

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
PSICOLOGIA

ANTONIO RICHARD CARIAS

IMAGINÁRIO COLETIVO DE PROFISSIONAIS DO CAPS
AD SOBRE O CUIDADO A FAMILIARES DE PESSOAS
QUE FAZEM USO DEPENDENTE DE ÁLCOOL

PUC-CAMPINAS

2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
PSICOLOGIA

ANTONIO RICHARD CARIAS

IMAGINÁRIO COLETIVO DE PROFISSIONAIS DO CAPS
AD SOBRE O CUIDADO A FAMILIARES DE PESSOAS
QUE FAZEM USO DEPENDENTE DE ÁLCOOL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida - PUC Campinas, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Mara Marques Granato

PUC-CAMPINAS

2022

Ficha catalográfica elaborada por Adriane Elane Borges de Carvalho CRB 8/9313
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

616.861
C2771

Carias, Antonio Richard

Imaginário coletivo de profissionais do CAPS AD sobre o cuidado a familiares de pessoas que fazem uso dependente de álcool / Antonio Richard Carias. - Campinas: PUC-Campinas, 2022.

250 f.

Orientador: Tânia Mara Marques Granato .

Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia , Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Alcoolismo. 2. Psicoterapia familiar. 3. Álcool - Droga. I. Granato , Tânia Mara Marques. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia . III. Título.


CDD - 22. ed. 616.861

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

ANTONIO RICHARD CARIAS

IMAGINÁRIO COLETIVO DE PROFISSIONAIS DO CAPS AD SOBRE O CUIDADO A
FAMILIARES DE PESSOAS QUE FAZEM USO DEPENDENTE DE ÁLCOOL

Tese defendida e aprovada em 13 de dezembro
de 2022 pela Comissão Examinadora



Profa. Dra. Tânia Mara Marques Granato
Orientador(a) da Tese e Presidente da Comissão
Organizadora
Pontificia Universidade Católica de Campinas (PUC-
Campinas)



Profa. Dra. Vera Engler Cury
Pontificia Universidade Católica de Campinas (PUC-
Campinas)



Profa. Dra. Isabel Cristina Gomes
Universidade de São Paulo (USP)



Profa. Dra. Tânia Maria José Aiello-Vaisberg
Universidade de São Paulo (USP)



Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Dedico esta Tese de Doutorado aos familiares de pessoas que fazem uso dependente do álcool e aos colegas da saúde mental que lutam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

AGRADECIMENTOS

É fundamental agradecer o cuidado que recebi das pessoas significativas!

Agradecer a cada etapa concluída!

Agradeço aos meus pais e avós que sempre me deram apoio aos estudos!

Agradeço especialmente a minha mãe, mulher guerreira e valente que me ensinou desde pequeno a lutar pelos meus sonhos! Obrigada por todo o amor e exemplo!

Agradeço à Profa. Dra. Tânia Mara Marques Granato por acreditar em mim e me orientar durante o Mestrado e o Doutorado. Obrigada Tânia pelo carinho, dedicação e exemplo como psicóloga e pesquisadora! Sempre comento, carinhosamente, que Tânia é a minha “mãe acadêmica”.

Agradeço aos colegas do grupo de pesquisa "Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção" (PUC-Campinas), particularmente o subgrupo liderado pela Profa. Dra. Tânia M. M. Granato.

À Profa. Livre Docente Tânia Maria José Aiello-Vaisberg (USP) pelas aulas e pelos textos teórico-metodológicos. Obrigada pela sua produção intelectual que possibilita o amadurecimento de conceitos e ideias.

Ao Prof. Livre Docente Manoel Antonio dos Santos (USP – Ribeirão Preto) pelas preciosas considerações durante o percurso do Mestrado e do Doutorado. Muito obrigada!

À Profa. Dra. Vera Engler Cury, coordenadora do Programa de Pós-Graduação.
Obrigada por todo o apoio na formação dos pós-graduandos da PUC de Campinas!

À Profa. Livre Docente Renata Cruz Soares de Azevedo pela oportunidade do
Treinamento em Serviço em nível Básico e Avançado no Ambulatório de Substâncias
Psicoativas (ASPA) do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas
(UNICAMP). Muito obrigada!

À Silvana Dias, uma amiga queridíssima! Obrigada Sil por nossas conversas, risadas
e por sempre me incentivar a vida acadêmica! Obrigada por acreditar em mim!

À Izabela, Margarida, Joabe, Renan, Eberson e Murilo pelas experiências e afetos
compartilhados!

