica ainda vinculada a uma medicina incipiente refletirá as fragilidades daquela, produzindo uma gama de fenômenos sociais captados por Foucault na referida obra. A própria organização dos hospitais sofrerá as contingências oriundas da percepção que se tem sobre as doenças e ora figurará como local privilegiado do exercício clínico, ora como um local que ‘corrompe’ o curso natural da doença, dado que a retirada do doente de seu convívio familiar introduz uma artificialidade que camuflará o desenvolvimento natural da doença e será visto como um obstáculo ao exercício da clínica (Foucault, 1977). Esse foi um debate intenso que ocorreu na França ao final do século XVIII e que só foi possível devido às concepções a respeito da própria noção de doença e, conseqüentemente, de clínica. Assim, a família, lugar natural da doença, é complementada por outro espaço que deve reproduzir, como um microcosmo, a configuração específica do mundo patológico. Aí, sob o olhar do médico de hospital, as doenças serão agrupadas por ordens, gêneros e espécies, em um domínio racionalizado

que restitui a distribuição originária das essências (Foucault, 1977, p. 46). Mas em outro momento e na mesma obra lê-se:

A pobreza é um fato econômico que a assistência deve remediar enquanto existe; a doença é um acidente individual à qual a família deve responder assegurando à vítima os cuidados necessários. O hospital é uma solução anacrônica que não responde as necessidades reais da pobreza e que estigmatiza o homem doente em sua miséria (Foucault, 1977, p. 48).

Esse tensionamento que sustentava inegáveis contradições em seu interior era fruto de um debate político da época que versava sobre a formação médica, a principal instituição formadora, se a academia os próprios hospitais ou mesmo as formações livres nas quais um mestre recebia para ensinar o ofício para os aspirantes ao ofício, a concessão do direito ao exercício da medicina e sua conseqüente fiscalização e também a própria noção de doença e doente (Foucault, 1977). Vê-se que inúmeros temas se cruzam ao final do século XVIII e a medicina ainda não desenvolveu uma noção unívoca, ou pelo menos predominante, de clínica, nem tampouco estabeleceu os limites de sua atuação visivelmente atrelada a ações políticas.

Nota-se que nesse momento, segunda metade do século XVIII, a doença é descrita como uma entidade, um ser que possui uma natureza e que precisa ser identificada, classificada e categorizada dentro de um arcabouço classificatório, a nosografia da época, que lhe é anterior. Em outras palavras, trata-se de enquadrar a doença em um minucioso sistema de classificação pré-existente e para isso é preciso ouvi-la, enxergá-la, identificá-la para além do ser do sujeito em questão, pois esse é apenas fundo sobre o qual figura a doença. De acordo com Foucault,[...] o paciente é

apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses (1977, p. 7). Tal clínica constitui, portanto, uma rede de entrecruzamentos teóricos e epistemológicos ainda frágeis, um misto de saber científico com teorias místicas, antigas, metafísicas. De acordo com Foucault:

A quem desejasse fazer o inventário temático, a ideia de clínica, sem dúvida apareceria carregada de valores demasiado imprecisos; nela provavelmente se decifriam figuras incolores, como o efeito singular da doença sobre o doente, a diversidade dos temperamentos individuais, a probabilidade da evolução patológica, a necessidade de uma percepção vigilante, inquieta com as mínimas modalidades visíveis, a forma empírica cumulativa e indefinidamente aberta ao saber médico: velhas noções usadas há muito tempo (1977, p. XVII).

Essa relação, médico-doença e não médico-doente ou mesmo sujeito-sujeito, marca profundamente a clínica em seu nascedouro, estabelecendo uma tradição que se faz sentir até os dias de hoje, qual seja, a da relativização do sujeito em detrimento de sua doença. Como dito anteriormente, a doença se sobressai em relação ao doente e nesse movimento o emudece, uma vez que interessa ao médico não o relato subjetivo do doente, nem tampouco sua existência social e concreta, mas a objetividade perceptível da doença. Caberá ao clínico, portanto, utilizar-se dos métodos mais eficazes para apreender o ser da doença, eis a clínica em suas origens. De acordo com Foucault:

A clínica pede ao olhar tanto quanto a história natural. Tanto e até certo ponto a mesma coisa: ver, isolar, traços, reconhecer os que são idênticos e os que são

diferentes, reagrupá-los, classificá-los por espécies ou famílias. O modelo naturalista, a que a medicina em parte se submetera no século XVIII, continua ativo (1977, p.100).

Foucault (1977) aponta que da segunda metade até o final do século XVIII na França a clínica vai se caracterizar por esse viés classificatório, no qual as doenças eram agrupadas dentro de uma nosografia anterior, cabendo ao clínico fazer a leitura dos fenômenos, identificar sua semântica e por fim classificar a doença e propor a sua terapêutica adequada. Questões político-sociais, tabus religiosos e conflitos morais compuseram o pano de fundo no qual a noção de clínica se erigiu, retardando, por assim dizer, o desenvolvimento de uma concepção mais científica da própria medicina e, por conseguinte, da clínica.

O início do século XIX é marcado por uma ‘ruptura’ no pensamento médico com os antigos modelos classificatórios, demarcando, de fato, o nascimento de uma clínica que se assentará em bases empíricas e se distanciará da clínica que marcou o século XVIII. Tal ruptura, que tem na figura de Bichat¹ o seu maior expoente, encontra no método anátomo-patológico os fundamentos teóricos e empíricos que possibilitarão o surgimento de um saber diferenciado sobre a doença, pois, “A anatomia de Bichat faz muito mais do que dar um campo de aplicação objetivo aos métodos da análise; ele a transforma em um momento essencial do processo patológico; realiza-a no interior da doença, na trama de sua história” (Foucault, 1977, p.149).

¹ **Marie François Xavier Bichat** (Thoirette, 14 de novembro de 1771 — Paris, 22 de julho de 1802) foi um anatomista e fisiologista francês. Bichat é melhor lembrado como o pai da moderna histologia e patologia dos tecidos. Apesar do fato de que ele ter trabalhado sem um microscópio ele foi capaz de fazer avançar significativamente a compreensão do corpo humano. Ele foi o primeiro a introduzir o conceito de tecido como entidades distintas. Ele sustentou que doenças atacavam os tecidos em vez de todo órgão. Fonte: Wikipedia

De maneira geral, reconhece-se que o nascimento da clínica, esse processo histórico descrito por Foucault, foi marcado fundamentalmente por dois momentos distintos, um que vai de meados do século XVIII o final deste século e se caracteriza por uma clínica cujos métodos ainda não se assentam em critérios fortes de cientificidade e outro que tem início no começo do século XIX cujo método anátomo-patológico de Bichat desvela um novo ‘universo’, por assim dizer, recusando as generalizações e classificações anteriores para fundar no caso específico, na análise de um cadáver, por exemplo, o saber necessário para a compreensão das doenças. Para Foucault:

A leitura clínica, em sua primeira forma, implicava um sujeito exterior e decifrador que, a partir e além do que soletrava, ordenava e definia parentescos. Na experiência anátomo-clínica o olho médico deve ver o mal se expor e dispor diante dele à medida que penetra no corpo, avança por seus volumes, contorna e levanta as massas e desce em sua profundidade (1977, p. 155).

Sai-se do geral para o particular do caso específico e sobre esse particular lança-se um olhar que até então havia sido vetado por diversos tabus, inclusive os que se associavam ao manuseio dos cadáveres. Não que os cadáveres ainda não tivessem sido abertos ou que isso não fosse uma prática já recorrente, mas o deslocamento do olhar clínico para a leitura dos fenômenos patológicos a partir da observação tissular isso sim constitui um fato novo (Foucault, 1977). Segundo Foucault, “A partir de agora os fenômenos mórbidos devem ser compreendidos a partir do próprio texto da vida e não de uma essência nosológica [...]” (1977, p. 174). Ainda segundo Foucault, “O método da nova anatomia é como o da clínica, a análise: mas uma análise separada de seu

suporte linguístico, definindo mais a divisibilidade especial das coisas do que a sintaxe verbal dos acontecimentos e dos fenômenos” (1977, p. 150).

2.2 Da clínica tradicional a clínica ampliada

A clínica ampliada representa uma nova forma de se pensar e fazer saúde a partir de práticas inovadoras que visam reconstruir, por assim dizer, a ideia de clínica que, muitas vezes, está vinculada no imaginário social apenas à sua noção tradicional. Etimologicamente, o termo clínico tem origem no latim *clanicus*, emprestado do grego *Klinicos*, e significa o que visita o doente na cama, por sua vez com origem na palavra *klinein* que significa “estar deitado” (Ribeiro, 2011). Nota-se aqui já uma relação de sujeito com objeto, de atividade com a passividade, de um saber em direção a um não saber, do conhecimento a ignorância.

Como vimos anteriormente, essa noção de clínica tem origem no interior do domínio médico entre o final do século XVIII e início do século XIX e marcará profundamente as bases teórico-epistemológicas dessa modalidade de clínica na qual o homem torna-se objeto de sua própria investigação e análise. É essa relação sujeito-objeto, médico-doença, que tem caracterizado a modalidade hegemônica, por assim dizer, de clínica. No entanto, nas últimas décadas teve início um movimento de crítica a hegemonia do saber biomédico e, conseqüentemente, uma reorientação do modelo de clínica, ou pelo menos um questionamento dessa hegemonia e a conseqüente recusa da antiga relação que demarcava além da existência de um saber hegemônico, mas também relações de poder que caracterizaram o exercício dessa clínica.

A esse respeito um importante teórico da noção de clínica e também entusiasta da noção de clínica ampliada, Gastão Wagner, assevera que: a concepção da existência

de uma clínica única e totalizante é apenas uma imaginação da medicina e que isso não passa de uma declaração ideológica com o intuito de transmitir a imagem da clínica como uma instituição racional e humana (Campos, 2002). O autor denuncia ainda que esse modelo tradicional de clínica corrobora para uma ontologização das enfermidades e, conseqüentemente, acaba por tratar as pessoas como se fossem as suas doenças uma vez que essa ocuparia, portanto, todo o ser do sujeito (Campos, 2002). É exatamente contra essa distorção que a noção de clínica ampliada emerge. Para Campos, portanto, essa mudança trata-se de uma perspectiva fenomenológica na qual: “sai o objeto ontologizado da medicina - a doença - e entra em seu lugar o doente. Mas não um enfermo em geral, mas um Sujeito concreto, social e subjetivamente constituído (Campos, 2002, p. 3). Ampliar a clínica é sinônimo de ampliar o olhar sobre o sujeito, compreendendo-o, a partir de então não apenas como uma doença, mas como um ser integral, tendo o cuidado de não negligenciar também a doença, mas colocando-a entre parênteses. Foi exatamente essa colocação da doença sob parênteses que caracterizou o processo de Reforma Psiquiátrica italiana e que teve na figura de Franco Basaglia o idealizador tanto do processo de reforma quanto da atitude epistemológica de colocar a doença sob parênteses. Para Campos (2002) essa atitude de colocar a doença entre parênteses deve permitir a reentrada do paciente em cena, do sujeito enfermo, mas não pode prescindir de olhar também para a doença, para o doente concreto. Ainda de acordo com Campos (2002) é apenas ao nível de semblante que se pode falar da existência de clínicas, uma vez que a sua materialidade e/ou concretude não poder ser verificada, pois que relação possível haveria entre um homem/médico e uma doença? Mas, uma vez que esta, a doença, é tomada como objeto real em um exercício de abstração teórica, postula-se, portanto a possibilidade desta relação. Nesse sentido pode-se falar então que há uma Clínica Oficial (a Clínica clínica), uma Clínica Degradada e

uma outra Ampliada (Clínica do Sujeito) (Campos, 2002). A Clínica clínica diz respeito a clínica tradicional que opera a partir de um sistema de referências que a despeito de suas inconsistências até agora tem assegurado respeito e longevidade a medicina. A clínica degradada, por sua vez, é aquela que sofre as contingências de atravessamentos políticos, econômicos e das relações de poder. E, por fim, a clínica ampliada que se apresenta com a missão de desfazer esses nós clínicos que a clínica oficial não tem conseguido analisar, nem tampouco resolver (Campos, 2002).

Quando falamos em clínica ampliada estamos nos remetendo a um campo no qual as práticas em saúde são construídas a partir de novas tecnologias que, em sua grande maioria, são pautadas no vínculo, na ética, no respeito, na responsabilização, no reconhecimento da alteridade dentre outros aspectos. A clínica ampliada considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza (Campos & Amaral 2007, p. 852).

Nesse campo não se pode prescindir do outro como se existisse um saber/fazer *a priori* que se enquadrasse a quaisquer contextos. Em outras palavras, no âmbito da clínica ampliada esse outro, sujeito ativo no processo do seu tratamento e não apenas um ‘paciente’, indicará caminhos, apontará soluções, participará ativamente do seu próprio tratamento, pois: “A clínica ampliada baseia-se na construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e paciente” (Campos & Amaral 2007, p. 855).

A proposta da clínica ampliada engloba os seguintes eixos fundamentais: 1. Compreensão ampliada do processo saúde-doença; 2. Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; 3. Ampliação do “objeto de trabalho”; 4. A transformação

dos “meios” ou instrumentos de trabalho; 5. Suporte para os profissionais de saúde (Brasil, 2009).

A ideia de clínica ampliada relaciona-se com a noção de clínica tradicional, no entanto ela visa ampliar essa compreensão e esse modo de exercer a clínica. Assim, ao falarmos de uma ‘clínica ampliada’, pressupomos a existência de uma ‘clínica reduzida’. Então, nessa nomenclatura, de alguma forma, há tentativa de denunciar que nós estamos migrando de uma posição para outra, de uma clínica reduzida para uma clínica ampliada (CFP, 2011).

Colocar a doença entre parênteses significa uma nova atitude, um novo olhar, uma ampliação epistemológica que havia sido negligenciada por décadas e que a partir de agora balizará o olhar nessa nova relação entre profissional de saúde e sujeito em tratamento, visto agora como um sujeito de direito o que descortina uma nova dimensão no exercício da clínica, a dimensão política. Nesse sentido pode se dizer que a clínica ampliada é a diretriz de atuação dos profissionais da saúde. Consiste basicamente na articulação e diálogo de diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (Brasil, 2009).

A clínica ampliada pauta-se, portanto, em processos que envolvem sujeitos, desconsiderando a existência de doenças que não estejam vinculadas a sujeitos e situações reais, ou seja, ampliando o objeto da clínica que antes era apenas a “entidade” doença para uma concepção mais abrangente que inclui fatores como relações de exclusão e opressão, vulnerabilidade social entre outros (Brasil, 2009).

Campos, Cunha & Figueiredo (2013) discorrendo sobre a inserção da categoria sujeito na dimensão clínica demonstram que historicamente a evolução dos modelos explicativos de saúde-doença-atenção negligenciaram essa dimensão subjetiva. Desde

os primeiros modelos explicativos que se pautavam no pensamento mágico-religioso, passando pela surgimento da polícia médica no século XVIII cuja atuação era pautada em medidas de controle da vida econômica, social e da higiene dos indivíduos e das cidades, em um movimento que demarca o nascimento da saúde pública desvinculada da medicina, chega-se ao século XIX no qual as descobertas dos agentes microscópicos como causadores de diversas doenças impulsiona o desenvolvimento de meios para evitar a contaminação como vacinas, eliminação de vetores bloqueios de focos, etc. “Sob a égide do pensamento positivista os determinantes biológicos ganham ênfase no processo explicativo da doença, alavancando um modelo unicausal como paradigma explicativo da doença” (Nunes citado por Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p. 74).

Em todo esse tempo a categoria sujeito foi negligenciada. Desta forma então “A saúde pública se vincula à medicina preventiva e as ações se voltam para a clínica, concentrando-se nos aspectos individuais e curativos, paradigma que se tornou hegemônico e ainda se imprime fortemente no modelo médico atual” (Campos, Cunha & Figueiredo 2013, p. 74).

Campos, Cunha & Figueiredo (2013, p. 74) destacam ainda que somente em meados do século XX a ideia de multicausalidade se desenvolveu “como um enfoque alternativo para a impossibilidade do modelo anterior de abarcar as complexas e precárias condições de saúde e de vida da população”. Nessa perspectiva “A doença passou a ser vista como processo, da pré patogênese à patogênese, e a requerer diversos tipos de intervenção (promoção, prevenção, diagnóstico precoce, limitação dos danos, reparação/cura e reabilitação)” (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p. 75). Ainda segundo os autores, apesar de possibilitar uma análise mais abrangente, “o foco da tríade ecológica centrava-se nos aspectos biológicos individuais e nas condições físicas e ambientais, mantendo à margem a contextualização social, econômica e cultural como

inerentes aos fenômenos de saúde e doença” (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p. 75).

Os autores citados referem ainda que entre as décadas de 60 e 70 inaugurou-se entre os países latino-americanos uma abordagem do processo saúde-doença a partir da perspectiva da medicina social e sob o marco do materialismo histórico, centrando-se na estrutura das forças produtivas e nas desigualdades do sistema social vigente. Desta forma questões como classe social, renda, etnia, educação, migração e ambiente de trabalho dominaram os interesses dos estudos, como também o acesso à saúde e a questão das políticas públicas (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013). Não se pode deixar de reconhecer que esse movimento iniciado na década de 60 na América Latina trouxe importantes contribuições acerca de como se pensar de forma mais complexa o processo saúde-doença ao introduzir elementos outrora ignorados, “Contudo, na tentativa de superar o modelo exclusivamente biologicista, pouco se pensou sobre a clínica, a não ser para criticar seu caráter individual e seus fundamentos biomédicos” (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p. 75).

Necessário se faz, portanto, contextualizar a situação da saúde pública no Brasil na esteira dessas mudanças implementadas ao longo das décadas de 60 e 70 no campo da saúde na América Latina. A situação da saúde pública brasileira na década de 70, pensada a partir dessas influências recebidas da conjuntura latino-americana de maneira geral, é descrita pelos autores da seguinte forma:

A saúde coletiva brasileira nasceu nos anos 70 sob esse panorama e insere o debate sobre a saúde no plano das políticas públicas e sociais. Criticava tanto o modelo biomédico como o da saúde pública tradicional, marcada pela postura

higienista/autoritária e por ações que visavam o estabelecimento da ordem econômica e social (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p. 76).

Essa postura precisa ser pensada no contexto da época cujos principais desafios eram a luta contra o regime militar, a construção de um sistema público de saúde e sua institucionalização jurídico-legal com o fito de garantir o acesso da população à saúde (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013). Percebe-se ainda que a categoria sujeito nesse momento esteve ligada mais ao processo coletivo de transformação e o pensamento da Saúde Coletiva não conseguiu captar a importância dos sujeitos na produção de saúde-doença e na produção do cotidiano institucional (Campos, 2000).

Após a implantação do SUS algumas mudanças criaram as condições para a possibilidade de pensar as próprias práticas de saúde, o cotidiano da assistência e o contexto das relações micropolíticas (Campos, 1992). “Paralelamente foi se construindo uma conexão entre práticas assistenciais (clínicas) e práticas de gestão (política), entre a produção de saúde e a produção de sujeitos, e se realçaram categorias como interdisciplinaridade, vínculo, ampliação da clínica, gestão compartilhada (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p. 76).

Desta forma, “Era preciso retomar a clínica como objeto de análise da Saúde Coletiva, não para negá-la, mas para reformulá-la e ampliá-la” (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p. 77). “Assim, foi apenas perto da transição para o século XXI que temáticas relativas à subjetividade no processo saúde-doença-atenção e à dimensão relacional e dialógica das práticas de saúde se realçam e entram na pauta da Saúde Coletiva[...]” (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p. 77).