Às amigas da Universidade São Francisco (USF), especialmente Renata e Marina!

Ao Daniel pela constante presença, carinho e companheirismo! Muito obrigada!

Agradeço à Pontifícia Universidade Católica de Campinas e ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia pela estrutura para a confecção desta pesquisa.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
(CNPq) pela bolsa de Doutorado Acadêmico concedida para a realização deste estudo.

O presente trabalho foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil. Processo n. 140715/2019-3

"Observar, pensar e imaginar coincidem totalmente e formam parte de um só e único processo dialético. Quem não utiliza a sua fantasia poderá ser um bom verificador de dados, porém nunca um investigador"

(Bleger, 1964/2003, p.19)

RESUMO

CARIAS, Antonio Richard. *Imaginário coletivo de profissionais do CAPS AD sobre o cuidado a familiares de pessoas que fazem uso dependente de álcool*. 2022. 250f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, SP, Brasil, 2022.

Os profissionais do CAPS AD vivenciam inúmeros desafios no trabalho, particularmente quando há carência de recursos, sobrecarga de tarefas e insegurança sobre o papel profissional. Dentre os desafios, destaca-se o cuidado com a família do usuário a qual, frequentemente, demanda da equipe um conjunto de intervenções, seja para o parente que usa a substância, seja para as próprias necessidades afetivo-emocionais. Considerando o atual cenário brasileiro em que o uso do álcool se sobressai ao das demais substâncias psicoativas, o objetivo do presente estudo é compreender o imaginário coletivo de profissionais do CAPS AD sobre o cuidado a familiares de pessoas que fazem uso dependente de álcool. Para a concretização dessa proposta foram realizadas Entrevistas Transicionais com 13 profissionais da saúde mental que trabalham no CAPS AD. Dado que o presente estudo se insere no panorama das pesquisas qualitativas, cujo foco é investigar os significados humanos, fizemos uso do método psicanalítico para interpretar o imaginário coletivo dos participantes sobre o cuidado aos familiares. Utilizamos o recurso investigativo da Narrativa Interativa (NI), história fictícia com desfecho em aberto que potencializa a associação livre e a expressão emocional dos participantes. Para este estudo foi confeccionada uma NI que aborda o drama dos familiares que buscam auxílio em um serviço de saúde mental. Cada entrevista deu origem a uma Narrativa Transferencial (NT), na qual há uma descrição vivencial do encontro em suas tonalidades afetivas. A análise interpretativa do material narrativo reunido pelas NI e NT resultou em dois campos de sentido afetivo-emocional que sustentam o imaginário coletivo dos participantes. O primeiro campo é “Apagando Incêndios” que desvela o contexto das crises emocionais dos familiares e a crença dos profissionais a respeito da potencialidade de intervenções breves e focais para atenuar o agudo sofrimento dos familiares durante a experiência da crise. O segundo campo, intitulado “O Peso das Cinzas” revela o sentimento de impotência dos profissionais diante do sofrimento crônico dos familiares. Nesse cenário marcado pelo desamparo, os

entrevistados divergem quanto ao lugar da família do usuário no CAPS AD e sobre os fundamentos teóricos que sustentam as intervenções voltadas para esse público. Tecemos reflexões sobre os desafios vividos pelos participantes para elaborar e concretizar o cuidado à família do usuário. Destacamos que na atual conjuntura em que os equipamentos da Reforma Psiquiátrica estão sucateados em termos de recursos humanos e financeiros, os profissionais do CAPS AD necessitam de apoio emocional e formação continuada para o exercício do cuidado aos familiares dos usuários.

Palavras-chaves: Transtornos relacionados ao uso de substâncias, CAPS, Família, Narrativa Interativa, Psicanálise.

ABSTRACT

CARIAS, Antonio Richard. *Collective Imaginary of CAPS AD professionals about the care for the families of people who make dependent use of alcohol*. 2022. 250f. Thesis (Ph.D. in Psychology) - Pontifical Catholic University of Campinas, Life Sciences Center, Postgraduate Program in Psychology, Campinas, SP, Brazil, 2022.