Destacamos, portanto, que é exatamente a inserção da categoria sujeito/subjetividade no âmbito do processo saúde-doença-atenção no Brasil que

possibilitou a emergência de uma clínica voltada para o protagonismo do sujeito, uma clínica ampliada em suas bases epistemológicas que encontra no sujeito real, concreto e sócio-historicamente contextualizado não somente o objeto de sua intervenção, mas um co-responsável pelos processos de gestão de sua saúde. Não se trata somente da recusa a modelos simplistas e reducionistas, mas da construção de um modelo ampliado que visa inserir o sujeito no centro dessas discussões, forjando uma outra ideia de clínica, pois, “o sentido da clínica também está na possibilidade de apoiar os sujeitos para inventar estratégias de sobrevivência e lidar com suas limitações, produzindo mais autonomia e liberdade, do que controle e dominação” (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p. 87).

Assim, o que está em questão é a afirmação de um novo paradigma para a sustentação da prática clínica em saúde e, especificamente, no campo da saúde mental, espaço privilegiado do exercício deste paradigma, pois “a clínica ampliada baseia-se na construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e paciente” (Brasil, 2009 p. 855). Nesse sentido é possível afirmar que a clínica exercida no âmbito da reforma psiquiátrica e, portanto, da saúde mental é uma clínica ampliada e desvela um novo campo onde esta noção alcançará importância e centralidade.

A experiência de institucionalização da loucura consiste, impreterivelmente, em um desafio a ser enfrentado pelos técnicos de saúde mental a partir de estratégias potentes como a própria noção de clínica ampliada, pois: enfrentar essa dimensão da institucionalização é um desafio que não pode ser compreendido de forma reducionista. Se o CAPS torna-se um mero reproduzidor dos manicômios, então por que acabar com eles (os manicômios)? (Leal & Delgado, 2007). Por isso, o enfrentamento da crise atual passa necessariamente pela ampliação do próprio conceito de clínica, com implicações significativas no seu modo de atuar (Merhy, 1998).

A noção de clínica ampliada tem sido difundida, sobretudo, a partir de cartilhas e portarias do Ministério da Saúde que destacam seu caráter transversal e apontam diretrizes técnicas e éticas para a atuação dos profissionais nos serviços de saúde (Brasil, 2007, Brasil, 2009). Tais diretrizes têm sido apropriadas em grande medida pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental como algo que deve fundamentar suas práticas, possibilitando um novo olhar, uma compreensão mais ampliada da própria noção de clínica e um conjunto de práticas inovadoras que vão além da clínica tradicional.

Segundo Grigolo & Pappiani, (2014), o Humaniza SUS define a clínica ampliada como uma forma de atuação clínica que visa a ampliação da visão dos profissionais sobre complexidade de cada sujeito, utilizando-se de diversas possibilidades na atenção às pessoas, integrando abordagens e percepções multiprofissionais, possibilitando, assim, um manejo mais eficaz do trabalho em saúde. Campos, Cunha & Figueiredo (2013) sintetizam a clínica ampliada em alguns pontos que serão reproduzidos parcialmente devido a extensão do texto, mas que julgamos necessário apresentá-los aqui, são eles:

Paradigma da Coprodução Singular do processo saúde-doença- intervenção que reconhece a complexidade do adoecer, da produção de saúde e a interinfluência, singular e variável, entre os planos sociais, subjetivos e orgânicos, em cada processo individual ou coletivo [...]. A revisão e ampliação do trabalho em saúde: busca considerar como objeto de trabalho da clínica os sujeitos concretos e singulares, com sua vulnerabilidade, riscos e enfermidades; considerar como objetivo a coprodução de saúde, em como a ampliação da autonomia do usuário, ampliando sua capacidade de cuidar de si mesmo e de convivência social [...].

Apoio Terapêutico e cogestão do projeto terapêutico[...]. Projeto Terapêutico Singular[...]. Valorização da interdisciplinaridade [...]. Profissional e Equipe de Referência como responsáveis pela coordenação de casos e apoio terapêutico [...]. Reconhecimento da subjetividade nas relações entre profissionais de saúde e usuários[...]. Reconhecimento da dimensão institucional [...]. Construção de vínculo, personalização e longitudinalidade do cuidado e da atenção em saúde [...] (2013, p. 119, 120, 121).

Percebe-se nesse trecho o quanto a noção de clínica ampliada é revestida de complexidade pois engloba fatores biológicos, psíquicos e sociais em torno da clínica. Enfatiza noções como as de autonomia, coprodução de saúde e cogestão do projeto terapêutico singular. Diminui as ‘fronteiras’ institucionais, convoca os profissionais a atuarem de forma complexa, interdisciplinar, dentre outros fatores que sem dúvidas potencializam as práticas dos profissionais no campo da saúde mental.

Em uma pesquisa realizada em dois CAPS em um município do Estado de Santa Catarina, um CAPS II e um CAPS AD, Grigolo & Pappiani (2014) verificaram, entre outras coisas, a perspectiva dos profissionais destes serviços sobre a clínica ampliada e chegaram à conclusão de que alguns conhecem a noção de clínica ampliada enquanto outros ainda têm dificuldade em relação a essa noção, assim como têm encontrado dificuldade em operacionalizar na prática os seus pressupostos, como, por exemplo, a elaboração de um projeto terapêutico singular e o dispositivo do técnico de referência.

O dispositivo do projeto terapêutico singular constitui uma importante ferramenta na concretização da clínica ampliada. Segundo Onocko-Campos & Gama (2006), citados por Grigoli & Pappiani, (2014, p. 7), “o conceito de clínica ampliada tenta dar conta dos aspectos relacionados ao adoecimento além do biológico,

articulando condutas terapêuticas discutidas por uma equipe multiprofissional, através do Projeto Terapêutico Singular”. Ainda segundo as autoras, os resultados da pesquisa demonstraram que os profissionais tinham conhecimento do tema e que se apropriavam de recursos da clínica ampliada como o matriciamento, atividades terapêuticas alternativas às tradicionais e ainda destacaram que a autonomia dos usuários era um dos objetivos de suas atividades (Grigolo & Pappiani, 2014). Ainda em relação à mesma pesquisa referem que “No CAPS ad os profissionais demonstraram dúvidas sobre a clínica ampliada e seus recursos, porém, atuam com técnico de referência e utilizam o recurso do projeto terapêutico singular” (Grigolo & Pappiani, 2014, p. 1,2).

Essa percepção, muitas vezes fragmentada e ainda em construção sobre a noção de clínica ampliada, podendo variar entre dois serviços de um mesmo município, talvez ainda seja a tônica nos serviços de saúde espalhados pelo Brasil. “A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes” (Brasil, 2009, p. 3). Desta forma, reconhecemos que ‘a importância de conceber e praticar uma clínica ampliada em saúde mental não somente se beneficia da problematização de dicotomias clássicas como indivíduo e sociedade, público e privado, casa e rua, assim como da necessidade de discutir categorias ligadas à saúde mental como alteridade, dependência, autonomia e reabilitação’ (Lins, Oliveira & Coutinho, 2009).

Ao desconhecer um paradigma que norteia as práticas inovadoras no campo da saúde mental, os profissionais que assim atuam acabam contribuindo para a não implementação da clínica ampliada e agindo em conformidade com modelos ultrapassados e práticas engessadas, muitas vezes ancoradas em paradigmas tradicionais que não questionam os modelos psiquiátricos de segregação. Pois, para executar essa

proposta na perspectiva da clínica psicossocial “é necessário que os profissionais de saúde reconheçam as limitações do modelo biomédico, criando outras formas de intervenção que contemplem as diferentes demandas dos sujeitos e amplifiquem os avanços nas concepções práticas da atenção em saúde mental” (Grigolo & Pappiani, 2014, p. 8). Amarante (2012) também destaca a ruptura com o modelo biomédico como uma forte característica da Reforma Psiquiátrica, segundo ele, a Reforma Psiquiátrica e a ESF “partem de um mesmo princípio, que é o da ruptura com o modelo biomédico, cujas características principais são a centralidade do hospital no modelo assistencial, o especialismo exacerbado, a predominância da relação médico-doença e não a relação sujeito-sujeito, entre outras (Amarante, 2012, p. 648).

Em um artigo intitulado “*A Clínica Ampliada e as Políticas de Assistência Social: uma Experiência com Adolescentes no Programa de Atenção Integral à Família*”, Murta & Marinho (2009) descrevem uma experiência de intervenção junto a adolescentes do PAIF (Programa de Atenção Integral à Família) a partir de práticas que se coadunam com a proposta da clínica ampliada. Esse pensamento se relaciona com a noção de clínica ampliada ao propor uma metodologia integrativa, valorizando as potencialidades dos indivíduos, aumentando o espectro de compreensão de um problema social e envolvendo diversos autores em sua resolução. Ainda segundo as autoras:

Assim, a clínica se torna de fato ampliada em todos os sentidos: quanto ao seu foco de intervenção (de indivíduos para coletividades), ao espaço físico (da sala privativa e confortável às instituições diversas), à população atendida (de pessoas de classe social abastada à pessoas de baixa renda), às suas estratégias (da psicoterapia individual à terapia comunitária e campanhas educativas), às

suas teorias (das voltadas para o intrapessoal às ecológicas), aos agentes de execução do trabalho (do trabalho conduzido apenas pelo psicólogo ao conduzido por profissionais com diferentes saberes) e aos níveis de prevenção (do tratamento e reabilitação à prevenção e promoção de saúde) (Murta & Marinho, 2009, p. 59, 60).

O que se depreende até aqui é que a noção de clínica ampliada não é algo desconhecido pelos profissionais que atuam na saúde ou na assistência social, no entanto essa apropriação ainda não tem sido tão eficaz quanto poderia e muito da potência inerente às práticas no âmbito da clínica ampliada não tem sido aproveitada. Nesse sentido a clínica ampliada deve ser,

[...]entendida como uma intervenção política, que envolve na prática as possibilidades de transformação do sujeito e da sociedade, sendo ressaltada como estratégia de potencializar a vida quando ela não se conforma com a sobrevivida e encontra linhas de fuga, que pulsam no aspecto da coletividade e da solidariedade (Dettmann, Aragão & Margotto, 2016, p. 362).

Essa dimensão política, potencializadora de vida e transformadora de realidades carrega, no nosso entendimento, um conteúdo ideológico que muitas vezes tem sido negado ou ignorado nas práticas tradicionais sob a alcunha da neutralidade científica. Para as referidas autoras “A Clínica [...] ocupou também uma nova forma política, onde são problematizadas as relações de forças e estratégias de gestão e investimento da potencialização da vida, tendo em vista o seu posicionamento ante os efeitos produzidos pelas ações” (Dettmann, Aragão & Margotto, 2016, p. 366).

A inserção do psicólogo no campo das políticas públicas em geral e no âmbito da saúde mental em particular, tem sido um processo complexo e dinâmico, atravessado por diversas nuances e que ainda está em construção. Significa dizer que há um longo caminho a ser percorrido e essa inserção tem demandado novas qualificações por parte destes profissionais no sentido de acompanhar as mudanças paradigmáticas e o dinamismo social que requer, cada vez mais, fazeres que se coadunem com uma nova perspectiva de clínica. O conceito de clínica ampliada, bem como o seu adequado manejo, figura como um importante instrumento na efetivação de práticas alinhadas com o campo da saúde mental brasileira. Nesse sentido apostamos no resgate do sujeito em sua singularidade, englobando dimensão política da cidadania, que pode ser alcançada a partir de diferentes modalidades interventivas (Lewis & Palma, 2011).

Historicamente os profissionais de psicologia se pautaram em um fazer marcado pela assunção de práticas oriundas do modelo biomédico, bem como de cunho privatista e, por vezes, desconectadas da realidade social (Dimenstein, 2003). A partir das décadas de 70 e 80 emergem no Brasil movimentos sociais que começam a questionar a hegemonia do modelo biomédico e a propor novas formas de atuação que respondessem de forma mais eficaz às mudanças sociais então em curso, pois a inserção do psicólogo na saúde pública brasileira se deu em virtude de mudanças ocorridas na sociedade brasileira, principalmente na área da saúde (Cantele, Arpini & Roso, 2012).

Nesse contexto os psicólogos começaram a migrar, devido a diversos fatores, da clínica privada para atuarem nas políticas públicas nos mais diversos serviços de saúde no Brasil. Cantele, Arpini e Roso, (2012) apontam que a psicologia passou por duas crises nas quais o campo de atuação e um novo paradigma de práticas profissionais foram repensados em referência às práticas desenvolvidas até então. A primeira tem

relação com o modelo médico hegemônico e suas limitações e a segunda diz respeito às instituições psiquiátricas e sua forma ineficaz e desumana de lidar com a loucura.

Apesar das mudanças objetivas no contexto da saúde pública no panorama nacional, isso não significou dizer que a inserção dos psicólogos nesse cenário se deu sem dificuldades e tensões. Alguns autores como Spink (2003), Dimenstein (2003), Macedo & Dimenstein (2012), Crusoé (2017) problematizam essa questão e apontam fatores como a hegemonia da clínica tradicional e a falta de formação adequada por parte dos psicólogos para atuar frente às novas demandas. Macedo & Dimenstein (2012, p. 435) referem que “apesar dos avanços e da mobilização das entidades da categoria dos psicólogos para contribuir com o movimento reformista, no plano da formação as graduações em psicologia não acompanharam os debates sobre os desafios para atuar nos serviços públicos de saúde”. Destacamos aqui que a formação voltada para a atuação no âmbito da saúde mental, bem como o posicionamento dos psicólogos diante de um conceito como o de clínica ampliada é extremamente importante, pois “considera-se que a maneira com que cada profissional se insere, maneja conhecimentos teórico-práticos e organiza suas ações político-profissionais pode ou não efetivar e dar sustentação às mudanças necessárias à efetivação da reforma psiquiátrica” (Macedo & Dimenstein, 2012, p. 420).

Do ponto de vista mais específico de serviços como os CAPS, lócus de nossa pesquisa, alguns estudos apontam a mesma dificuldade por parte dos psicólogos em desenvolver um trabalho pautado em pressupostos da reforma psiquiátrica e da clínica ampliada, pois “o desafio entre o novo e o tradicional parece ser a marca do atual momento da prática profissional dos psicólogos nos CAPS” (Cantele, Arpini & Roso, 2012, p. 922). Em uma pesquisa realizada com psicólogos de três CAPS do Rio Grande do Sul essas mesmas autoras identificaram sentimentos de medo, frustração e

impotência vivenciados por esses profissionais, mas destacaram que ao mesmo tempo os mesmos têm um papel preponderante nas equipes que trabalham e apontam a necessidade de uma melhor formação, supervisão clínico-institucional e capacitação antes do ingresso de um novo profissional no serviço (Cantele, Arpini & Roso, 2012). De acordo com essas autoras é possível perceber no discurso de alguns profissionais a dificuldade no exercício clínica ampliada, uma vez que possuem geralmente uma formação voltada para a clínica mais tradicional (Cantele, Arpini & Roso, 2012). Sendo assim,

[...]quando entram na prática profissional nessa modalidade de serviço, deparam-se com uma esfera mais ampla de trabalho, sentindo-se despreparados para a função; no entanto, estão a todo momento ressignificando e reinventando novas práticas psi, além daquelas trazidas de suas áreas de formação (Cantele, Arpini & Roso, 2012, p. 922).

Em um relato de experiência de um estágio realizado em um CAPS do Rio Grande do Sul, Lewis & Palma (2011) destacaram o tensionamento entre a convivência de dois paradigmas diferentes com a tendência a repetição de práticas tradicionais. Segundo elas “enredados no dilema entre o velho e o novo modelo de atenção à saúde mental, muitos dos profissionais, inclusive psicólogos, acabavam anacronicamente reproduzindo o paradigma que deveriam ajudar a superar” (Lewis & Palma, 2011, p.1391). Destacam ainda a vigência do paradigma manicomial no Serviço, agravada por um modo de funcionamento burocrático (Lewis & Palma, 2011). Macedo & Dimenstein (2012) em um artigo no qual discutiram os modos de inserção dos psicólogos na saúde mental identificaram que esses profissionais apresentam forte vinculação com os modos

tradicionais de atuação e pouco comprometimento com o desenvolvimento de novas práticas em saúde mental. Tal realidade tem efeitos diretos na organização dos processos de trabalho e nos modos de funcionamento das equipes, e distancia o psicólogo da perspectiva psicossocial e das lutas para efetivar a Política de Saúde Mental em curso no País.

Por fim, em um estudo realizado em diversos CAPS da região Nordeste, Crusoé (2017) também chega a conclusões semelhantes ao exposto até agora. No referido estudo a autora afirma que “a prática da clínica ampliada ainda está em construção por alguns profissionais, por conhecer apenas o modelo tradicional aprendido nas instituições de ensino e por desconhecer o papel e a função do profissional psicólogo no sistema de saúde pública, SUS” (Crusoé, 2017, p. 15). Na mencionada pesquisa Crusoé citou os CAPS do município de Campina Grande. Segundo ela os psicólogos ainda:

[...] utilizam modelo de clínica privada com técnicas da psicanálise e apontam dificuldades em trabalhar com o modelo de clínica ampliada. Os profissionais entrevistados destacam uma questão curricular da própria unidade formadora, que direciona a prática mais para a clínica individual, não possui uma grade curricular que contemple assuntos referentes à Saúde Pública no Brasil, como também sobre o SUS, nem nada específico da Saúde Mental (Crusoé, 2017, p.11).

Esse pequeno levantamento bibliográfico embasa o nosso pressuposto de que há uma dificuldade na inserção dos psicólogos em serviços de saúde mental e no manejo do conceito de clínica ampliada por parte dos psicólogos que atuam nos CAPS, reforçando a ideia de que é preciso problematizar essa realidade, procurar entender cada

situação e construir maneiras de superar esse impasse, contribuindo assim para a concretização de um processo de Reforma Psiquiátrica e de Luta Antimanicomial brasileiros.

Em suma, a despeito de toda a riqueza presente na noção de clínica ampliada, é possível que em diversos serviços de saúde mental as práticas ainda estejam marcadas pela imposição de modos de fazer mais tradicionais e sem muita relação com a clínica ampliada. É preciso entender por quais motivos isso ocorre, quais os fatores contribuem para que isso se reproduza e quais as saídas possíveis em cada realidade específica. Ainda de acordo com Macedo & Dimenstein (2012, p. 424),

No caso dos psicólogos, atores importantes desse processo, tal preocupação intensifica-se devido ao movimento de expansão e estruturação da rede psicossocial, que tem contribuído significativamente para o fortalecimento da profissão nesse campo. Dessa forma, não se pode deixar de problematizar exatamente as relações que se têm construído entre esses profissionais e seus modos de inserção na Saúde Mental, bem como os efeitos que derivam desse contexto em termos da sustentação técnica e política do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A professora Magda Dimenstein em um artigo intitulado *Los (des) caminos de la formación profesional del psicólogo em Brasil para la actuación en la salud pública* discute a questão da formação acadêmica deficitária que deixa lacunas importantes e compromete, portanto, a atuação adequada dos psicólogos em serviços de saúde pública, segundo ela:

la precária formación del psicólogo para actuar em las UBS determina tanto la falta de definición de sus funciones em la red básica de salud como el predominio de actividades típicas del modelo clásico de la psicología clínica liberal y privada em los puestos, centros y ambulatorios, la cual no toma em cuenta los objetivos de los mismos ni las demandas de La población (Dimenstein, 2003, p. 341).

Ainda segundo a referida autora, é comum que os profissionais falem do seu trabalho na rede pública com um certo mal estar e que vivenciem um estado de paralisção e desorientação frente aos problemas oriundos de suas práticas cotidianas, comprometendo a eficácia de suas intervenções (Dimenstein, 2003).

Para Campos, situar-se no âmbito de uma clínica ampliada não é algo simples, pois deve:

[...]superar a alienação e a fragmentação e o tecnicismo biologicista, centrando-se no eixo da reconstituição de Vínculos entre Clínico de Referência e sua clientela. Superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade operando-se com Projetos Terapêuticos amplos, que explicitem objetivos e técnicas da ação profissional e que reconheçam um papel ativo para o ex-paciente, para o enfermo em luta e em defesa de sua saúde, em geral, interligada, com a saúde de outros (Campos, 2002, p. 9).

Desta forma, entender como os técnicos da saúde mental, sobretudo os psicólogos, compreendem a noção de clínica ampliada é de extrema importância no sentido de superar os obstáculos que impedem a produção de novos caminhos no campo

da saúde mental. Assim, discutir sobre a noção de clínica ampliada torna-se cada vez mais urgente, uma vez que, como vimos até aqui, há nessa expressão uma complexidade e potência que fundamentam o exercício profissional no âmbito da saúde mental pautado em ferramentas que possibilitam uma clínica potente, que promove cidadania aos sujeitos e que se coaduna com as necessidades dos profissionais e usuários que atuam nesse campo, eis os desafios de uma proposta de clínica ampliada

3. PSICOLOGIA SOCIAL DISCURSIVA

3.1 Antecedentes históricos e epistemológicos

A psicologia social discursiva de vertente inglesa fundamenta-se em uma base epistemológica que aborda a linguagem a partir de uma perspectiva não neutra, mas em sua dimensão de construção e construída sócio-historicamente, chamada de construcionismo. Em relação ao campo construcionista podemos afirmar que se trata de um campo heterogêneo, multifacetado, mas que carrega alguns elementos em comum, pois, “Não obstante a grande variedade de interesses teóricos, e as muitas divergências que caracterizam o campo construcionista, as diferentes perspectivas teóricas desenvolvidas nesse campo têm como objetivo comum superar as epistemologias representacionistas” (Oliveira Filho, 2013, p. 503). Por representacionistas entende-se as epistemologias que estabelecem a realidade como um dado *a priori* e a linguagem como um modo de descrevê-la de forma neutra e objetiva. De acordo com Burr citado por Nogueira (2001, p. 46), o campo construcionista se caracteriza, sobretudo, pela:

sua orientação anti-essencialista e anti-realista, o seu entendimento da linguagem como pré-condição para o pensamento e como forma de ação social e o seu enfoque na interação e nas práticas sociais, aliados á perspectiva do conhecimento como especificamente histórico e cultural, que o diferenciam da abordagem da psicologia mais tradicional.

O campo construcionista estabelece que a nossa relação com o mundo não nos fornece os termos que devemos usar para descrevê-lo e que os sujeitos participam

ativamente nessa construção, reconhecendo a arbitrariedade na relação entre as nossas descrições e classificações e o mundo social (Oliveira Filho, 2013). Desta forma, podemos dizer que o construcionismo é, em linhas gerais, uma base epistemológica que atravessa diversas abordagens e campos do conhecimento identificados como fundamentados nele, caracterizando-se como um campo epistemológico que tem alguns elementos em comum nas mais diferentes abordagens que se dizem construcionistas. Potter (1996) elenca algumas características compartilhadas por essas abordagens, são elas:

Primeiro, todas elas tendem a ser movimentos de oposição de um tipo ou de outro a posições tradicionais das ciências sociais e, em particular, seus pressupostos realistas. Segundo, todas elas tendem a enfatizar o modo como a mente e a ação dependem de formas culturais específicas. Em terceiro lugar, todas elas tendem a tratar o discurso – teorias variadas – como princípio organizador central da construção (1996, p. 3,4).

Kennet Gergen citado por Potter (1996, p. 2) identifica cinco pressupostos básicos para uma ciência social construcionista, são eles:

Os termos pelos quais descrevemos o mundo e a nós mesmos não são ditados pelos objetos estipulados de tais relatos; Os termos e formas pelas quais conseguimos compreender o mundo e a nós mesmos são artefatos sociais, produtos de origem do intercâmbio histórico e cultural entre pessoas; O grau em que uma determinada descrição do mundo ou do eu é sustentada ao longo do tempo não depende da validade objetiva da descrição, mas das vicissitudes do

processo social; A linguagem preserva o seu significado nos assuntos humanos pela forma como ela funciona dentro dos padrões de relacionamento; Avaliar as formas de discurso existentes é avaliar os padrões da vida cultural; essas avaliações dão voz a outros enclaves culturais.

Percebe-se a importância conferida a linguagem no construcionismo, situando-a como construída e construtora da realidade social e do psiquismo humano, contrapondo-se a tradições epistemológicas realistas nas quais figurava como um meio transparente de descrever o mundo. “Porém, não se propõe que se viva em um mundo sem “verdades”, apenas acredita-se que elas são versões, sempre específicas, negociadas, construídas, adequadas às finalidades designadas coletivamente como relevantes” (Méllo, Silva, Lima & Paolo. 2007, p. 28). Essa descrição do construcionismo não pode ser tomada como uma verdade em si, uma descrição tácita do que seria o construcionismo, pois ao fazer isso cairíamos em uma armadilha, já que estaríamos fazendo uma descrição realista do construcionismo e essa é uma atitude que Potter definitivamente rejeita. Em suas próprias palavras: “O problema é que isso seria uma abordagem profundamente anti-construcionista para esta questão. Isso implicaria que existe uma coisa simples – construcionismo - que pode ser definido e definido de forma neutra e objetiva” (Potter, 1996, p. 1).

Para os psicólogos sociais discursivos/analistas do discurso a linguagem é reconhecida como um artefato social, construída sócio-historicamente e, portanto, um produto cultural sujeito às contingências da ação humana. Desta forma, compreende-se que o mundo não é um dado a priori, “Por el contrario, la PD coloca en el centro de investigación la acción social, el modo en que las personas interactúan cotidianamente entre sí y coconstruyen, a través de distintas prácticas discursivas, el mundo social y el

domínio de lo psicológico” (Guzmán, Stecher & Rueda, 2017, p. 511). De acordo com Potter (1996, p. 7): “Os analistas do discurso rejeitam as explicações cognitivas tradicionais da psicologia. Em vez de tentar explicar as ações como consequência de processos ou entidades mentais, seu interesse tem sido em como as noções mentalistas são construídas e usadas na interação”. Potter (1998) estabelece a metáfora da construção para designar o ponto de partida epistemológico da psicologia social discursiva, segundo ele, por questões pragmáticas, uma vez que ela permite formular “un conjunto de preguntas que no tienen sentido si aceptamos la metáfora del espejo. Si tratamos las descripciones como construcciones y como constructivas, podemos preguntarnos como se ensambla, qué materiales se emplean, qué tipos de cosas o sucesos producen, etc” (Potter, 1998, p. 131).

De acordo com Cirilo & Oliveira Filho, “A metáfora da construção, [...] refere-se fundamentalmente ao fato de termos acesso ao mundo por intermédio de construções discursivas. O discurso nos apresenta descrições do mundo e de nós mesmos, e produz, assim, sujeitos, grupos e relações sociais” (2008, p. 321). Nesse trabalho, interessa-nos, portanto, a utilização da psicologia social discursiva enquanto teoria e método, este por sua vez denominado de análise do discurso.

Segundo Raserá (2013), a psicologia social discursiva recebe influências da análise conversacional, de onde extrai a noção da linguagem como ação social; da retórica onde vai buscar a ideia de que o uso retórico da linguagem também se dá nas conversações do dia a dia e que o discurso dos falantes possui endereçamentos sendo possível identificar versões alternativas nas descrições dos falantes; e da filosofia da linguagem cuja ideia central é que o significado das palavras está mais em seu uso cotidiano e contextualizado do que em um suposto objeto de referência. O referido autor cita ainda que: “Considerando estas contribuições, a Psicologia Discursiva busca

compreender como o discurso realiza práticas sociais, sem se restringir à estrutura linguística ou às cognições subjacentes à conversa. Nesse sentido, as conversas e os textos são entendidos como partes de práticas sociais” (Rasera, 2013, p. 817).

A psicologia social discursiva, acompanhando o pensamento de linguistas como Ferdinand de Saussure, reconhece a arbitrariedade do signo linguístico. De acordo com Saussure citado por Oliveira Filho (2013, p. 394): “O laço que une o significante ao significado é arbitrário ou então, visto que entendemos por signo o total resultante da associação de um significante com um significado, podemos dizer mais simplesmente: o signo linguístico é arbitrário”. Nesse sentido, a psicologia social discursiva tomará a linguagem em sua dimensão de construção em oposição aos modelos tradicionais realistas nos quais “a linguagem é tomada como sendo um meio transparente – um caminho relativamente direto para as crenças ou acontecimentos “reais”, ou uma reflexão sobre a maneira como as coisas realmente são” (Gill, 2002, p. 248). De acordo com Potter (2004, p. 607): “Tipicamente em estudos envolvendo experimentação, pesquisas, questionários, pesquisas de opinião, alguns estilos de teoria fundamentada, vertentes comuns da etnografia e a maioria das análises de conteúdos, o discurso é tratado como um meio transparente”. É justamente essa recusa de conceber a linguagem como um meio transparente que caracteriza o campo construcionista e as abordagens que dele derivam, inclusive a psicologia social discursiva inglesa.

A psicologia social discursiva apresenta, portanto, uma profunda crítica ao papel secundário e a indiferença conferidos à Linguagem nas tradições da Psicologia Social estadunidense de viés psicológico (Oliveira Filho, 2013). As origens da análise do discurso a partir de críticas à ciência social tradicional significam que ela possui uma base epistemológica bastante diversa de algumas outras metodologias. Isso é às vezes chamado de construcionismo social, construtivismo, ou simplesmente construcionismo

(Gill, 2002, p. 245). Em nosso trabalho optaremos por utilizar daqui pra frente apenas a expressão construcionismo para designar a base epistemológica da psicologia social discursiva.

Para a psicologia social discursiva é fora de questão a ideia de que o mundo forneça as próprias categorias para a representação adequada de si mesmo, pois: “Os eventos e objetos do mundo não trazem gravados em sua superfície o significado que devemos lhe dar. O argumento, evidentemente, não é novo. Está presente em diferentes formas de idealismo” (Oliveira Filho, 2013, p. 505). Isso significa dizer que, a partir do reconhecimento da arbitrariedade do signo linguístico e da impossibilidade do mundo fornecer as próprias categorias para sua adequada descrição, admite-se, portanto, que toda descrição é, em certo sentido, arbitrária e também uma construção e que por isso a linguagem se torna produtora da realidade social. [...] “como a realidade não está categorizada previamente por Deus, ela se constitui de uma forma ou de outra no próprio momento em que falamos e escrevemos sobre ela” (Potter citado por Oliveira Filho, 2013, p. 392).

Oliveira Filho (2013) refere que nas últimas três décadas o papel da linguagem vem sendo reconhecido como fundamental na construção do psiquismo humano e das relações sociais, fomentando um processo cujo resultado se desdobra em um conjunto de abordagens discursivas na psicologia e na psicologia social que disputam lugar nos espaços acadêmicos e que se posicionam de maneira crítica em relação às abordagens tradicionais.

Na perspectiva da psicologia social discursiva e da análise do discurso a linguagem é vista não mais como algo que reflete de forma neutra a realidade, nem mesmo como algo sobre o qual se pode inferir uma outra realidade subjacente, mas como uma maneira que os indivíduos têm de se posicionarem e agirem no mundo. “Ao

invés de ver o discurso como um caminho para outra realidade, os analistas de discurso estão interessados no conteúdo e na organização dos textos” (Gill, 2002, p. 247). Nesse sentido entendemos que, “A psicologia discursiva é marcadamente empírica. Seu método de análise envolve a coleta de um conjunto de materiais textuais ou conversacionais, de preferência espontâneos, isto é, que ocorreram em situações ordinárias, sem os mecanismos de controle do ‘laboratório’” (Valentim, 2018, p. 222).

A análise do discurso além de ser uma alternativa às metodologias convencionais é também uma alternativa às perspectivas nas quais essas metodologias se baseiam, ou seja, uma alternativa ao positivismo, ao pós-positivismo e às suas perspectivas epistemológicas. (Taylor citado por Nogueira, 2008).

Para a psicologia social discursiva os indivíduos utilizam a linguagem, portanto, para fazer coisas, posicionar-se perante o mundo, disputar versões concorrentes da realidade e fazer com que determinada versão da realidade se torne factual em detrimento de outras. De acordo com Cirilo & Oliveira Filho: “A uma abordagem discursiva, interessa principalmente o modo como o discurso é organizado para tornar determinadas versões da realidade factuais, verdadeiras” (2008, p. 321). Tal atitude representa a recusa por tradições realistas/essencialistas, pois os analistas do discurso estão “[...] interessados no poder construtivo da linguagem. Em entender como o eu, a mente, a interação, as relações sociais e a vida social são construídos discursivamente” (Oliveira Filho, 2013, p. 472).

3.2 O Giro Linguístico

A ênfase dada à linguagem se inscreve em uma tradição teórico-epistemológica conhecida como giro linguístico ou virada linguística que foi, sobretudo, uma crítica ao

papel secundário da linguagem nos estudos da Sociologia e na ênfase muito grande em conceitos como os de atitude e crença da psicologia social americana. O papel atribuído a linguagem nas grandes variedades de correntes sociológicas e psicossociais paulatinamente se configura como uma perspectiva específica, onde a “linguisticidade” e o “linguístico” ocupam um lugar de destaque, tornando-se um poderoso instrumento de desconstrução das formas sociais naturalizadas (Valentim, 2016).

Em um capítulo dedicado a estudar o que foi o giro lingüístico, Gracia (2004, p. 19) o descreve da seguinte maneira:

Giro lingüístico é uma expressão que esteve em moda nos anos 1970 e 1980 para designar uma certa mudança que ocorreu na filosofia e em várias ciências humanas e sociais e que as estimulou dar uma atenção maior ao papel desempenhado pela linguagem tanto nos próprios projetos dessas disciplinas, quanto na formação dos fenômenos que elas costumam estudar.

No referido capítulo, Gracia (2004) analisa como a linguagem passa a ser colocada em evidência rompendo com uma tradição que remonta às produções do filósofo René Descartes que influenciou diretamente toda uma corrente de pensamento no campo da filosofia e também das ciências de maneira geral. Não que a linguagem não tivesse relevância na filosofia cartesiana, no entanto, “Dessa perspectiva, a linguagem é certamente importante, mas constitui apenas um instrumento para manifestar nossas ideias, uma simples roupagem com a qual se apresentam ao mundo exterior e se tornam visíveis para os demais” (Gracia, 2004, p. 23). Ainda de acordo com o autor, essa importância atribuída à linguagem provocou uma verdadeira revolução no campo do conhecimento, instituindo novas formas de se enxergar a

realidade, a própria natureza do conhecimento e as formas de investigação, proporcionando outro contexto teórico e outros enfoques metodológicos, mas acima de tudo uma mudança na concepção da natureza da linguagem (Gracia, 2004).

Essa tradição de pensamento conhecida como giro linguístico representa uma dupla ruptura, por um lado [...] “a ruptura com a antiga tradição filológica centrada na comparação das línguas e no estudo de sua evolução histórica. E, por outro, a ruptura com a total hegemonia que a filosofia da consciência exerceu durante mais de dois séculos” (Gracia, 2004, p. 21). O autor em questão afirma ainda que a primeira ruptura se deu com Ferdinand de Saussure (1857-1913) e a instituição da linguística moderna e a segunda com Gottlob Frege (1849-1925) e Bertrand Russel (1872-1970) que possibilitou a mudança do olhar da filosofia, outrora centrado no mundo interior e nas entidades mentais, para o mundo dos fenômenos discursivos, passível de ser observado (Gracia, 2004).

Outro importante pensador que também contribuiu para o estabelecimento da importância da linguagem na compreensão dos fenômenos sociais foi o filósofo Wittgenstein (1889-1951). De maneira geral pode se dizer que:

As proposições wittgensteinianas, ao se afastarem do cenário objetivista da linguagem, inauguram uma episteme segundo a qual o universo experiencial humano é domínio dos processos de significação de sujeitos contingenciados por contextos interacionais e históricos e pelas *formas de vida* das quais estes participam (Pinheiro & Meira, 2010, p. 605).

Ainda de acordo com Gracia (2004), os estudos do referido filósofo contribuíram para o estabelecimento da importância de se estudar a linguagem cotidiana

e influenciou um conjunto de pensadores conhecidos como os “filósofos de Oxford”, dentre eles Gilbert Ryle, John Austin, Peter Strawson e Paul Grice. O legado desses pensadores repousa, sobretudo, no distanciamento da tradição cartesiana “ensinando-nos que a linguagem faz muito mais do que representar o mundo porque é basicamente um instrumento para ‘fazer coisas’. A linguagem não só ‘faz pensamento’ como também ‘faz realidades’” (Gracia, 2004, p. 33).

Desta forma então a linguagem adquire, nessa tradição de pensamento denominada de giro linguístico, um status que jamais havia obtido tanto na filosofia, quanto na sociologia, psicologia e ciências afins, inaugurando uma corrente de pensamento na qual ela passa a ser central na explicação dos fenômenos sociais e da própria noção de realidade. Segundo Gracia, “Ela é a própria condição de nosso pensamento e, para entender esse último, temos que nos concentrar nas características da linguagem em vez de contemplar o suposto mundo interior de nossas ideias” (2004, p. 33). Em síntese, podemos afirmar que o giro linguístico, ou virada linguística, representou o estabelecimento de uma nova forma de pensamento tanto na filosofia quanto nas ciências sociais e também na psicologia, instituindo o protagonismo da linguagem na compreensão dos fenômenos sociais e distanciando-se de tradições realistas de pensamento nas quais a linguagem figurava como ‘roupagem’ para o pensamento.

3.3 O Papel da Linguagem na Psicologia social discursiva

O giro linguístico influenciou diversas disciplinas, dentre elas a psicologia social. Na psicologia social discursiva, portanto, a linguagem ocupará lugar privilegiado em seu interior, representando tanto uma crítica às epistemologias essencialistas, quanto

uma afirmação de que a realidade social de alguma forma é produzida pela linguagem. Desta forma é possível afirmar que:

Essa onda discursiva na psicologia apresenta-se de maneira bastante visível no trabalho de um conjunto de psicólogos sociais ingleses (Potter & Wetherell, 1987; Potter et al, 1990; Wetherell & Potter, 1992; Wetherell, 1996; Potter, 1998; Billig, 1985, 1987, 1991) que estão entre os mais inovadores e criativos dentre aqueles que despertaram para a importância da linguagem na compreensão dos processos psicossociais que têm sido objetos de interesse da psicologia social, ao longo de sua história (Oliveira Filho, 2013, p. 469).

É importante assinalar que essa tradição analítica da psicologia social discursiva não se deu em um vácuo social, mas se inscreve em uma tradição que remonta a teorizações desenvolvidas pela filosofia analítica inglesa, principalmente pela filosofia dos atos da fala desenvolvida por Austin. A teoria dos atos da fala é uma corrente teórica que estabelece, em última instância, que todas as expressões realizam ações. A psicologia social discursiva fundamentou-se também na etnometodologia e na análise conversacional, corrente teórica da sociologia estadunidense que se desenvolveu a partir dos trabalhos do sociólogo Garfinkel e que estabelece que os discursos ou falas das pessoas constituem eventos em si mesmo e não relatos sobre eventos e que esses relatos são dependentes do contexto em que são proferidos (Oliveira Filho, 2013).

Um conceito importante na psicologia social discursiva é o de repertório interpretativo, expressão essa que geralmente é utilizada como sinônimo de discurso entre os analistas discursivos e que designa o conjunto de termos, expressões e pensamentos aceitos e validados socialmente, que mantém entre si uma coerência

interna e que conferem legitimidade a um determinado discurso. Segundo Oliveira Filho (2013, p. 471), “A expressão ‘repertórios interpretativos’ apresenta-se como uma alternativa frequente ao termo discurso nos escritos desses autores, como mais apropriada para destacar o caráter prático e situado da linguagem[...]”. Nesse sentido, “Os repertórios interpretativos são sistematicamente relacionados ao conjunto de termos, frequentemente utilizados com coerência estilística e gramatical, e muitas vezes organizados em torno de uma ou mais metáforas centrais” (Potter, 1996, p. 06). Assim é possível falar do discurso médico, discurso jurídico, discurso religioso, discurso feminista, discurso da reforma psiquiátrica, dentre tantos outros discursos que gozam de aceitação e reconhecimento sociais e que mantêm uma coerência interna, sendo por isso reivindicados pelos falantes para dar crédito e confiabilidade aos seus discursos particulares.