Center of Psychosocial Care – Alcohol and Drugs professionals experience countless challenges at work, particularly when there is a shortage of resources, overload of tasks and insecurity about the professional role. Among these challenges, the care for the family of the alcohol dependent person stands out, with the family frequently demanding from the staff a series of interventions, be it for the alcohol dependent relative, or their own emotional needs. Considering the current Brazilian context, in which alcohol use is more prevalent than that of other psychoactive substances, the objective of the present study is to understand the collective imaginary of CAPS AD professionals about the care for the relatives of people who make dependent use of alcohol. In order to achieve this goal, Transitional Interviews were conducted with 13 mental health care professionals who work at a CAPS AD. Given that the present study inserts itself in the panorama of qualitative research, whose focus is to investigate the human meanings, we made use of the psychoanalytical method to interpret the collective imaginary of the participants about the care for the families. We made use of the investigative resource of the Interactive Narrative (IN), an unfinished story that potentializes the free association and the emotional communication of the participants. For this study, an IN that addresses the drama of families that seek help in a mental health care service was designed. Each interview gave origin to a Transferential Narrative (TN), in which there is an experiential description of the encounter and its affective tones. The interpretative analysis of the narrative material made up of the INs and the TNs resulted in two fields of affective-emotional meaning that sustain the imaginary of the participants. The first field is “Putting out fires”, which unravels the context of the emotional crises of the relatives and the belief from the professionals regarding the potentiality of brief and focused interventions to attenuate the acute suffering of the relatives during the crisis experience. The second field, entitled "The Weight of the Ashes", reveals the feeling of impotence from the professional facing the relatives' chronic suffering. In this scenario, marked by

helplessness, the interviewees diverge regarding the place of the user's family in the CAPS AD, and about the theoretical foundations which support the interventions aimed at that audience. We reflect upon the challenges faced by the participants to elaborate and concretize the user's family care. We highlight that in the current scenario in which the Psychiatric Reform's equipments are scrapped in terms of human and financial resources, the CAPS AD professionals need emotional support and continuing education to provide care for the families of users.

Keywords: Substance-related disorders, CAPS, Family, Interactive Narrative, Psychoanalysis.

RESUMEN

CARIAS, Antonio Richard. *Imaginario colectivo de profesionales del CAPS AD sobre la atención a familiares de personas dependientes del alcohol*. 2022. 250f. Tesis (Doctorado en Psicología) - Pontificia Universidad Católica de Campinas, Centro de Ciencias de la Vida, Programa de Posgrado en Psicología, Campinas, SP, Brasil, 2022.

Los profesionales del CAPS AD experimentan numerosos retos en el trabajo, especialmente cuando hay falta de recursos, sobrecarga de tareas e inseguridad sobre el rol profesional. Entre los desafíos se destaca la atención a la familia del usuario, que con frecuencia demanda del equipo un conjunto de intervenciones, ya sea para el familiar que consume la sustancia, o para sus propias necesidades afectivo-emocionales. Considerando el actual escenario brasileño en el que el uso del alcohol se sobresaleara al de otras sustancias psicoactivas, el objetivo de este estudio es comprender el imaginario colectivo de profesionales del CAPS AD sobre el cuidado a los familiares de personas dependientes del alcohol. Para la realización de esta propuesta se realizaron Entrevistas Transicionales a 13 profesionales de la salud mental que trabajan en el CAPS AD. Dado que este estudio se inscribe en el marco de la investigación cualitativa, cuyo enfoque es investigar los significados humanos, utilizamos el método psicoanalítico para interpretar el imaginario colectivo de los participantes sobre el cuidado de los familiares. Utilizamos el recurso investigativo de la Narrativa Interactiva (NI), una historia ficticia con final abierto que potencia la libre asociación y la expresión emocional de los participantes. Para este estudio se elaboró una NI que aborda el drama de los familiares que buscan ayuda en un servicio de salud mental. Cada entrevista originó una Narrativa Transferencial (NT), en la que hay una descripción vivencial del encuentro en sus tonos afectivos. El análisis interpretativo del material narrativo recogido por las NI y NT tuvo como resultado dos campos de sentido afectivo-emocional que sostienen el imaginario de los participantes. El primer campo es "Apagando incendios", que muestra el contexto de las crisis emocionales de los familiares y la creencia de los profesionales sobre la potencialidad de intervenciones breves y puntuales para atenuar el sufrimiento agudo de los familiares durante la experiencia de la crisis. El segundo campo, titulado "El peso de las cenizas", revela el sentimiento de impotencia de los profesionales ante el sufrimiento crónico de los familiares. En este contexto marcado por el desamparo, los entrevistados discrepan sobre el lugar de la familia del usuario en el CAPS AD y sobre

los fundamentos teóricos que sustentan las intervenciones dirigidas a este público. Reflexionamos sobre los desafíos vividos por los participantes para elaborar y concretizar el cuidado a la familia del usuario. Destacamos que, en la actual coyuntura en que los equipos de la Reforma Psiquiátrica no funcionan en términos de recursos humanos y financieros, los profesionales del CAPS AD necesitan apoyo emocional y formación continua para el ejercicio del cuidado a los familiares de los usuarios.