Uma vez estabelecido o lugar da linguagem na psicologia social discursiva, compreende-se que a análise do discurso, enquanto ferramenta metodológica, não se dissocia da psicologia social discursiva enquanto teoria, podendo-se falar que teoria e método praticamente se equivalem nessa perspectiva. “Mais especificamente, a AD (Análise do discurso) representa um conjunto relacionado de abordagens ao discurso que acarretam não só práticas de recolha de dados e de análise, mas também um conjunto de assunções metateóricas e teóricas” (Nogueira, 2008, p. 236). Análise do discurso é uma expressão que pode estar associada a diversas modalidades de análise tanto no campo da linguística, quanto no campo da sociologia ou psicologia. “Às vezes a análise do discurso é um nome conveniente para uma prática de análise discursiva que pode incluir uma variedade de diferentes abordagens, como a teoria dos atos da fala, análise narrativa, análise de conversação e assim por diante” (Potter, 2004, p. 607). O

que há em comum em todas elas é a ênfase dada à linguagem e o reconhecimento de que a fala constitui em si uma ação social.

Os termos discurso e análise do discurso são usados em diferentes disciplinas e perspectivas teóricas, por isso mesmo, esses termos são equívocos, estão associados a muitos sentidos e definições (Oliveira Filho, 2013). A expressão análise do discurso também é polissêmica e diz respeito a uma gama de pesquisadores que estão interessados no uso da linguagem. A respeito dessa diversidade de correntes que podem ser intituladas de análise do discurso Potter comenta que: “Um dos motivos para isso é que abordagens analíticas e teóricas foram desenvolvidas em uma variedade de disciplinas diferentes – notavelmente linguística, sociologia, psicologia, psicologia social, filosofia, comunicação, teoria literária e estudos culturais” (2004, p. 607).

Nogueira (2008) sugere ao menos quatro concepções principais de análise do discurso na psicologia social. A análise do discurso sociolinguística, a análise conversacional, a psicologia social discursiva e a análise crítica do discurso (ou análise foucaultiana), e refere que essas são as perspectivas mais apresentadas, mas não exaustivas. Vejamos resumidamente cada uma delas acompanhando o pensamento de Nogueira (2008).

Na abordagem sociolinguística os pesquisadores estudam a variação da linguagem em uso e interessam-se em relacionar essa variação com diferentes situações sociais, contextos ou personagens, mas o foco é na linguagem em si mesmo, como um sistema. Na análise conversacional o foco é na atividade do uso da linguagem, mais do que na linguagem em si e com ênfase na interação entre as pessoas, identificando-se padrões e modalidades de uso da linguagem que adquire um significado contextual, criado no decorrer da interação entre os falantes (Nogueira, 2008).

Na Psicologia social discursiva, os analistas estão interessados em procurar padrões da linguagem que se encontram associados, chamando a atenção para novos termos que possibilita às pessoas falar de coisas novas e entendendo a linguagem como dentro de um contexto social e cultural e não apenas nas interações (Nogueira, 2008).

Para Nogueira, portanto, a psicologia social discursiva estabelece que os repertórios interpretativos consistem em “uma espécie de recurso social, disponível para todos os que partilham uma linguagem e uma cultura” (2008, p. 239). Ainda de acordo com Nogueira:

Tendo em vista que não existe qualquer conteúdo psicológico interno nos indivíduos que comande os seus comportamentos, os repertórios interpretativos são ferramentas, que não estão localizadas nos indivíduos, mas que estes usam, conforme os recursos sociais e culturais disponíveis, para os seus próprios fins (2008, p. 239).

A análise crítica do discurso, também conhecida como análise foucaultiana do discurso, por sua vez, ocupa-se de uma análise social macro, preocupa-se com padrões, mas em contextos mais amplos, valorizando as questões de saber/poder (Nogueira, 2008). Nesse sentido, “As práticas discursivas são afinal práticas sociais, produzidas através de relações de poder concretas, numa época determinada. Estas relações, por seu lado, apontam para certos efeitos que regulam e controlam a ordem social” (Nogueira, 2008, p. 240). Nogueira (2008, p. 240), destaca ainda que na perspectiva da análise crítica do discurso: “Os discursos dominantes privilegiam as versões sobre a realidade que legitimam as relações de poder existentes e as estruturas sociais”. Desta forma, “A análise do discurso, nessa perspectiva, interessa-se por especificar formações

discursivas, ou discursos, que determinam a ocorrência de determinadas categorias e enunciados em determinados períodos históricos, lugares e instituições” (Fairclough citado por Oliveira Filho, 2013, p. 471).

De maneira geral, independentemente de que tipo de análise de discurso estejamos falando, pode-se afirmar que os analistas do discurso interessam-se fundamentalmente pela forma como os indivíduos utilizam a linguagem para fazer coisas e como mobilizam recursos retóricos para dar confiabilidade aos seus discursos.

A nossa opção teórica, a psicologia social discursiva inglesa, está interessada nas práticas e organizações ao invés de estruturas abstratas, o que pode ser traduzido em três princípios: o discurso é orientado para ação, situado e construído (Potter, 2004).

Um dos temas centrais da psicologia social discursiva e que nos parece muito caro dentro dessa perspectiva teórica é o fato de que o discurso é orientado para a ação. Para a psicologia social discursiva as pessoas utilizam o discurso para fazer coisas, posicionarem-se perante o mundo. Potter (2004) assevera também que essa forma de conceber o discurso contrasta tanto com as vertentes psicológicas, pelo fato destas se preocuparem como estruturas cognitivas subjacentes, quanto com algumas vertentes linguísticas por enfatizarem as estruturas abstratas do discurso.

De acordo com Potter (2004) os analistas do discurso enxergam um mundo em movimento; um mundo onde fazer coisas é a preocupação primordial. Essa concepção da linguagem enquanto orientada para ação pode ser traduzida nas seguintes questões, de acordo com Potter: “O que este discurso está realizando? Como este discurso é construído para fazer isso acontecer? Quais recursos estão disponíveis para executar esta atividade” (Potter, 2004, p .608)?

Outra característica do discurso é o fato de que para a psicologia social discursiva ele é situado. Com situado entende-se o fato de que ele não se produz em um

vácuo social, mas que está sempre articulado a um determinado contexto que, de alguma forma, condiciona, mas sem o determinar, algumas estruturas discursivas, por exemplo: “[...] uma acusação estabelece as condições para uma série de ações (uma negação, minimização, confissão, desculpas), mas tais ações podem ser deferidas enquanto outros negócios são resolvidos, ou pode ser retido completamente” (Potter, 2004, p. 609). Uma segunda via em que se situa o discurso é em termo de retórica, uma das características que o diferencia a análise do discurso da análise da conversação (Potter, 2004).

Por fim, em relação à dimensão de construção Potter (2004) refere que o discurso é construído a partir de dois níveis. Um diz respeito aos recursos linguísticos como palavra, idioma e recursos retóricos em geral e “O segundo nível diz respeito à forma como o discurso constrói e estabiliza versões do mundo. Em situações particulares, descrições são geralmente reunidas como neutras e desinteressadas para realizar ações específicas” (Potter, 2004, p. 610). Percebe-se assim que a linguagem é utilizada o tempo todo para construir e sedimentar versões da realidade e ao mesmo tempo para, retoricamente, tanto afirmar quanto negar outras versões discursivas concorrentes. Nesse sentido, “Um dos principais temas do trabalho discursivo tem se preocupado com o modo como as versões são construídas e feitas (para parecer) objetivas e factuais ou, inversamente, a forma (aparentemente) que versões factuais são prejudicadas como parcial, distorcida ou interessada” (Potter, 2004, p. 611).

Os analistas do discurso em geral, sem entrar em contradição com o pensamento de Potter, referem que o discurso é tomado nessa abordagem a partir de quatro dimensões, são elas: ação, construção, retórica e variabilidade. Acompanharemos o pensamento de Oliveira Filho (2013) em um artigo sobre a psicologia social discursiva para abordar cada um dos quatro tópicos que constituem o discurso.

Primeiramente no que diz respeito ao discurso como ação, podemos dizer que essa é uma das principais características da psicologia social discursiva e que inaugura uma tradição de pensamento na qual a linguagem será alçada a um patamar bastante diferente de como era utilizada em outras tradições como, por exemplo, as abordagens sociocognitivas as quais compartilham da noção de representação mental interna e compreendem a linguagem como posterior à cognição, como um meio pelo qual a cognição se expressa (Oliveira Filho, 2013). O autor destaca ainda que o antimentalismo que caracteriza as abordagens discursivas além de se diferenciar das abordagens sociocognitivas também preserva certo distanciamento de teorias como a Teoria das Representações sociais e da abordagem foucaultiana do discurso (Oliveira Filho, 2013). Da primeira pelo fato de que mesmo apesar de destacar o papel da linguagem na construção das representações sociais, estabelece as representações sociais como “matrizes cognitivas subjacentes a ideias, imagens, palavras e que misture termos mentalistas e linguísticos em sua teoria” (Oliveira Filho, 2013, p. 361). Da abordagem foucaultiana em particular e das abordagens pós-estruturalistas em geral o distanciamento se deve ao fato de que essas abordagens desconsideram o uso e a função da linguagem dentro do contexto em que ela é utilizada, rompendo uma tradição teórica inaugurada por Wittgenstein. “Apesar de suas contribuições teóricas indiscutíveis para a compreensão do papel do discurso na constituição do mundo social, os teóricos pós-estruturalistas não teriam avançado na análise dos modos pelos quais os discursos funcionam nas interações discursivas” (Oliveira Filho, 2013, p. 478).

Em segundo lugar, o autor citado destaca que o termo construção tem três sentidos na psicologia social discursiva. O primeiro destaca que os nossos discursos são manufaturados de recursos linguísticos já existentes; em segundo lugar refere que nossas descrições representam, portanto, escolhas dentro desse escopo de recursos

linguísticos e em terceiro lugar refere que o nosso acesso ao mundo se dá, na maior parte do tempo, por meio de construções discursivas (Oliveira Filho, 2013).

No que diz respeito à questão da retórica o autor destaca que “Nessa perspectiva interessa observar como o discurso é organizado para tornar determinadas versões da realidade factuais, verdadeiras” (Oliveira Filho, 2013, p. 480). O uso retórico da linguagem se insere nos mais diversos espaços de utilização do discurso e não apenas em contextos formais como os entre orador e plateia, por exemplo. A psicologia social discursiva, portanto, assevera que o uso retórico da linguagem está presente no dia a dia, nas mais diversas formas de utilizar o discurso e que estratégias retóricas são utilizadas o tempo inteiro de forma implícita ou explícita, combatendo outras versões ou opiniões contrárias (Oliveira Filho, 2013).

Por fim, a questão da variabilidade, entendida em termos de inconsistência e contradição, é abordada na psicologia social discursiva como algo natural, não representando um incômodo, uma vez que não se reconhece nessa abordagem estruturas cognitivas anteriores gerando nossas respostas (Oliveira Filho, 2013). “Analisar os discursos sob o ponto de vista da variabilidade significa apontar as similaridades e as exceções, as consistências e inconsistências, incluindo as negações que podem sinalizar o encobrimento de condutas ‘politicamente incorretas’” (Meneghel & Iñiguez, 2007, p. 1818). Nesse sentido, “Como não se pressupõe que discursos são reflexos de atitudes, estruturas ou disposições dos sujeitos, também não se espera que seus discursos sejam coerentes e consistentes” (Potter & Wetherell citado por Oliveira Filho, 2013, p. 481).

Em síntese, destacamos que a escolha da psicologia social discursiva enquanto teoria e método de nossa pesquisa deve-se, entre os fatores já mencionados ao longo desse texto, também ao fato de que ela “[...]está associada a uma forma de fazer pesquisa que tem se constituído como uma alternativa à pesquisa comportamental

fortemente associada ao discurso biomédico e predominante na literatura em saúde”
(Rasera, 2013, p. 830).

4.PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de Pesquisa

A presente proposta de trabalho trata-se de um estudo que se insere em uma perspectiva de abordagem qualitativa, uma vez que “A pesquisa qualitativa leva em consideração que os pontos de vista e as práticas no campo são diferentes devido às diversas perspectivas e contextos sociais a eles relacionados” (Flick 2008, p. 24). Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, tendo como base teórico-metodológica a abordagem da Psicologia Social Discursiva.

Nesse sentido, compreendemos que “os campos de estudo não são situações artificiais criadas em laboratório, mas sim práticas e interações dos sujeitos na vida cotidiana” (Flick 2008, p. 24). Do ponto de vista teórico-metodológico Flick (2008) destaca que “O desenvolvimento recente da pesquisa qualitativa ocorreu em diversas áreas, tendo cada uma delas se caracterizado por um embasamento teórico específico, por conceitos de realidade específicos e por seus próprios programas metodológicos” (Flick 2008, p. 24). Esse estudo se propõe estar ancorado teoricamente no construcionismo, uma vez que se interessa pelas rotinas diárias e pela produção da realidade social (Flick, 2008).

4.2 Locais da Pesquisa, instrumento e procedimentos

Essa pesquisa foi realizada nos CAPS da cidade de Campina Grande-PB. Atualmente existem oito CAPS distribuídos pelos diversos bairros da cidade e nos distritos adjacentes como o distrito de Galante e São José da Mata, são eles: CAPS I-Intervenção Precoce. Rua Félix Carolino Barbosa, 548 – Alto Branco; CAPS I – Viva

Gente. Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 551 – Prata; CAPS I – Bem Viver. Rua da Chã, s/n – Distrito de Galante; CAPS I – Cuidar e Viver. Rua Arnaldo Luiz de Melo, 54 A – Distrito de São José da Mata; CAPS II – Novos Tempos. Rua Fernando Gomes de Araújo, 81 – Catolé; CAPS III – Reviver. Rua Paulo Afonso, 188 – Centenário; CAPS AD – Álcool e Drogas. Rua Capitão Ademar de Paiva, 896 – Alto Branco e o CAPS AD III – Infante Juvenil. Rua Deputado Norberto Leal, 1049 – Alto Branco. Somente em um deles a pesquisa não foi realizada, o CAPS ad III Infante-juvenil Novos Caminhos, pois na ocasião a única psicóloga do serviço estava de licença maternidade, segundo informações da coordenadora do serviço.

Com o uso de um mini-questionário sócio-econômico e um roteiro de entrevista semiestruturada², foram entrevistadas 12 profissionais dos CAPS acima citados. O primeiro contato com as profissionais ocorreu na maioria dos casos de forma presencial, quando na ocasião o pesquisador se deslocava até a instituição, munido do termo de anuência expedido pela Coordenação de Saúde Mental do município e dos demais termos como o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), o parecer do Comitê de Ética e o termo de autorização para gravação de voz. Nessas ocasiões apresentava-se os objetivos da pesquisa e agendava-se um segundo momento para a realização da entrevista de acordo com a disponibilidade da participante. Também foi esclarecido às participantes tudo sobre o sigilo das informações levantadas nas entrevistas, assim como a confidencialidade e o anonimato dos dados e também sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento e o caráter voluntário da pesquisa. De maneira geral as profissionais foram bastante receptivas e não houve dificuldade em agendar e realizar as entrevistas com exceção de uma profissional que se recusou a participar e outra que por questões de prazo não houve tempo hábil para

² Ver mini-questionário e roteiro de entrevista em apêndice

realização da entrevista. Na maioria dos casos a entrevista ocorreu no próprio CAPS da profissional, com uma única exceção na qual a entrevista foi realizada no consultório da participante por questão de conveniência entre o pesquisador e a participante.

O início da realização das entrevistas demorou um pouco em razão da necessidade da expedição do termo de anuência por parte da Coordenação de Saúde Mental e dos trâmites necessário do comitê de ética antes da emissão, mas tão logo houve a expedição do termo e da liberação por parte do comitê de ética as entrevistas foram iniciadas.

4.3 Caracterização da amostra, critérios de inclusão e exclusão

A participação das profissionais seguiu o critério de acessibilidade e foram consideradas aptas a participar da pesquisa a profissional que estivesse há pelo menos um ano no exercício de suas funções, independentemente do tipo de vínculo. Foram realizadas um total de doze entrevistas e o público alvo em sua maioria era formado por profissionais do gênero feminino, um total de onze psicólogas e apenas um psicólogo, razão pela qual também optamos em utilizar o termo psicóloga, no feminino, para manter uma coerência com a realidade do campo de pesquisa. Em relação ao tempo de serviço houve uma variação entre um ano, menor tempo, e quinze anos, maior tempo de serviço, com seis anos de serviço em média.

No tocante à abordagem teórica, a predominante foi a psicanálise, perfazendo um total de oito participantes que seguem essa abordagem, duas que utilizam a abordagem humanista de Carl Rogers, uma citou que segue a linha fenomenológica, mas não especificou, e outra que segue a Terapia Cognitivo Comportamental. No que diz respeito à pós-graduação a grande maioria das entrevistadas possuem pós-

graduação e apenas uma não possui. Das doze participantes, dez relataram possuir especialização e uma mestrado e há ainda uma que está cursando doutorado.

Em relação à carga horária, houve uma variação entre trinta e quarenta horas semanais, sendo oito participantes com trinta horas e quatro participantes com quarenta horas semanais. E, por fim, na questão relativa aos vínculos empregatícios grande parte das participantes possuíam outro vínculo, havendo casos em que chegavam a possuir dois vínculos além do CAPS em que trabalhavam. A distribuição dos vínculos empregatícios da amostra ficou assim: seis atendem em consultório particular, duas ensinam em universidades privadas, duas trabalham em CREAS, uma trabalha em um NASF, uma trabalha em um hospital e duas não possuem outro vínculo empregatício. Os nomes das participantes foram substituídos por pseudônimos com o fito de preservar a identidade das profissionais, bem como a construção do texto se deu visando impossibilitar a identificação das participantes. Nesse caso omitimos intencionalmente o CAPS em que a profissional trabalhava.

4.4 Codificação e Análise

Após o registro em áudio as entrevistas foram transcritas e categorizadas de acordo com as técnicas da análise do discurso. Em psicologia social discursiva não há um número limites de categorias analíticas que são tão inclusivas quanto for possível e as categorias aqui descritas foram registradas de forma não exaustiva com fins de nortear a discussão dos resultados. As entrevistas transcritas foram lidas várias vezes com o fim de identificar padrões discursivos e construir categorias de análise (Potter, 1998). As falas foram reproduzidas nas transcrições com o máximo de exatidão em relação à maneira como as participantes falaram, buscando preservar a identidade das

entrevistadas. Assim, eventuais erros, transgressões gramaticais ou imprecisões terminológicas não foram corrigidos. Após a categorização, procedemos a analisar as produções discursivas das psicólogas sobre a noção de clínica ampliada à luz da psicologia social discursiva de vertente inglesa (Potter & Wetherell 1987), identificando os repertórios interpretativos, posicionamentos e também dialogando com conceitos da saúde mental.

4.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da FACISA (CEP – Cessed), e se adequou às normas do Conselho Nacional de Saúde, conforme a Resolução nº 466/12, regulamentando o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Definindo a clínica ampliada e se posicionando em relação a ela

A análise que segue se deteve principalmente nas respostas formuladas pelas doze profissionais entrevistadas diante de duas questões (vide roteiro no apêndice): Como você define a clínica ampliada? Como você se posiciona em relação à clínica ampliada? No entanto, em outros momentos da entrevista elas definiram e se posicionaram em relação ao conceito de clínica ampliada e esses conteúdos também foram considerados na análise.

Identificamos oito definições de clínica ampliada nas falas das participantes da pesquisa, são elas: uma clínica que olha para o sujeito em sua totalidade; uma clínica multidisciplinar/interdisciplinar; uma clínica que faz uma crítica constante da prática psicológica; clínica ampliada como trabalho em equipe com o objetivo de garantir cidadania; clínica ampliada como serviços substitutivos, estrutura física; uma clínica estendida à família do usuário; uma clínica que se opõe ao biologicismo e uma clínica para além do setting terapêutico. Vejamos como cada uma dessas categorias foram apresentadas.

5.1.1 Uma clinica que olha para o sujeito em sua totalidade

Algumas intervenções usam, implicitamente ou explicitamente, a imagem da clínica que olha para o sujeito em sua totalidade. As falas a seguir são exemplos dessa metáfora antirreducionista que era invariavelmente acompanhada de um posicionamento positivo em relação à clínica ampliada:

Pra mim clínica ampliada é quando a gente vai olhar o sujeito no total, o sujeito como um todo, sua história de vida, mesmo que o que ele traga não tenha nada a ver com o diagnóstico da queixa principal. Como se deu sua criação, o que é que, como é a vivência dele diária, quais são as suas práticas, qual é a sua vivência, não só em si a doença (Bianca).

É como se não existisse mais nenhum outro tipo de saúde, não existisse mais, não existisse mais um corpo fisiológico, orgânico, não, se resumisse apenas a isso. E eu acho que na nossa fala, no caso particular, né, a gente tenta colocar muito isso, né, de que além de ser uma questão mental, psicológica, psiquiátrica, seja lá o que for, né? Mas existe um outro corpo além disso, né? Então eu particularmente eu tento fazer isso. Não é fácil não e não funciona sempre não, né, mas assim, eu acho que esse cuidado, essa labuta diária tá dentro, eu acho, desse conceito de clínica ampliada (Amanda).

Bianca descreve a clínica ampliada como uma forma de ver o sujeito como um todo, em todas as suas dimensões, recusando, portanto, o biologicismo do modelo biomédico ou qualquer forma de reducionismo. Sua fala ecoa o discurso da reforma psiquiátrica na medida em que se refere a pelo menos dois eixos da proposta de clínica ampliada enquanto diretriz da PNH (Política Nacional de Humanização) que é a compreensão ampliada do processo saúde-doença e a ampliação do objeto de trabalho. Sabemos que no paradigma biomédico há uma ênfase muito grande nos aspectos biológicos, o que colabora para o estabelecimento de uma clínica fragmentada na qual o sujeito é visto apenas como um corpo, identificado com a sua doença. Diversas outras dimensões da existência dos sujeitos são ignoradas em detrimento da explicação

biológica para o fenômeno do adoecimento. Essa visão estática do processo saúde-doença caracteriza o chamado biologicismo que pauta a ação clínica tradicional (Delziovo, Pedebôs & Moretti-Pires, 2012). A fala da Bianca comporta uma visão ampliada sobre o sujeito, agora não mais visto apenas como um corpo, mas como um ser que tem uma história, uma identidade social, pertence a um grupo específico e não é apenas um corpo doente.

Sabemos que historicamente as modalidades de tratamento que precederam a atual conjuntura ocidental de oferta de cuidado e assistência em saúde mental se caracterizaram por um forte conteúdo moral, segregador e biologizante. Naquele cenário a loucura figurava como pertencente ao domínio exclusivo da medicina. Havia o entendimento de que a doença mental assentava-se em bases orgânicas, alijando qualquer possibilidade de intervenção que não se colocasse ao nível do biologicismo. Em outras palavras, negava-se a existência de um ser complexo com dimensões diversas e, por conseguinte, necessitado de intervenções e terapêuticas que levassem em consideração essa complexidade. O paradigma biomédico deu sustentação durante muito tempo a esse reducionismo biológico. De acordo com Costa-Rosa citado por Sousa, Maciel & Medeiros (2018, p. 885):

[...] o paradigma biomédico tem o hospital psiquiátrico como o local típico para o tratamento; os meios de trabalho incluem recursos multiprofissionais, mas não ultrapassam a fragmentação de tarefas e a supervalorização do saber médico; há ênfase nas determinações orgânicas dos problemas (doenças) e na terapêutica medicamentosa.

Essa problemática ainda está longe de ser superada, pois, embora não estejamos mais sob a hegemonia do paradigma biomédico ainda convivemos com inúmeras tensões oriundas do choque entre este paradigma e o paradigma psicossocial com uma tendência para a valorização do saber/poder médico e uma verticalização nas relações profissionais, geralmente encabeçadas pela figura de um médico nos serviços de saúde mental. Essa crítica é encontrada nitidamente no discurso da Bianca.

O discurso de Amanda aponta para a necessidade de superar um outro tipo de determinismo, nesse caso o determinismo psíquico. Percebe-se na fala da Amanda uma crítica ao suposto psicologismo que parece esquecer que o psiquismo não é desencarnado, que os seres humanos têm um corpo e que esse corpo também precisa ser levado em consideração, caso contrário se foge de um determinismo para se cair em outro. A intervenção de Amanda também é antirreducionista, no entanto, diferentemente da fala de Bianca, que está discorrendo sobre o foco na doença e o esquecimento das outras dimensões do sujeito, Amanda está falando de um reducionismo que despreza o corpo do sujeito, a sua dimensão biológica.

Nesse sentido, é preciso entender que o enfrentamento ao modelo biomédico não pode ser feito sem critérios. Não se pode, sob a alegação de ruptura com o paradigma biomédico e seu decorrente reducionismo biológico, instaurar um outro reducionismo, reduzindo o sujeito à sua dimensão psíquica. É basicamente essa crítica que encontramos nesse trecho da fala da participante Amanda. Ao criticar um suposto reducionismo psíquico, Amanda inscreve o seu discurso no âmbito do paradigma psicossocial, paradigma esse que “[...] caracteriza-se pelo trabalho em equipe interprofissional e pelo uso de diferentes recursos terapêuticos, enfatizando a reinserção social do indivíduo, investindo no trabalho com a família, com a comunidade e com o próprio sujeito, incentivando o uso de dispositivos extra-hospitalares” (Sousa, Maciel &

Medeiros, 2018, p. 885). Na fala da Amanda observa-se a preocupação com o fato de que os usuários dos CAPS acabam sendo afastados de outras vivências sociais, tornam-se ‘do CAPS’ o que reverbera inclusive na negligência a reconhecer a dimensão biológica dos sujeitos. O estigma de ser usuário de saúde mental muitas vezes encobre outras necessidades e, nesse movimento, os sujeitos acabam sendo invisibilizados e têm suas vidas reduzidas à condição de doentes mentais.

Outras intervenções usam a imagem do olhar para o sujeito total, mas nelas o olhar é coletivo. Nessas falas, como nas anteriores, o posicionamento em relação à reforma era positivo.

E já se foi o tempo de que o médico, o, o, o, quer dizer o médico que eu digo no âmbito geral de todas as especialidades, né, o psicólogo, o assistente social é, trabalhar sozinho, né? E principalmente quem trabalha em CAPS, porque assim, eu digo assim, que é uma das especialidades assim, que eu acho mais difícil de você cuidar isoladamente, né, você tem que ver o todo do usuário, além de assim, você tem que interagir com os demais profissionais, né, pra que ele tenha um cuidar melhor né, e também ser olhado de uma outra forma. (Mikaely).

[...] eu acho mais difícil de você cuidar isoladamente, né, você tem que ver o todo do usuário, além de assim, você tem que interagir com os demais profissionais, né, pra que ele tenha um cuidar melhor né, e também ser olhado de uma outra forma. (Mikaely).

Mas a, o que eu me lembro assim é... não focar só no sintoma da criança, naquela dificuldade específica, enfim, tentar ver um trabalho, né, multidisciplinar com essa criança, né, não somente no ambiente do consultório,

né, no ambiente, ou do CAPS, já que a gente tá num CAPS aqui, tentar ir além, né, ir além com essa criança tanto na forma de tratar ela, como pelos ambientes onde são possíveis os tratamentos, então eu acho que ao meu ver seria isso. (Valéria).

A imagem da clínica que olha para o sujeito em sua totalidade apresenta-se na fala de Mikaely, formulada em resposta à pergunta sobre o seu posicionamento em relação à clínica ampliada, quando ela afirma que “*você tem que ver o todo do usuário*”. O modo como ela descreve o trabalho em equipe é compatível com essa definição. Em sua descrição o trabalho deve ser algo compartilhado por todos os membros da equipe. É uma outra maneira de dizer que vários olhares avaliando o usuário vão permitir que se veja “*o todo do usuário*”. Implicitamente ela está sugerindo que se trata de um olhar coletivo, interdisciplinar (embora não use esse termo), de diferentes especialidades em diálogo.

A descrição de Mikaely se opõe à hegemonia do saber médico ao reafirmar a horizontalidade das relações na equipe. Essa postura de olhar diferenciado para o sujeito também se relaciona com os pressupostos da clínica ampliada na medida em que alarga o olhar para esse sujeito em sofrimento, considerando-o em toda a sua complexidade social, como um sujeito de interações, trocas, vivências e inserido em uma dinâmica social que deve ser considerada nessa clínica, pois: “O ser humano precisa ser entendido também na sua inserção social, política e cultural, na dinâmica de suas relações, na família e comunidade, no acesso a serviços de saúde, trabalho, educação entre outros aspectos que constroem o processo saúde/doença” (Delziovo, Pedebôs & Moretti-Pires, 2012, p. 11).

Na fala de Valéria a mesma imagem permanece presente quando ela afirma que não devemos focar “só no sintoma da criança”. Assim como em Mikaely, o seu relato

implica que o olhar ampliado só pode ocorrer com o trabalho coletivo de diferentes profissionais. Mas, diferentemente de Mikaely, não somente descreve esse trabalho em equipe, ela usa o termo “multidisciplinar” para nomeá-lo. Esse relato se coaduna com os princípios da clínica ampliada, pois já parte de um olhar mais abrangente, mais integral e menos específico. Nesse sentido é preciso compreender que para um exercício de uma clínica ampliada é necessário “[...] reconhecer que a cultura, as relações sociais e econômicas, as condições de vida e a disponibilidade/ acesso aos serviços fundamentais (entre estes os da saúde) agem como determinantes do processo saúde/doença dos usuários e de suas comunidades” (Delziovo, Pedebôs & Moretti-Pires, 2012, p.13).

5.1.2 Uma clinica multidisciplinar/interdisciplinar

As formas de cuidado e reabilitação psicossocial propostas pelos princípios da reforma psiquiátrica trazem em seu bojo toda uma reconfiguração tanto a nível de lógica, quanto na própria organização física, estrutura dos serviços, composição da equipe, dentre outros aspectos que, em seu conjunto, representam uma ruptura radical com o modelo asilar e a consequente implementação de um novo olhar, um novo paradigma de assistência em saúde mental. Dentre esses aspectos destacamos nesse tópico as noções de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, apresentadas aqui como categorias identificadas nas falas das participantes.

Entendemos a noção de interdisciplinaridade como estratégica no âmbito do processo de reforma psiquiátrica e da organização dos serviços substitutivos. Japiassu (1976) aponta que o fenômeno interdisciplinar tem uma dupla origem no campo das ciências. Primeiro uma origem interna que se caracteriza pelo remanejamento geral do sistema das ciências, acompanhando seu progresso e organização. E outra externa,

caracterizada pela mobilização cada vez mais extensa dos saberes convergindo em vista da ação. A ruptura com o modelo biomédico, o questionamento da centralidade da figura do médico, a emergência de outros saberes para lidar com o fenômeno da loucura introduziram uma complexidade enorme nas relações entre os profissionais no contexto da reforma psiquiátrica, apontando para a necessidade de se compreender e manejar esses conceitos de maneira a produzir os efeitos esperados pelo processo de reforma e pela emergência do paradigma psicossocial. Tal movimento congregou diversos profissionais das mais variadas especialidades em torno de um objetivo comum, qual seja, lidar com o fenômeno da loucura de forma humanizada. É importante destacar que “No Brasil, esses personagens (os trabalhadores da saúde mental) foram os precursores das críticas ao sistema psiquiátrico tradicional e propuseram mudanças éticas, políticas e técnicas para a construção de novos lugares para as pessoas em sofrimento psíquico” (Silva & Oliveira Filho, 2013, p. 610).

Dentre essas mudanças identificamos que a emergência das noções de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade constituem uma lógica que perpassa a organização dos serviços substitutivos devido a heterogeneidade das equipes e suas demandas de atuação.

Em uma pesquisa realizada em dois CAPS da cidade de Recife, Silva & Oliveira Filho (2013) observaram como os profissionais desses serviços se posicionavam em relação ao trabalho interdisciplinar e verificaram a predominância dos relatos que descrevem de forma negativa essa forma de trabalho, como algo que apaga os limites das diferentes especialidades. Seguindo essa direção, estudos apontam (Severo & Dimenstein, 2011; Peduzzi, 2001) que nem sempre os profissionais conseguem lidar muito bem com essas noções, confundindo-as ou mesmo ignorando os seus

significados, o que gera tensão e conflitos no interior dessas equipes. Desta forma é pertinente afirmar que:

A atuação da equipe multiprofissional na Saúde Mental traz consigo atravessamentos complexos. Por um lado, ressalta-se a dificuldade para estabelecer um solo epistemológico comum entre as disciplinas, o que decorre das grandes diferenças conceituais, metodológicas, práticas e terminológicas acerca do cuidado à loucura. Por outro, emerge a força da diretriz multiprofissional e interdisciplinar propugnada pela reforma que, em essência, carrega nos ombros a responsabilidade de mudar radicalmente um modelo de assistência, tarefa decerto árdua (Vasconcellos, 2010, p. 13).

As noções de interdisciplinaridade e multidisciplinaridade aparecem no posicionamento a seguir das participantes Andreza, Mikaelly e Amanda. Embora não tenham esboçado claramente as fronteiras e aproximações entre essas duas noções, percebe-se que, de maneira geral, as mesmas ao descreverem suas práticas as aproximam desses conceitos que são fundamentais para o exercício de uma clínica ampliada.

Tem uma enfermeira que também contribui muito, muito importante o trabalho da enfermagem, né, os atendimentos individuais na parte da saúde clínica também, né, então ele faz aquela clínica ampliada, digamos assim, entrando em contato também com a rede, né? (Andreza).

Com a questão dos PSF's, saúde da família. Então pra mim a clínica ampliada é isso, é a gente trabalhar, né, junto em equipe aquele sujeito, ou seja, aqueles sujeitos, né, não é só um. (Andreza).

É, pelo que eu entendo da clínica ampliada eu creio que sim, que minhas práticas tão, na medida do possível, mesmo dentro dessa, desse, dessa definição da clínica ampliada, que é a questão dos múltiplos saberes você juntar pra evolução de um sujeito, né, eu vejo nesse sentido. (Andreza).

[...] uma clínica em que assim, todos os profissionais, assim, eles participam, né, é... de forma prazerosa daquilo que tá acontecendo com um determinado paciente, um determinado usuário, né. É um trabalho em equipe, porque hoje em dia a gente não pode trabalhar só, não é, porque eu digo por aqui, assim, me referindo a aqui (ao CAPS em que ela trabalha). (Mikaely).

Meu e dos outros, porque eu sozinha não faria, (risos), né, então eu preciso ter esse contato com as outras áreas também pra ter... até no momento às vezes que eu falo com essa minha colega específica da psicologia, mesmo que nós sejamos da mesma área, mas o meu olhar é diferente do dela e vice versa, né, então já tem uma troca de saberes aí. No momento também que eu vou falar com uma médica aqui, que eu acho que é fundamental e infelizmente ainda a relação não é tão boa como deveria ser e eu acho que isso é, não é, é com a classe em si. Eu acho que o diálogo aí não é tão fácil, mas tá melhor, né. (Amanda).

As descrições da participante Andreza apresentam a clínica ampliada como pautada em um olhar interdisciplinar em benefício do tratamento do usuário. A

participante cita, inclusive, o trabalho da enfermeira, que traz um olhar clínico específico da enfermagem, e a articulação dos serviços em rede como necessários para uma clínica ampliada como se verificou nos dois primeiros trechos citados. No terceiro trecho a noção de interdisciplinaridade é fortemente evocada quando a mesma utiliza a expressão: “[...] é a questão dos múltiplos saberes você juntar pra evolução de um sujeito, né [...]”. Tais argumentos inscrevem a fala da participante em uma compreensão da clínica ampliada relacionada com a noção de trabalho interdisciplinar, embora a noção de interdisciplinaridade não tenha sido bem elaborada por ela.

A entrevistada Mikaely descreve a clínica ampliada como uma clínica que é compartilhada por todos os profissionais. É bastante interessante essa descrição, pois esse é exatamente um dos eixos da clínica ampliada definida nas diretrizes do Ministério da Saúde, quer seja, a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas. Em suas descrições a figura do médico é representada como mais um componente da equipe, um entre vários, rompendo com uma lógica de hierarquização que remonta ao paradigma biomédico e ainda se faz tão presente nos serviços substitutivos. Não se pode inferir que tal lógica, a do paradigma biomédico, ainda não se imponha nesse CAPS em questão e em diversos outros dispositivos, mas a forma como a entrevistada se posiciona e posiciona o lugar do médico representa, ao nosso ver, um avanço e uma aproximação com os princípios que tecem a noção de clínica ampliada, esboçando, ainda que superficialmente, também uma aproximação com a noção de interdisciplinaridade. Em outro momento, ainda falando sobre clínica ampliada, a entrevistada afirma:

Então eu acho que é isso, é um trabalho, assim, dinâmico e de forma coletiva, né, e que todos participem, assim, da mesma forma, com o mesmo prazer, com o mesmo empenho. (Mikaely).

As expressões: da mesma forma, com o mesmo prazer e com o mesmo empenho, denotam o posicionamento da entrevistada no caminho de romper com a lógica da hierarquização, compreendendo a clínica ampliada como algo que se dá de forma horizontal, algo que também se coaduna com a noção de interdisciplinaridade. Apesar de em momento algum a participante Mikaelly citar fontes oficiais que teria consultado para entender a noção de clínica ampliada, as descrições que ela faz sobre o seu cotidiano de trabalho se aproximam bastante do que é preconizado nos documentos oficiais. Claro que nem todos os eixos da clínica ampliada foram contemplados em sua fala, no entanto, a forma como a mesma tem se posicionado em seu dia a dia de trabalho indica que muitas vezes nem é preciso conhecer a fundo os pressupostos teóricos de alguma noção para se posicionar em consonância com ela.

Identificamos na fala da participante Amanda que a relação com a médica do serviço, embora tenha melhorado, ainda não é algo ideal, algo no sentido de uma horizontalidade das relações entre profissionais de uma mesma equipe. No trecho citado é possível perceber que a participante identifica resquícios de um modelo biomédico ainda presentes, pois fica implícita a ideia de que há um certo distanciamento da figura da médica o que contribui para a hierarquização das relações entre profissionais e, por conseguinte, para a manutenção de um modelo de clínica tradicional. Esse distanciamento e pouco diálogo e intercâmbio entre as especialidades apontam para as dificuldades e impasses em se lidar com a noção de interdisciplinaridade, ‘empurrando’ cada profissional para o seu nicho específico de atuação.

Embora a participante Amanda inicialmente tenha se esquivado um pouco de esboçar uma definição particular sobre clínica ampliada, a mesma adianta que já fez leituras a respeito e que, mesmo sem saber nitidamente o que venha a ser a clínica

ampliada, acredita que seu trabalho no CAPS está de acordo com o que preconiza essa noção, como se observa na seguinte fala:

Eu leio textos, faço leituras que dentro dessas, dessas leituras existe essa temática da clínica ampliada, né. Então assim, eu acredito que nós aqui, nós fazemos, nós estamos lidando com esse conceito de clínica ampliada. E eu, particularmente eu acho que é fundamental a gente tratar dessa forma, sabe? Não sei se eu vou ser tão clara ou tão objetiva. (Amanda).