Palabras clave: Trastornos por consumo de sustancias, CAPS, Familia, Narrativa Interactiva, Psicoanálisis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| AL-ANON | Grupos Familiares de Alcoólicos Anônimos do Brasil |
| APA | Associação Psicológica Americana |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPS AD | Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas |
| CEBES | Centro Brasileiro de Estudos da Saúde |
| CEBRID | Centro Brasileiro de Informações sobre Álcool e Drogas |
| CID | Classificação Internacional das Doenças |
| CISA | Centro de Informações sobre Saúde e Álcool |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| DMS | Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais |
| DQ | Dependência Química |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| ET | Entrevista Transicional |
| NAPS | Núcleo de Atenção Psicossocial |
| NI | Narrativa Interativa |
| NT | Narrativa Transferencial |
| MLA | Movimento da Luta Antimanicomial |

| | |
|----------------|--|
| MS | Ministério da Saúde |
| MTSM | Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PUC - Campinas | Pontifícia Universidade Católica de Campinas |
| PS | Pronto Socorro |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| RESUMO | I |
| ABSTRACT | II |
| RESUMEN | III |
| | |
| CARTA DE APRESENTAÇÃO | 03 |
| | |
| CAPÍTULO 1: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 09 |
| | |
| CAPÍTULO 2: CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL | 15 |
| <i>2.1 Violência e Exclusão Social.....</i> | <i>15</i> |
| <i>2.2 Movimentos de Ruptura Manicomial</i> | <i>20</i> |
| <i>2.3 As Ideias de Franco Basaglia.....</i> | <i>23</i> |
| <i>2.4 O SUS e as Experiências Pioneiras da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....</i> | <i>25</i> |
| <i>2.5 A Concretização da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....</i> | <i>28</i> |
| | |
| CAPÍTULO 3: O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E A FAMÍLIA DA PESSOA QUE FAZ USO DEPENDENTE DE ÁLCOOL | 32 |
| <i>3.1 O Trabalho Multiprofissional no SUS e no CAPS AD</i> | <i>32</i> |
| <i>3.2 A Inclusão da Família do Usuário na Reforma Psiquiátrica</i> | <i>38</i> |
| <i>3.3 A Experiência Emocional dos Familiares de Pessoas em Uso Dependente de Álcool</i> | <i>42</i> |

| | |
|---|------------|
| OBJETIVO DA TESE..... | 49 |
| | |
| CAPÍTULO 4: ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS..... | 50 |
| <i>4.1 A Pesquisa Qualitativa como Abordagem Metodológica.....</i> | <i>50</i> |
| <i>4.2 O Método Psicanalítico na Pesquisa Qualitativa</i> | <i>54</i> |
| <i>4.3 A Entrevista Transicional (ET).....</i> | <i>58</i> |
| <i>4.4 O uso de Narrativas Interativas (NI) e Narrativas Transferenciais (NT)</i> | <i>62</i> |
| <i>4.5 Procedimentos éticos e técnicos para a realização da pesquisa</i> | <i>66</i> |
| | |
| CAPÍTULO 5: ENTREVISTAS TRANSICIONAIS | 69 |
| <i>Felipe.....</i> | <i>72</i> |
| <i>Rafael</i> | <i>76</i> |
| <i>Cláudia.....</i> | <i>81</i> |
| <i>Joana.....</i> | <i>86</i> |
| <i>Aparecida</i> | <i>90</i> |
| <i>Jessé</i> | <i>94</i> |
| <i>Eduardo.....</i> | <i>98</i> |
| <i>Francisco.....</i> | <i>104</i> |
| <i>Eva</i> | <i>110</i> |
| <i>Aline</i> | <i>113</i> |
| <i>Jéssica</i> | <i>117</i> |
| <i>Moacir.....</i> | <i>122</i> |
| <i>César.....</i> | <i>128</i> |