Ao utilizar repetidamente o pronome ‘nós’ Amanda desloca a ênfase do individual para o coletivo, inserindo-se em uma forma de pensar a clínica de maneira coletiva, ou seja, interdisciplinar. A esse respeito, Vasconcellos (2010, p. 14) afirma que:

[...] uma efetiva interdisciplinaridade fornece o passaporte para um cuidado plural, no qual, com efeito, o usuário é o denominador comum do entrelace de várias disciplinas e práticas assistenciais. Essa linha de ação faz o serviço caminhar na direção da integralidade, afastando-se da assistência reducionista que desconsidera a subjetividade e/ou variáveis sociais.

Parece-nos que é exatamente esse cuidado plural, essa responsabilização coletiva, compartilhada entre os membros da equipe, que a participante Amanda reivindica em suas descrições.

Algumas outras descrições também podem ser apresentas aqui como representativas desta categoria:

Recentemente eu me deparei com uma situação, não comigo, mas com uma outra colega que eu soube que estava insistindo em fazer uma discussão de um caso, inclusive discussão de conduta medicamentosa com um profissional médico e não foi muito bem aceito, é como se aquele outro que não é do saber médico quisesse invadir a sua praia e quisesse dizer como você deve trabalhar como deve medicar, né, e ainda há algumas resistências em relação a isso. (Tereza).

Isso, até porque o sujeito em questão que recebe esse, esse atendimento ele não é um paciente ambulatorial, ele não vai atrás de uma especialidade, ele, ele está num local de atendimento multiprofissional, onde vários profissionais vão ter um olhar sobre ele e que essas opiniões elas são importantes, né? (Tereza).

Até às vezes assim, a gente tem dúvidas, claro, e a gente conversa. Pergunta: o que é que você acha de tal paciente? Ele tá chegando assim, assim e assado e aquela outra pessoa começa a também observar e depois a gente diz, é realmente eu acho que ele tá diferente, ele tá passando por algum problema, entendeu? Então eu acho que isso aí é imprescindível numa, numa clínica, num CAPS, em qualquer serviço, principalmente, continuo dizendo, é... em serviços que você cuide de pessoas com problemas de saúde mental. (Mikaely).

A primeira descrição da participante Tereza comporta uma crítica à postura do médico e sua falta de integração com a equipe. Tal discurso reverbera a necessidade de um diálogo e intercâmbio mais aproximado entre os diversos membros da equipe multiprofissional, inclusive do médico, destacando a necessidade da horizontalidade nessas relações e dos intercâmbios necessários entre os saberes quando se pretende

atuar de forma interdisciplinar. Revela também que a participante identifica certa inconsistência na postura do profissional médico que, por diversas razões, acaba se fechando em seu saber, amparando-se em práticas tradicionais que destoam das práticas integradas necessárias no campo da saúde mental. A segunda fala da Tereza destaca o caráter multiprofissional da equipe e a consequente oferta de um cuidado interdisciplinar, apesar de não utilizar esse termo, no qual os vários saberes dialogam e interagem entre si objetivando a promoção de um cuidado específico dito psicossocial. Ao referir que 'vários profissionais vão ter um olhar sobre ele' (o usuário), a participante enfatiza a interdisciplinaridade ofertada em um serviço como o CAPS, pois, afinal de contas o destinatário de um serviço como esse 'não é um paciente ambulatorial'.

Não podemos deixar de registrar a recorrência com que a figura do médico foi evocada nas descrições dessas participantes. Isso sugere que o exercício de uma clínica interdisciplinar tem enfrentado impasses e resistências para sua completa efetivação e que, uma dessas dificuldades ainda passa pela necessidade da articulação horizontal das diversas especialidades de uma equipe multiprofissional, inclusive da especialidade médica.

A fala da participante Mikaely corrobora a noção de interdisciplinaridade na medida em que apresenta a possibilidade de diálogo constante entre os membros da equipe, rompendo com uma abordagem reducionista:

Assim sendo, a atuação em saúde mental solicita um trabalho integrado, uma pluralidade de enfoques, uma relação de afinidade entre os profissionais, uma troca constante de experiências, ou seja, solicita um trabalho interdisciplinar,

que opõe-se à abordagem reducionista que centra num único ponto a ação em saúde mental (Ribeiro citado por Souza & Ribeiro, 2013, p. 92, 93).

Embora muitas vezes utilizada como se fossem sinônimas, as expressões multidisciplinar e interdisciplinar comportam limites bem definidos que demarcam claramente o significado de cada uma delas. A multidisciplinaridade, por exemplo, é definida por Japiassu (1976, p. 73) como uma “Gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações que podem existir entre elas”. Então, ao evocarmos o termo multidisciplinaridade estamos nos referindo a uma ideia de justaposição, num determinado trabalho, dos recursos de várias disciplinas sem implicar necessariamente um trabalho de equipe coordenado (Japiassu citado por Souza & Ribeiro, 2013). A interdisciplinaridade, por sua vez, é definida como:

O nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre os setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações propriamente ditas, isto é, a uma certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida (Japiassu, 1976, p. 75).

Desta forma, quando falamos sobre multidisciplinaridade isso tem um sentido que não deve ser confundido com o de interdisciplinaridade. Enquanto multidisciplinaridade aponta para a justaposição de disciplinas sem um necessário intercâmbio entre elas, o termo interdisciplinaridade é mais complexo e abarca a possibilidade de um certo intercâmbio, sem comprometer as especificidades de cada disciplina. Nesse sentido destacamos que para um bom exercício de uma clínica

ampliada no âmbito da reforma psiquiátrica, necessário se faz uma boa compreensão da noção de interdisciplinaridade, pois:

Esse conceito de interdisciplinaridade é bastante importante para a compreensão dos novos modelos de ações na saúde mental, que através de contínuas transformações, tanto no campo político como no assistencial, vimos surgir em todo o país: um novo lugar de tratamento, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), onde a postura com relação ao processo saúde-doença mental requer uma nova atitude dos profissionais envolvidos, capazes de articular conhecimentos específicos com o de toda rede de saberes que envolve o sistema de cuidado (Souza & Ribeiro, 2012, p. 92).

O que se observa muitas vezes é que a expressão: equipe multiprofissional é utilizada de forma equívoca, uma vez que diz respeito apenas a composição heterogênea daquela equipe, ou seja, com profissionais de diversas especialidades. Podemos afirmar então que os CAPS são compostos por uma equipe multiprofissional que deve trabalhar de forma interdisciplinar. Essa é uma compreensão que nos parece ser ainda pouco aprofundada entre os diversos trabalhadores da saúde em geral e da saúde mental especificamente. Atualmente alguns autores levantam essa discussão na perspectiva da transdisciplinaridade, mas optamos por não abordar aqui essa discussão por entendermos que a noção de interdisciplinaridade contempla as demandas da atuação no âmbito da clínica ampliada.

5.1.3 Uma clínica que faz uma crítica constante da prática psicológica

A descrição da clínica ampliada como uma clínica que faz uma crítica constante da prática psicológica aparece no relato de pelo menos uma participante. A profissional Tereza cita que inicialmente compreendia a clínica ampliada como uma extensão da clínica tradicional, uma escuta que se oferecia para além do setting terapêutico ou dos muros institucionais, mas que posteriormente refez essa noção e passou a conceber a clínica ampliada como algo que demanda uma constante autocrítica como podemos observar nos trechos a seguir:

Então, a primeira vez que eu escutei é, esse conceito de clínica ampliada eu entendi, eu acho que foi até uma fala que eu escutei na época, que a clínica ampliada era aquela escuta que eu faria num, num setting terapêutico, né, num, num consultório, ela poderia ser feita em diferentes dispositivos e estruturas físicas, né, num corredor, numa sala de espera, na própria oficina, né, no acolhimento, em algum atendimento burocrático do serviço, de preencher fichas, né, então eu, eu entendi logo ali que a clínica ampliada poderia ser essa escuta para além do setting terapêutico, né? (Tereza).

[...] mas aí depois eu também comecei a pensar sobre isso, que não era só uma questão de estrutura física, né, não era só uma questão do lugar que se fazia essa escuta, mas de como essa escuta ela também pode ser ampliada independente do lugar, pode ser até no setting terapêutico também. E aí, é... é uma fo... é uma oportunidade do psicólogo que tem uma formação, eu tive uma formação clínica né, também ressignificar seu lugar enquanto psicólogo no seu fazer enquanto psicólogo, né eu acho que é uma forma de a gente repensar nossa escuta,

ressignificar nossa função enquanto psicólogo e o CAPS é um lugar bem propício né pra a gente fazer isso e a clínica ampliada ela me convoca a estar sempre ressignificando meu fazer enquanto psicóloga. (Tereza).

Nesse segundo momento ela refere que começa a questionar essa definição, mas não elabora nitidamente uma definição particular de clínica ampliada, no entanto, supera a ideia de que clínica ampliada seja apenas uma escuta ou atendimento fora dos contextos mais tradicionais. Aqui a participante está se posicionando de forma crítica em relação à sua própria formação, atuação e a atuação dos que trabalham no campo da saúde mental e especificamente dos psicólogos que atuam nos CAPS, destacando a necessidade de um constante aperfeiçoamento das práticas, recusando, portanto, o engessamento do seu fazer cotidiano. Nota-se que em determinado momento ela aborda a questão da formação acadêmica, provavelmente apresentando essa formação como insuficiente para dar conta da realidade de um serviço tão complexo como o CAPS, o que convoca os profissionais a estarem o tempo todo em movimento, buscando aprimorar suas práticas, adquirindo novos conhecimentos para lidar com uma realidade que é sempre muito complexa e dinâmica. A autora Magda Dimenstein (2003) já denunciava essa lacuna no campo da formação profissional e chamava a atenção para a necessidade de se repensar a formação do profissional de psicologia frente às novas demandas impostas no campo da saúde mental.

A expressão: ‘Ressignificar nossa função enquanto psicólogo’ é bastante simbólica dessa crítica que a participante Tereza faz. Parece-nos uma crítica à postura dos profissionais que atuam nos serviços substitutivos repetindo modelos tradicionais de clínica. O termo ‘ressignificar’, portanto, sugere um posicionamento da participante que, em nossa compreensão, tanto aponta um exercício de autocrítica constante da prática psicológica, quanto para a necessidade de superar as práticas tradicionais e se

implicar em um processo de mudança de paradigma que a clínica ampliada oferece. A clínica ampliada aparece em suas descrições, portanto, como algo que demanda uma constante autocrítica dos profissionais da psicologia. Desta forma, a apresentação da categoria de clínica ampliada como uma clínica que faz uma constante autocrítica reverbera o discurso da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no sentido da sofisticação das formas de cuidado e da recusa a repetição de modelos ultrapassados de cuidados que se fundamentam em paradigmas reducionistas. Esse é um posicionamento que se coaduna com o pensamento de autoras já citadas nesse trabalho como Cantele, Arpini & Roso (2012) que constataram a dificuldade de alguns profissionais no exercício da clínica ampliada dentro dos serviços substitutivos e que os mesmos creditam essa dificuldade às lacunas da formação acadêmica. De acordo com as autoras os profissionais que entram nessa modalidade de serviço se deparam com uma modalidade mais ampla de trabalho e sentem-se despreparados para a função. No entanto, essa dificuldade inicial se transforma em um movimento de ressignificação de suas práticas por parte desses profissionais, superando os obstáculos encontrados na formação.

5.1.4 Clínica ampliada como trabalho em equipe com o objetivo de garantir cidadania

Apenas uma das participantes descreveu a clínica ampliada como uma diretriz do Ministério da Saúde. A participante Renata admite não conhecer em profundidade a noção de clínica ampliada, mas em sua resposta indica uma compreensão um pouco elaborada sobre essa noção, apontando questões como o fato da clínica ampliada ser uma diretriz do Ministério da Saúde e também sobre a questão da integralidade das

equipes em benefício de um processo de reinserção social e cidadania do usuário como se observa nas seguintes falas:

Uhum. Confesso que eu não tenho muita leitura sobre clínica ampliada. O que eu entendo sobre clínica ampliada o pouco conhecimento que eu tenho é que é uma política, é uma diretriz, né, é uma diretriz que tenta fazer o sujeito se integrar a sociedade, tenta fazer com que as equipes se integrem em prol, né, da participação do sujeito na sociedade. (Renata).

Como eu falei, meu conhecimento teórico é muito pouco sobre isso, mas dentro do, do, do que eu conheço, eu sou a favor, sou favorável, né. Tendo em vista que é algo que busca integrar o sujeito, é algo que busca fazer com que as equipes (mais a frente ela reelabora essa fala e refere que o que queria dizer não era as equipes, mas os profissionais da equipe) se juntem, né, em prol de, de um exercício de garantia, de, de cidadania até, de inserção social, então eu sou favorável. (Renata).

Destaca-se que a produção de cidadania, ou uma clínica voltada para promover a cidadania dos usuários compreende uma dimensão social da clínica. Essa descrição aponta para a superação de modelos pautados no biologicismo de uma clínica reduzida, tradicional. Nesse sentido é possível afirmar que a participante Renata categoriza a clínica ampliada como uma clínica pautada em um trabalho integrado da equipe, e aqui pode-se evocar também a noção de interdisciplinaridade abordada anteriormente, com o objetivo de garantir a cidadania do usuário do serviço. As descrições da Renata caminham no sentido da possibilidade de integrar esse usuário na sociedade,

reconhecendo um processo social e histórico de segregação da loucura, mas ao mesmo tempo apostando na possibilidade de restabelecer a cidadania a esse usuário.

Ao ser perguntada sobre quais as orientações teóricas que a participante segue para fundamentar as suas práticas e se ela percebe que essas orientações são eficazes a mesma responde que, além da psicanálise, também faz uma leitura social a partir de sua pós-graduação, elaborando uma interessante descrição acerca das dificuldades encontradas pelos usuários dos CAPS nesse processo de reinserção social e posicionando o CAPS como uma instituição importante na mediação desse processo.

No atendimento, nos atendimentos, né, em linhas gerais a gente, eu sigo a linha psicanalítica, né, que eu acredito, inclusive, que é algo que nos dá um direcionamento... não, não desfazendo de outras teorias, todas as teorias elas têm muito sentido e elas fazem muito sentido, né. Mas quando a gente fala de psicose, por exemplo, a gente ainda observa que é uma teoria que nos dá um maior respaldo. Que a gente observa a teoria ali na prática, na fala do usuário a gente consegue ver, né, tudo o que foi pontuado, que a gente estudou ali. (Renata).

Mas como eu tenho outras leituras em relação a, a questão social. Então eu acabo também tentando trazer um pouco dessa teoria social pra cá, né, pra nossa prática mesmo. (Renata).

Sim, isso. Porque eu acho que eles sofrem duplamente porque além do transtorno que eles têm que lidar, eles têm que lidar com a questão do preconceito e da exclusão social que eles sofrem né, e que a gente sabe que as atitudes, as crenças, os valores sociais e às vezes até do próprio usuário é...

fazem parte desse processo. Tanto do adoecimento, quanto do processo do tratamento que podem auxiliar, ajudar. (Renata).

Em um artigo sobre a atuação do psicólogo na saúde mental, Lewis & Palma, (2011, p. 1386) reafirmam esse caráter da clínica enquanto produção de cidadania. “Desse modo, apostamos no resgate do sujeito em sua singularidade, sem perder de vista a dimensão política da cidadania, finalidade a ser alcançada a partir de diferentes modalidades interventivas”. Campos, Cunha & Figueiredo (2013) apostam em uma clínica que valoriza as potencialidades dos sujeitos e suas possibilidades de autonomia e liberdade. Os autores referem que o sentido da clínica está exatamente na possibilidade de apoiar os sujeitos para que eles possam inventar estratégias de sobrevivência e lidar com suas limitações, no sentido de produzir mais autonomia e liberdade, ao invés de controle e dominação. Isso é exatamente uma dimensão política da clínica. Política no sentido de fomento à cidadania, inserção e reinserção social. Para Campos & Campos (2006, p. 6) a política pode ser um espaço de criação de graus variados de autonomia, para eles:

A política deveria ser (e é, ainda que às vezes não consigamos apreciar este fato) ponto de criação e de regulação da autonomia. Examinemos a questão: na medida em que as pessoas se constituem como cidadãos responsáveis numa sociedade democrática, elas podem – e devem – agir em prol de formas de organização que propiciem a libertação (isto, a possibilidade de exercício de graus maiores de autonomia) por parte de cada vez maior número de pessoas.

A participante Renata posiciona a sua fala a partir de dois discursos principais. Primeiro o discurso psicanalítico, no qual ela fundamenta a possibilidade de uma leitura

mais vívida do fenômeno da psicose como se pode observar em sua primeira resposta acerca de suas bases teóricas que fundamentam a sua prática. E depois no discurso acadêmico da Psicologia Social, especificamente nas teorias de preconceito, crença, valores e atitudes. Para ela os processos de exclusão social e/ou marginalização dos usuários de serviços como os CAPS estão atravessados por questões relativas a esses preconceitos, valores, crenças e atitudes que, muitas vezes, são reproduzidos pelos próprios usuários em seus aspectos negativos e estereotipantes, de acordo com a participante, corroborando ainda mais para a situação de exclusão social.

Nota-se também que a organização do discurso das participantes nem sempre obedece a uma estrutura consistente e lógica em suas argumentações. Mesmo afirmando desconhecer a noção de clínica ampliada, a participante Renata, por exemplo, consegue elaborar uma descrição pertinente desta noção. Tal postura não se apresenta como um problema para a análise do discurso, uma vez que as inconsistências e/ou contradições das falas são compreendidas a partir da noção, já descrita, de variabilidade. Nessa perspectiva os discursos não são reflexos de atitudes, estruturas ou disposições anteriores dos sujeitos e, portanto, não se espera que eles sejam coerentes e consistentes (Potter & Wetherell citado por Oliveira Filho, 2013).

5.1.5 Clínica ampliada como serviços substitutivos, organização dos serviços, estrutura física.

Nessa categoria utilizamos as descrições de duas participantes acerca da noção de clínica ampliada. Primeiro utilizamos os discurso da Aline e depois da Roberta. Percebemos que as descrições aqui apresentadas posicionam a clínica ampliada como algo que diz respeito à organização e estrutura dos serviços. Identificamos também

contradições nos discursos, principalmente nas descrições da Aline, nas quais a mesma praticamente rechaça a possibilidade de implantação da clínica ampliada e desloca a ênfase do seu discurso para a problemática relativa à melhoria dos serviços substitutivos como os CAPS. A participante Aline se mostra um pouco pessimista em relação às possibilidades de implementação da clínica ampliada e em suas respostas ao ser perguntada como ela define essa noção a mesma mostra-se evasiva, apontando para as impossibilidades de uma eventual implantação de uma clínica ampliada como se observa nesses trechos:

Então falar em clínica ampliada dentro de uma estrutura de saúde mental que não tá tão bem, fica difícil, né, fica difícil, porque a gente entende que um dos princípios da clínica ampliada é que os serviços substitutivos estejam funcionando bem, pra que dê resultados. Se não ela vai fazer um efeito rebote. Então assim, eu acho que é necessário, mas é um desafio meio que pro futuro. Não é uma realidade nossa hoje a clínica ampliada, é um olhar meu, não é o que é dito aí, é um olhar bem meu mesmo. (Aline).

Eu acho que antes da gente entrar na clínica ampliada, a gente tem que focar no que existe, estruturar, tornar ele forte, porque ele era forte e hoje eu entendo que de alguma forma ele (o serviço) fragilizou-se. (Aline).

Então, eu não tenho como abrir mais um olhar dentro da saúde mental se eu tenho um aqui que tá enfraquecendo, então eu tenho que... E a gente sabe que o serviço substitutivo ele não pode parar, ele não pode... então eu tenho que vir aqui pra ele. Se eu criar mais um dispositivo, que é necessário, mas sem fortalecer esse eu vou tornar dois fracos, ou até que algum padeça no final, né.

Então eu acho que a clínica ampliada ela é sim, uma possibilidade para um futuro, pra agora eu vejo como algo que não dá muito certo. (Aline).

Então ele vai zerar. E a gente sabe que a clínica ampliada, pelo menos pelas diretrizes, não tem como ela existir sem os serviços substitutivos. É mais fácil os serviços substitutivos existir sem ela, mas a clínica ampliada não tem como sem os serviços. Ele, ele é um requisito para uma boa clínica ampliada. Né, então, se eu tô enfraquecendo... ou eu volto o meu olhar pra cá ou eu não consigo chegar. (Aline).

Eu não vejo como visualizar, aliás, como abrir um cenário de clínica ampliada se eu tenho um serviço substitutivo aqui que ele tá enfraquecendo, ele tá enfraquecendo. (Aline).

Nota-se que o discurso da participante é permeado por uma crítica ao recrudescimento do processo de reforma psiquiátrica na cidade de Campina Grande e a consequente fragilização dos serviços substitutivos, no entanto, a mesma não consegue desenvolver em sua fala uma noção própria do que seria clínica ampliada, limitando-se a focar na impossibilidade da implementação desta clínica no atual contexto. Em outro momento ela parece separar a noção de clínica ampliada da conjuntura problemática pela qual, segundo ela, os CAPS e a saúde mental estão atravessando.

Percebe-se que o tempo inteiro a participante Aline aponta para uma fragilização da clínica ampliada sem, no entanto, esboçar uma definição. Em outro momento ela descreve a clínica ampliada como se fosse um outro dispositivo, algo próximo de um equipamento de saúde e não uma noção, um conceito que permeia o campo da saúde em geral e da saúde mental.

Essa dissociação da clínica ampliada em relação aos serviços substitutivos é o que permeia a fala da entrevistada como observamos nos trechos apresentados quando a mesma foi convidada a falar como ela eventualmente visualizava um cenário de utilização da noção de clínica ampliada.

Observa-se que o discurso da entrevistada é atravessado por uma retórica que visa talvez camuflar a pouca compreensão da mesma sobre a noção de clínica ampliada ou mesmo destacar o contexto problemático, com pouco incentivo e recursos para se desenvolver um bom trabalho, em que a mesma está inserida. Ao ser solicitada a elaborar uma noção própria a mesma esquivava-se, muda o foco da pergunta, constroi um discurso retórico para sustentar a sua tese de que na atual conjuntura não é possível realizar uma clínica nos moldes da clínica ampliada como se percebe no seguinte trecho:

Eu não vejo hoje como a gente executar, operacionalizar uma clínica ampliada sem antes a gente estruturar os serviços substitutivos. Ou fortalece os serviços substitutivos ou não existe clínica ampliada. (Aline).

As contradições do discurso da participante ficam muito evidentes quando a mesma é perguntada se acredita que suas práticas no CAPS estão de acordo com a clínica ampliada e, conquanto a mesma tenha negado o tempo todo a possibilidade de realizar uma prática pautada nos princípios da clínica ampliada, ela responde:

Sim. Eu acredito que está, eu acredito que está. Pelo menos é o que a gente tenta esse diferencial pra que ela um dia aconteça. Então eu acho que a gente tá tentando é, é, fazer essa base que ela precisa, né. (Aline).

Dois pontos principais merecem destaque nas descrições da Aline. Primeiro o fato da ênfase na necessidade de qualificação e melhoramento dos serviços substitutivos, posicionando os mesmos como pré-requisito para o surgimento de uma clínica ampliada. Este é um argumento bastante retórico e que não encontra amparo na literatura sobre clínica ampliada, pois a noção de clínica ampliada não se vincula necessariamente à organização dos serviços, embora também passe por isso. A clínica ampliada é, antes de tudo, uma lógica, um modo de exercer a clínica a partir de um olhar ampliado para o sujeito e fundamentada em princípios já apresentados ao longo deste trabalho. Outro ponto que merece atenção é a crítica que a mesma direciona para a atual conjuntura da saúde mental e dos serviços substitutivos, expondo as fragilidades e dificuldades hoje encontradas em seu exercício profissional e desta forma a mesma insere o seu fazer sempre em uma posição de desafio, de superação aos obstáculos que se apresentam em seu exercício cotidiano. Em outro momento, quando perguntada se ela acredita que suas práticas estão em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica a mesma afirmou:

Aham. Bom, veja só. Eu tento dentro da realidade que me, me é disponibilizada, né, dentro do serviço público, eu tento fazer com que a minha práxis ela realmente seja norteada pela reforma psiquiátrica, né, então eu entendo e tento fazer do CAPS, de fato, um serviço substitutivo. Então o meu fazer ele é todo pautado e norteado dentro do princípio, do fazer o sujeito existir dentro do processo de saúde e doença é... mental. Então assim, não é tão fácil dentro dessa conjuntura da saúde mental nossa, embora que tenha toda, tenha tido toda reforma psiquiátrica, mas a gente sabe de todos os entraves que a gente tem, né, mas eu tento, né, literalmente, eu Aline, fazer a diferença dentro desse fazer. Eu, eu, me, me, me solto um pouco dessa macroestrutura que é a saúde e tento

realmente e vou fazer a diferença, porque se a gente ficar preso a questão da normatização institucional, da disponibilidade institucional aí a gente não consegue fazer nada. (Aline).

É interessante trazer a esse ponto uma discussão desenvolvida por Leal & Delgado (2007) em um artigo intitulado *Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização*. No referido artigo os autores discutem, entre outras questões, o lugar da clínica nesses dispositivos e, sobretudo, a lógica do cuidado operado nos CAPS, articulando noções como clínica, cotidiano e território. Para os autores, “o CAPS deve ser entendido também e principalmente como um modo de operar o cuidado e não como um mero estabelecimento de saúde” (Leal & Delgado, 2007, p. 1). Nesse sentido é possível afirmar que a lógica da clínica ampliada precisa ser internalizada pelos profissionais dos serviços de saúde mental e exercitada em seu cotidiano com o objetivo de ofertar um cuidado especializado que transcende os limites dos muros e barreiras institucionais. Mas ao mesmo tempo deve-se reconhecer que um serviço bem estruturado, equipado e organizado oferece sim melhores condições para o bom desenvolvimento do exercício profissional. Leal & Delgado (2007) destacam a impossibilidade de definir a clínica como algo dissociado do serviço e da organização do cuidado. Segundo os autores, “A realidade, o contexto do paciente, o dia-a-dia do serviço e o seu contexto tornam-se elementos considerados relevantes para a evolução do quadro” (Leal & Delgado, 2007, p. 5).

Não se pretende aqui afirmar que a participante apresente uma noção equívoca sobre a clínica ampliada, mas destacar as inconsistências, contradições e argumentos retóricos que permeiam o seu discurso que, mesmo negando a possibilidade de implantação da clínica ampliada, constroi uma versão particular sobre o contexto da saúde mental, elabora uma argumentação para fundamentar sua tese, enfim, utiliza-se da

linguagem para se posicionar perante o mundo e, retoricamente, conferir um tom factual ao seu discurso. Enfatizar, portanto, a necessidade de organização dos serviços no que diz respeito à questão de estrutura e funcionamento também são questões que se associam aos princípios da clínica ampliada, embora a participante os tenha colocado como pré-condição, quando na verdade são fatores constituintes dessa noção de clínica ampliada.

A participante Roberta também descreve a clínica ampliada como uma modalidade de clínica que passa pela organização e estrutura dos serviços como se observa nos trechos a seguir em que primeiro foi perguntada como define a clínica ampliada e depois como ela se posiciona em relação a essa noção:

[...] E assim, aqui dentro do meu serviço eu sempre tento olhar por esse lado também. Onde que eu posso melhorar, onde que eu posso nutrir essa clínica ampliada, né? Infelizmente alguns fatores nos “esbarra” nesse processo. São fatores que estão muito além do que a gente imagina, né. Questões organizacionais, de cunho organizacional, né, do serviço. Que vem de cima, muito de cima, né. Queria fazer muitas coisas diferentes aqui, mas infelizmente não dá, requer tempo, né, requer o auxílio de outros profissionais também. Questões financeiras, né, mas assim, o que, o que tá dentro do que a gente é, sempre prioriza, a gente tem conseguido avançar nesse sentido. A questão até mesmo de trabalhar com eles num espaço diferenciado, fora aqui dessa, dessa casa como a gente chama. Ir lá pra fora, sabe? (Roberta).

Totalmente a favor, muito a favor, a gente vê que até pra, pra nós profissionais, isso é um, um, vamos dizer assim, uma ferramenta importantíssima de ser utilizada, né, e entre tantas outras que nesse meio fazem um, um montante, né

de, de oportunidades diferenciadas da gente trabalhar com o paciente, né, não fechadinho, e sim aberto, é uma, vamos dizer assim, que é uma, uma mola que vai nos levar a alcançar bons resultados, né. (Roberta).

A participante já enfatiza de início os aspectos problemáticos, as barreiras que se interpõe entre o desejo de implementar e realizar uma clínica ampliada e os obstáculos que se opõe a isso, localizando nas fragilidades do serviço as impossibilidades para tal realização. Roberta, assim como algumas das entrevistadas, esquivou-se de elaborar uma noção própria ou descrever sobre a noção de clínica ampliada, recorrendo a recursos retóricos como forma de conferir validade às suas descrições e focando nas dificuldades como foi possível observar em sua fala. Apesar dela não elaborar uma noção de clínica ampliada em seu discurso, ao ser perguntada se é favorável ou contrária a essa noção ela se mostrou favorável, como também acredita que suas práticas se coadunam com os princípios da clínica ampliada embora em momento algum tenha esboçado uma noção do que vem a ser a clínica ampliada, como foi possível constatar em sua fala. Por outro lado, ao apontar a possibilidade de se trabalhar o ‘paciente’ (termo utilizado por ela e pouco recomendado no contexto da saúde mental, sendo preferível o termo usuário) fora do contexto institucional, a participante inscreve o seu discurso no âmbito da clínica ampliada, aludindo a uma lógica de desinstitucionalização e de despatologização da vida. Nesse sentido o relato da participante se coaduna com o pensamento de Leal & Delgado (2007, p. 7) que afirmam que “o CAPS não pode considerar que o tratamento do sujeito se limita ao espaço físico do serviço. É preciso acompanhá-lo e conhecê-lo no território, nos lugares da cidade que percorre e habita” (Leal & Delgado, 2007, p. 7).

5.1.6 Uma clínica estendida à família do usuário

Algumas outras descrições situam a família como importante parceira na vivência cotidiana do CAPS. Tanto o participante Danilo, quanto Roberta aproximam a família ao tratamento do usuário como observamos nos seguintes trechos:

Eu vejo a ampliação nesse campo, nesse rumo. Que aqui dentro só ficar martelando, batendo somente com o sujeito em si eu não tenho resultado, mas quando eu amplio para as pessoas que cuidam dele eu tenho outro resultado. Um resultado que é refletido nele, o resultado. (Danilo).

A clínica ampliada pra mim, no meu ponto de vista é onde... se você tem aqui no CAPS um trabalho direcionado ao paciente em si, que esse trabalho dessa clínica ampliada não fique somente no paciente em si. (Danilo).

Muitas vezes a gente pega aqui no CAPS o sintoma. Ele é o sintoma. O problema não é ele em si. O problema está por trás, fazendo ele chegar aqui no CAPS. A gente tem que olhar esse, essa demanda. Como os CAPS é uma substitutiva ao hospital psiquiátrico, lá no hospital psiquiátrico era tratado o indivíduo em si, aqui ele não pode continuar com essa prática tratando o indivíduo em si. (Roberta).

Certo. É... Em todos os sentidos eu acho que nossa, nossa profissão ela tende sempre a nutrir esses princípios todos os dias, né, principalmente a questão de trazer, tracejar um caminho onde a família sinta-se envolta por todo esse processo que o paciente passa aqui, né. Porque se a gente for fazer assim uma

análise da história de cada usuário daqui eles vão relatar muito bem os que foram internos nos hospitais psiquiátricos que a família era, era um lugar pra eles de convívio, né, de afetividade, de amor e de carinho e de cuidados e de repente eles ficaram num lugar onde não existia mais essa, esse nicho, né, de, de, de família, de você realmente ver que tava naquele momento ali passando por uma necessidade de se internar, mas que a família tava distante, né, e isso neles são marcas. Então, assim, eu acho que um dos principais fatores que nós sempre tentamos nutrir é ter a família por perto. Né, é valorizar o lar. Essa questão da gente ter o CAPS como uma referência, é... como uma , uma casa, né, que até o próprio ambiente aqui nosso é uma casa e termos aqui ter a família também por perto isso é primordial. (Danilo).

Danilo define a clínica ampliada fundamentalmente a partir de dois eixos argumentativos: o primeiro diz respeito à ampliação de suas práticas profissionais estendidas até a família do usuário. Para ele, ampliar a clínica significa estender o cuidado e a assistência também aos cuidadores desses usuários. Em segundo lugar ele situa a clínica do CAPS em oposição ao antigo modelo asilar de tratamento e em ambos os casos apresenta a família como fator necessário para costurar e garantir o exercício de uma clínica ampliada. Tal posicionamento é bastante interessante, pois representa uma atitude de superação de práticas individualizadas, focadas apenas no sujeito e insere a família no contexto de um cuidado mais integral, pois, ampliar o campo de atuação para a família, pessoa ou comunidade em questão pode trazer insegurança, mas deve ser compreendido como um processo que é parte da mudança e da qualificação do trabalho em saúde (Delziovo, Pedebôs & Pires, 2012). Entendemos também que no contexto da clínica ampliada é “[...] necessário um trabalho clínico que não compreenda o sujeito apenas em um diagnóstico, mas em suas diferenças e particularidades,

ampliando o objeto de trabalho ao contexto de sua vida, da sua história, subjetividade, família e território” (Grigolo & Papiani, 2014, p.6).

Outra noção que também articula a interação entre equipe, usuário e família é a de projeto terapêutico singular, este entendido como “um dispositivo de tratamento, pensado para um sujeito ou para um grupo que se distingue de todos os outros e que, portanto, exige um profundo respeito pela singularidade e mesmo uma cuidadosa investigação dela, quando ela não aparece facilmente” (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p. 96). O Ministério da Saúde em uma cartilha intitulada *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico singular* inclui a família como participante desse projeto e assevera que:

O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (Brasil, 2007, p. 40).

Por sua vez a descrição da participante Roberta também se insere nessa mesma lógica de apresentar a clínica ampliada como uma clínica estendida à família do usuário. Três aspectos principais foram observados em sua descrição. Primeiro, o reconhecimento de que as internações psiquiátricas representavam uma ruptura dramática e maléfica com a vida familiar do usuário. Segundo, a apresentação da clínica do CAPS como pautada nesse movimento de reaproximação entre o usuário e a família e, por último, também posicionando o CAPS como uma instituição que oferece um ambiente mais humanizado, ‘familiar’ para os usuários. Desta forma, podemos

identificar que a compreensão de clínica ampliada como um modelo de clínica estendida aos familiares figura como uma categoria de compreensão entre os profissionais citados.

5.1.7 Uma clínica que se opõe ao biologicismo

Outra categoria identificada nas falas das participantes foi a clínica ampliada como uma oposição ao biologicismo. A seguir apresentaremos trechos que se relacionam com essa categoria.

Porém, atualmente aí tem o estilo biomédico ainda muito usado. Por mais que a gente tente quebrar isso, por exemplo, aqui é assim, pra que você vá no médico você precisa passar nas oficinas, você precisa ter o acompanhamento de outros profissionais sem ser o médico, mas o que acontece, os próprios pais só dão valor ao quê? Ao remédio e a doença, só. (Bianca).

E, Roger já traz essa questão da atenção centrada na pessoa, já trabalha o sujeito como um todo. Pra mim ele não fala assim 'Clínica Ampliada', mas que fica muito parecido (inaudível)... foi aí que eu entendi mais sobre humanismo, porque clínica ampliada é humanismo, eu acho que eles se casam muito. (Bianca).

Como a minha pós-graduação é em acupuntura e medicina chinesa me levou muito a isso também, a olhar de que forma o ser humano pode ser tratado com outras formas de que não precisem do medicamento. (Danilo).

Eu uso muito, levo o “caba” a pensar. Eu não olho aqui dentro do CAPS, em si, as pessoas estão bem, vem pra cá pra um tratamento. Ninguém é doente pra mim. Ninguém é doente. Todos eles são seres humanos que estão dentro de uma capacidade, não é? Eu olho o lado humano que eles têm. Todos eles têm capacidade de desenvolver, mas dentro de sua possibilidade. Então eu tenho que levar ele, forçar a ele a pensar um pouquinho. Ele tem que pensar. Ele não é um sujeito inativo, sim ele é uma pessoa que sabe a sua importância. Então, eu defendo de que a doença não existe, o que existe é a falta da saúde. Quando a saúde melhora, aquilo que eu dei o nome de doença vai embora. Então, quando ele pensa dessa forma ele consegue melhorar o quadro de saúde dele, tanto físico, mental e espiritual. (Danilo).

A participante Bianca faz uma crítica ao que ela chamou de estilo biomédico, referindo-se certamente ao paradigma biomédico de saúde que ainda subsiste, não obstante os inúmeros esforços de implementação de uma clínica voltada ao sujeito, uma clínica ampliada. O participante Danilo, por sua vez centra-se na crítica ao uso do medicamento, pois segundo ele, o medicamento pode ter uma função apenas de ‘amortizar’ o sofrimento. Percebe-se em sua fala uma crítica implícita ao paradigma biomédico de assistência e a centralidade da psiquiatria ainda muito forte nos CAPS, dado os altos índices de utilização de psicotrópicos nesses serviços. De acordo com o participante ele vai buscar essa compreensão na sua pós-graduação em medicina chinesa. Quando perguntado sobre as orientações teóricas que adota em suas práticas também destaca a sua formação em uma abordagem fenomenológica que, segundo ele, também possibilita um olhar mais abrangente para o sujeito.

A participante Bianca opõe a clínica ampliada ao modelo biomédico de assistência em saúde mental, mas admite que, conquanto não seja o ideal, o modelo

biomédico continua muito forte dentro do CAPS, pois os próprios pais dos usuários, segundo ela: “dão valor ao remédio e a doença”, contribuindo para a manutenção da hegemonia do paradigma biomédico e para a centralidade da figura do médico. A participante ainda traz o Humanismo do Carl Rogers como a principal fonte teórica da qual ela extrai a percepção do sujeito como um ser integral e associa isso a noção de clínica ampliada.

5.1.8 Uma clínica para além do setting terapêutico

A descrição da clínica ampliada como algo para além do setting terapêutico esteve presente em algumas descrições das participantes como observamos nos seguintes trechos.

É sairmos dessas, dessa, dessa construção das quatro paredes, né isso? Não faz tanto tempo assim que eu me formei e na, na academia os nossos mestres, nossos colegas também é sempre, vira e mexe, seja pra onde a gente é se deslocasse, pra um estágio ou coisa do tipo os nossos professores sempre pediam, né. “Pessoal, vamos olhar a clínica ampliada de outra maneira, né? (Roberta).

Eu entendo assim que é uma clínica, né, o atendimento, aquele atendimento que se dá em qualquer lugar, né. De repente em uma sala de espera, até num acolhimento, né, é, em qualquer momento, em qualquer situação pode surgir aqui. Até fora quando a gente faz alguma coisa, alguma intervenção fora, algum processo fora com os usuários, leva eles pra vila do artesão, leva eles pra alguma coisa, em todos esses momentos pode acontecer. (Vanessa).

A forma de descrever a noção de clínica ampliada que identificamos no discurso da participante Roberta tem a ver com uma clínica para além do *setting* da clínica tradicional. É possível identificar aqui que a compreensão da mesma em relação a clínica ampliada passa inicialmente pela superação do modelo tradicional de clínica, descrito pela mesma como: “É sairmos dessas, dessa, dessa construção das quatro paredes, né isso”?

A participante Vanessa define a clínica ampliada como uma clínica que vai além dos espaços convencionais que se costuma associar a clínica como o próprio *setting* terapêutico ou o próprio espaço físico do serviço. Um pouco depois ela reforça essa ideia da clínica para além do *setting* terapêutico.

[...] não tem que ser do jeito que a gente aprendeu na faculdade, né, a, o atendimento só acontecer naquele *setting* terapêutico. (Vanessa).

A imagem da clínica ampliada como algo que se exerce para além do *setting* terapêutico constitui uma metáfora bastante recorrente nas descrições das participantes dessa pesquisa. Ampliar a clínica para além dos espaços tradicionais é, sem dúvidas, um exercício indispensável na conjuntura técnico-assistencial dos serviços substitutivos, mas por si só não garante a efetivação de uma clínica ampliada, pois, como vimos ao longo deste trabalho, a ampliação da clínica compreende uma mudança epistemológica que não se limita às contingências de espaço físico.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos de fundamental importância que os profissionais que atuam na saúde mental, sobretudo as psicólogas, possuam uma boa compreensão sobre a noção de clínica ampliada para responder às complexas demandas que atravessam esse campo. Em nossa pesquisa identificamos que, de maneira geral, as respostas demonstraram que, apesar de não haver uma compreensão refinada e bem elaborada teoricamente sobre a noção de clínica ampliada, a maioria das profissionais compreendem a necessidade de atuar segundo um modelo ampliado de saúde e de clínica. A maior parte das descrições aqui apresentadas posicionam a clínica ampliada como algo necessário de se implementar em suas práticas cotidianas. Como o nosso objetivo não era de avaliar as práticas cotidianas dessas profissionais, mas analisar suas produções discursivas em relação a noção de clínica ampliada, pois compreendemos que a fala é ação social, consideramos que essas descrições apontam para a clínica ampliada como algo positivo e necessário, sendo predominantes os relatos favoráveis a clínica ampliada. Os relatos que não foram apresentados de maneira favorável também não explicitaram uma crítica a essa noção, o que indica o reconhecimento da importância da clínica ampliada no atual contexto da saúde mental, bem como uma tendência a percebê-la como estratégica nesse contexto. Apontamos a ausência do conhecimento das fontes oficiais sobre clínica ampliada entre as participantes. Apenas uma citou a clínica ampliada enquanto diretriz do Ministério da Saúde e não houve nenhum relato que evocou autores que trabalham essa noção como por exemplo, o Gastão Wagner, importante teórico desta área que sistematizou a noção de clínica ampliada e a transformou em um conceito. Também sentimos falta na descrição das participantes de noções como apoio matricial, projeto terapêutico singular, articulação de rede de saúde como constituintes da noção de clínica

ampliada. As participantes da pesquisa em sua grande maioria mostraram-se favoráveis a noção de clínica ampliada, criticaram a falta de condições adequadas de trabalho e mostraram algum nível de compreensão desta noção. Sentimos falta em especial de posicionamentos que apontassem para a necessidade de ações intersectoriais, como as noções de matriciamento e articulação em rede o que demonstra que as atividades nos CAPS têm seguido uma rotina muitas vezes engessada, com pouca articulação com outros serviços da rede de saúde. No entanto, quando se busca atuar de forma ampliada isso evoca também a noção de integralidade e a integralidade pressupõe intersectorialidade, como a articulação com diversas áreas externas à saúde, mas que são parceiras por terem sob sua responsabilidade campos e ações que se refletem na saúde integral dos usuários e comunidades (Delziovo, Pedebôs & Pires, 2012).

Uma das questões da entrevista utilizada interrogava se o conceito de clínica ampliada era debatido no serviço e a grande maioria dos relatos foram negativos a esse respeito. Isso indica que essa noção, embora esteja sendo apropriada no dia a dia das profissionais, praticamente não é debatida nos serviços o que dificulta uma melhor compreensão e, conseqüentemente, uma prática ainda mais qualificada que supere as barreiras da clínica tradicional. Nesse ponto retomamos o pensamento já citado de Barreto (2010) quando discute a necessidade da realização de uma autocrítica do campo da saúde mental destacando a necessidade de se fazer uma crítica nas vertentes Teórica, Institucional e Profissional. Conhecer a noção de clínica ampliada possibilita essa articulação entre as vertentes Teórica, com estudos sistemáticos sobre o campo da saúde mental; Institucional, na medida em que se afirma o paradigma antimanicomial e a legitimidade dos dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico e Profissional, na crítica às práticas verticalizadas e no estabelecimento de práticas horizontalizadas entre os profissionais de uma equipe.

As práticas exercidas no campo da saúde mental são revestidas de uma enorme complexidade que demanda de seus atores uma preparação igualmente complexa e, nesse sentido, entendemos que a adequada compreensão da noção de clínica ampliada e sua consequente implementação pode ser um aliado indispensável.

Por outro lado, conquanto as participantes tenham demonstrado, de maneira geral, desconhecimento sobre as fontes oficiais acerca da noção de clínica ampliada, como cartilhas ou textos teóricos sobre o assunto, parece-nos que há um reconhecimento coletivo de que não é mais possível atuar segundo um modelo tradicional de clínica e o próprio fazer cotidiano convoca esses profissionais a reverem suas práticas e ressignificar o seu modo de exercer a clínica, aproximando-os da noção de clínica ampliada.

As categorias aqui apresentadas representam, em seu conjunto, como as participantes organizam suas produções discursivas em torno dessa noção e, de maneira geral, indicam alguma aproximação com a clínica ampliada.

Na grande maioria dos casos as participantes relataram dificuldades de diversas ordens e, portanto, obstáculos na implementação de uma clínica ampliada. Esses dados se alinham aos resultados de uma pesquisa realizada em 2017 em diversos CAPS da região Nordeste na qual se verificou que a prática da clínica ampliada ainda está em construção por alguns profissionais e que o modelo tradicional de clínica, ainda fortemente ensinado nas instituições de Ensino Superior, aliado ao desconhecimento acerca do papel e da função do profissional psicólogo no SUS corrobora para a dificuldade na implementação da clínica ampliada (Crusoé, 2017).

A psicologia social discursiva contribuiu significativamente para a abordagem dessa problemática. Ao identificarmos contradições, inconsistências, argumentos retóricos e variabilidade nos discursos dos participantes, compreendemos que de fato a

linguagem é uma forma de ação social e não um meio neutro de espelhar alguma realidade subjacente. Na psicologia social discursiva a fala é ação social e, portanto, podemos afirmar que as participantes desta pesquisa posicionam-se favoravelmente a noção de clínica ampliada, reconhecem a necessidade de sua implementação, fazem uma autocrítica de suas práticas, apontam fragilidades nos serviços, articulam noções importantes como as de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, reconhecem os limites da clínica tradicional, compreendem a necessidade de incluir a família no contexto do tratamento, dentre outras questões descritas na análise dos dados.

Desta forma, entendemos que para implementar essa proposta de clínica ampliada “[...] é necessário que os profissionais de saúde reconheçam as limitações do modelo biomédico, criando outras formas de intervenção que contemplem as diferentes demandas dos sujeitos e amplifiquem os avanços nas concepções práticas da atenção em saúde mental” (Grigolo & Papiani, 2014, p. 8).

Concluimos esse trabalho destacando a pertinência desse estudo no sentido de identificar as produções discursivas das psicólogas dos CAPS de Campina Grande sobre a noção de clínica ampliada. Os resultados aqui obtidos inscrevem-se na literatura especializada sobre o assunto que indica uma compreensão ainda incipiente sobre a noção de clínica ampliada, assim como a existência de limitações e entraves que perpassam a organização e estrutura dos serviços de saúde mental na cidade de Campina Grande. Alverga e Dimenstein citados por (Henriques, Oliveira Filho & Figueiredo, 2015), referem que, “em meio aos avanços, a reforma psiquiátrica no Brasil apresenta muitos desafios e impasses na gestão em saúde mental para o cuidar em liberdade, em especial, a constituição dos serviços substitutivos em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial”.

Necessário se faz, portanto, criar estratégias que visem superar tais impasses e dificuldades encontradas nos serviços. Estudos sistemáticos, grupos de discussão, ações intersetoriais, elaboração de projetos terapêuticos singulares, supervisões sistemáticas, discussão da formação acadêmica, dentre outras ações podem contribuir para qualificar esse campo de atuação.

Espera-se com esse estudo, portanto, contribuir para o melhoramento das práticas no campo da saúde mental, apontando seus impasses e desafios em nosso contexto específico, e também para uma melhor apropriação da noção de clínica ampliada que certamente possibilitará o exercício de uma clínica mais potente no território e para construção de saúde e cidadania para os usuários desses serviços que, como vimos ao longo deste trabalho, foram historicamente alijados do direito a cidadania e objetificados. Exercer uma clínica ampliada não pode ser visto mais como uma opção, mas um imperativo nos dias atuais.

REFERÊNCIAS

- Amarante P (1995). *Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: Tecendo o percurso do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Amarante, P. (1994). *Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia*. Manguinhos, 1, 61-77.
- Amarante, P.D.C. (2012) *Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado*. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C, Noronha, J.C., Carvalho, A.I., (orgs), (2012) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ed.Rio de Janeiro: Fiocruz. 635-655.
- Amarante. P. (1992). *A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicômio*. Em M. E. Kalil, *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde* (PP. 103-119). São Paulo/Salvador: Hucitec.
- Barreto, F. P. (2010). *Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte. Scriptum Livros.
- Basaglia, F. (1979). *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo, Editora Brasil Debate.
- Brasil (2001). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Lei n. 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*.

Brasil (2005). Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. *Linha Guia de Saúde Mental*. Belo Horizonte.

Brasil (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. 60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF. 64 p. (Serie B. Textos Básicos de Saúde).

Campos G. W. S., Cunha G. T, Figueiredo M. D. (2013). *Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*. In: Práticas profissionais compartilhadas: cogestão da clínica ampliada e da saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec.

Campos, G .W .S., Amaral, M.A (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Publicado em: *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):849-859.

Campos, G. W.S. (2000). *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.

Campos, G. W. S. (1992). Sobre a peleja dos sujeitos da reforma ou da reforma dos sujeitos em peleja. In: *Saúde e Sociedade*, vol. 1, nº 2, pp. 79-95.

Campos, G. W. S. (2002). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G.W.S. (Org.). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, p. 51-67.

- Campos, R. T. O. & Campos, G. W. S. (2006). *Co-construção de autonomia: o sujeito em questão*. Publicado em Tratado de Saúde Coletiva; Editora Hucitec/Fiocruz; organização Campos, GWS; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond Júnior, M; Carvalho, YM.
- Campos. V. S. (2012). Análisis del Discurso y Psicología: a veinte años de la revolución discursiva. *Revista de Psicología*, vol. 21, Nº 1. Junho.
- Cantele J, Arpini DM, Roso A (2012). A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. *Psicologia Ciência e Profissão*. 32(4): 910-925.
- Carvalho, A.I. & Buss P.M. (2012) Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C, Noronha, J.C., Carvalho, A.I., (orgs), (2012) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 121-142.
- Cirilo, L. S., & Oliveira Filho, P. (2008). Discursos de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e de seus Familiares. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (2), 316-329.
- Conselho federal de psicologia (2011). V seminário nacional psicologia e políticas públicas – *subjetividade, cidadania e políticas públicas*/conselho federal de psicologia – Brasília. Autor.
- Conselho Federal de Psicologia (2013). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial* (1ed). Brasília, DF: Autor.
- Crusoé, A.C.V.U (2017). A atuação dos/as psicólogos/as em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma análise de relatos de experiência no Nordeste. Monografia.

- Curvo D. R., Matos A. C. V., Sousa W. L. Paz, A. C. A.(2017). Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. *Cadernos brasileiros de saúde mental* [Internet]. 2018[acesso em 2018 set 22];10(25):58-82.
- Delzivo, C. R., Pedebôs, L. R. Moretti-Pires, R.O. (2012). *Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família*. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Dettmann, A. P. S., Aragão, E.M.A., Margotto, L. R.(2016). Uma perspectiva da Clínica Ampliada: as práticas da Psicologia na Assistência Social. Publicado em: *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 28, n. 3, p. 362-369, set.-dez.
- Dimenstein, M. (2003). Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*;13(5) 341-345, mayo 2003.
- Estellita-Lins C., Oliveira V. M., Coutinho M .F. (2009). Clínica ampliada em saúde mental: Cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):205-215. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13 (3), 815-834.
- Fleury, S.& Ouverney, A. M., (2012). Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C, Noronha, J.C., Carvalho, A.I., (orgs), (2012) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ed.Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 25-56.
- Flick, U. (2008). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman.
- Foucault, M. (2012). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M., 1977. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro. Editora Forense - Universitária.
- Gill, R. (2002). Análise do discurso. In G. Gaskell (Ed.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. (pp.244-270). Petrópolis: Vozes.

- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gracia, T. I. (2004). O “giro linguístico”. In L. Iñiguez (Org.). *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Grigolo T.M, Pappiani C., (2014). Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de santa catarina. Publicado em: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.01-26.
- Henriques, H. I. B., Oliveira, P. F., & Figueirêdo, A. A. F. (2015). Discursos de usuários de CAPS sobre práticas terapêuticas e religiosas. Publicado em: *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 302-311.
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Imago.
- Leal E.M., Delgado P.G.G (2007); Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. Publicado em: Roseni Pinheiro; Ana Paula Guljor; Aluisio Gomes; Ruben Araújo de Mattos. (Org.). *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, v. p. 137-154.
- Lewis, M. dos S. R., & Palma, C. M. de S. (2011). O psicólogo na saúde mental: sobre uma experiência de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial. *Mal Estar e Subjetividade*, 11(4), 1379-1404.
- Macedo, J. P. & Dimenstein, M. (2012). Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a reforma psiquiátrica? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 12(1-2), 419-456.

- Martínez-Guzmán, A., Stecher, A., & Íñiguez-Rueda, L. (2016). Aportes de la psicología discursiva a la investigación cualitativa en psicología social: análisis de su herencia etnometodológica. *Psicologia USP*, 27(3), 510-520. Recuperado de: < <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v27n3/1678-5177-pusp-27-03-00510.pdf> >.
- Méllo, R. P., Silva, A. A., Lima, M. L. C., & Paolo, A. F. Di. (2007). Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 26-32.
- Meneghel, S. N. & Íñiguez, L.(2007). Contadores de histórias: práticas discursivas e violência de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1815-1824.
- Merhy, E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Em E. Merhy, *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo a assistência*. São Paulo: Xamã.
- Murta S.G. & Marinho, T.P.C (2009). A Clínica Ampliada e as Políticas de Assistência Social: uma Experiência com Adolescentes no Programa de Atenção Integral à Família. Publicado em: *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas* Vol.1 N°1, 58-72.
- Nogueira, C (2008). Análise(s) do Discurso: Diferentes Concepções na Prática de Pesquisa em Psicologia Social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 24 n. 2, PP. 235-242.
- Nogueira, C. (2001). Construcionismo social, discurso e gênero. *Psicologia*, 15(1), 43-65. Recuperado em 09 de setembro de 2019, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492001000100003&lng=pt&tlng=pt.

- Oliveira Filho, P. (2013). A Psicologia Social Discursiva. In L. Camino, A. R. R. Torres, M. E. O. Lima, & M. E. Pereira (Orgs.). *Psicologia Social: Temas e Teorias*. Brasília: Technopolitik.
- Paim, J.S. & Almeida-Filho, N. (2014) Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva. In: Paim, J.S., Almeida-Filho, N. (orgs) *Saúde coletiva: teoria e prática*. 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, p. 203-209.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103-109.
- Pinheiro, M. A., & Meira, L. R. L. (2010). Psicologia discursiva e o sujeito do conhecimento: A singularidade como questão. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 3, p. 603-611.
- Potter, J. (1996). Discourse Analysis and Constructionist Approaches: Theoretical Background. In: John T.E. Richardson (Ed.). *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences*. Leicester; BPS Books.
- Potter, J. (1998). *La representación de la realidade: discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Potter, J. (2004). *Discourse Analysis*. In M. Hardy & A. Bryman (Eds) *Handbook of Data Analysis* (pp. 607-24). London; Sage.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology: beyond attitudes and behavior*. London: Sage Publications, 1987.
- Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa (2011)./ Railda Fernandes Alves (Organizadora)... [et al.]. In: Ribeiro, J.L. Pais: *A Psicologia da Saúde*, Campina Grande: EDUEPB, p. 23-62.

- Rasera, E. (2013). *A Psicologia Discursiva nos estudos em Psicologia Social e Saúde*. 13(3), 815-834.
- Severo, A. K. & Dimenstein, M. (2011). Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. *Psicologia e Sociedade*, 23(2), 340-349.
- Silva, J. C. B & Oliveira Filho. P. (2013). Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. *Estudos de Psicologia*. Campinas, 30(4), 609-617, outubro – dezembro.
- Sousa, P. F., Maciel, S. C. & Medeiros, K. T. (2018). Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Ancoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico?. *Temas em Psicologia*, 26(2), 883-895.
- Souza, A.C.S. & Ribeiro, M.C. (2013). A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 91-98.
- Spink, M. J. (2003) *Psicologia Social e saúde; práticas, saberes e sentidos* – Petrópolis, RJ. Vozes.
- Spink, M. j. (2007) *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* – São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Valentim, R. P. F. (2016). Contribuições do conceito de Heterogeneidades Enunciativas a uma Psicologia Social Crítica. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, Barcelona, v. 16, n. 2, p. 349-361. Disponível em: <<http://atheneadigital.net/article/view/v16-n2-valentim>>.
- Valentim, R. P. F. (2018). Psicologia Discursiva E Análise Crítica Do Discurso: Alinhando Discurso E Cultura Na Psicologia Social Contemporânea. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v.6, n.11, p. 212-226, ago. 2018.

Vasconcellos, V. C. (2010). Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 6(1), 1-16.

Wetherell, M. & Potter, J. (1992). *Mapping the language of racism: Discourse and the legitimation of exploitation*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Wetherell, M., & Potter, J. (1988). Discourse Analysis and the Identification of Interpretative Repertoires. In C. Antaki (Org.). *Analysing Everyday Explanation*. London: Sage..

APÊNDICE

APÊNDICE – A**MINI QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO**

1. Nome: _____
2. Gênero: _____
3. Ano da formação: _____
4. Possui pós-graduação: não sim qual _____
5. Possui outros vínculos empregatícios: sim não quais? _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual a sua carga horária no serviço. Trabalha no serviço há quanto tempo?
2. Como é o seu cotidiano no serviço? Você poderia descrever a sua prática no CAPS?
3. E o cotidiano dos profissionais de psicologia, como é? Se diferencia do cotidiano dos outros profissionais?
4. Como você relaciona as suas práticas com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica? E as práticas dos psicólogos de uma forma geral?
5. Como você define a clínica ampliada?
6. Esse conceito, de clínica ampliada, é debatido no serviço, como isso é feito?
7. Como você se posiciona em relação ao conceito de clínica ampliada? Você é favorável ou contra?
8. Você conhece algum autor ou documento que fala sobre a clínica ampliada? Quais as fontes que você consulta ou já consultou a respeito desse tema?
9. Você acredita que suas práticas estão de acordo com os princípios da clínica ampliada? Poderia justificar?

10. Você segue orientações teóricas específicas em sua prática profissional? Quais são essas orientações teóricas e como você avalia a efetividade delas em sua prática profissional?