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 6: INTERLOCUÇÕES REFLEXIVAS | 132 |
| | |
| 6.1 – CAMPO 1: “APAGANDO INCÊNDIOS” | 135 |
| | |
| <i>6.1.1– A crise vivida pelo usuário e pelo familiar</i> | <i>136</i> |
| | |
| <i>6.1.2– O que facilita as crises?</i> | <i>140</i> |
| | |
| <i>6.1.3– Uma breve leitura winnicottiana sobre a crise emocional dos familiares.....</i> | <i>146</i> |
| | |
| <i>6.1.4– Estratégias de cuidado da equipe do CAPS AD para as crises dos familiares</i> | <i>150</i> |
| | |
| <i>6.1.5– Desmonte do SUS e da Reforma Psiquiátrica: novos incêndios emocionais</i> | <i>162</i> |
| | |
| 6.2 – CAMPO 2: “O PESO DAS CINZAS”..... | 167 |
| | |
| <i>6.2 .1– O mal-estar vivido pelos profissionais do CAPS AD</i> | <i>173</i> |
| | |
| <i>6.2 .2– O mal-estar constratransferencial do pesquisador</i> | <i>178</i> |
| | |
| <i>6.2.3 – Divergência 01: O papel da família no CAPS AD.....</i> | <i>181</i> |
| | |
| <i>6.2.4– Divergência 02: A compreensão sobre o sofrimento crônico dos familiares</i> | <i>187</i> |
| | |
| <i>6.2.5– O impacto das divergências nas estratégias de cuidado</i> | <i>194</i> |

| | |
|--|------------|
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 203 |
| REFERÊNCIAS | 209 |
| ANEXO I. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 247 |
| ANEXO II. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO | 250 |

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Apresento a você, caro leitor, a história desta pesquisa...

O meu interesse em saúde mental provém dos meus estudos de Graduação, quando fiquei fascinado pelo universo do cuidado profissional destinado ao alívio do sofrimento humano. Durante a faculdade, escolhi como ênfase estágios em saúde mental e políticas públicas¹ que me possibilitaram viver experiências significativas que contribuíram para a minha formação como psicólogo.

Nos estágios da Clínica-escola, no atendimento a pacientes internados no Hospital da PUC-Campinas e no grupo terapêutico que conduzi no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), aprendi sobre a importância do cuidado profissional que é oferecido às pessoas. Nessas experiências, percebi a indissociabilidade entre a saúde mental e os estudos psicossociais que oferecem uma leitura crítica e contextualizada do sofrimento de uma população que vive o desamparo provocado pela desigualdade social.

Diante dos casos de pessoas em uso dependente de álcool que encontrei nos estágios, decidi aprofundar os meus estudos na área de família e dependência química sob a supervisão da Profa. Dra. Tânia Mara Marques Granato – orientadora da presente pesquisa. Em nosso grupo de pesquisa, coordenado pela Profa. Tânia Granato, são desenvolvidos diferentes estudos na área da parentalidade, como a transição para a parentalidade, novas configurações familiares e famílias em situações de crise. Decidi trilhar o caminho do meu Mestrado nessa última categoria, composta pelas pesquisas² que investigam o sofrimento emocional no seio familiar.

¹ Os referidos estágios em Saúde Mental e Políticas Públicas me aproximaram do campo de estudos da Psicologia Clínica de orientação psicanalítica e da Psicologia Social Crítica.

² Para o leitor interessado destacamos as pesquisas de Aching (2013); Aching (2017); Mesquita (2021); Miranda (2016) e Silva (2020) como modelos emblemáticos de estudos em nosso grupo de pesquisa sobre o sofrimento familiar em contextos desafiadores ou de crises existenciais.

Durante minha pesquisa de Mestrado³ entrevistei filhos adultos de pessoas que fazem uso dependente de álcool para compreender o sofrimento vivido por essa população. Fiquei profundamente tocado pelas histórias de vida dos participantes que narraram em primeira pessoa as experiências do passado, marcado por traumas, feridas e angústias frente à dinâmica familiar. Apesar dos profundos impactos afetivos, os participantes da pesquisa de Mestrado puderam elaborar o vivido e encontrar saídas criativas para ressignificar as experiências que ameaçavam a continuidade do *self*.

Confesso a você, caro leitor, que ao estudar o tema percebi que todos os membros da família da pessoa que faz uso dependente de álcool sofre, cada um a seu modo, o que inclui os filhos, o cônjuge, os demais familiares e o próprio indivíduo que faz uso da substância. Desse modo, após concluir o Mestrado, me questionei: O que existe de cuidado profissional para aliviar o sofrimento dos familiares?

Esse questionamento ressoou dentro de mim, fomentando novas dúvidas e a necessidade de buscar respostas. Senti que precisava desbravar um território desconhecido, visto que não conhecia nenhuma intervenção ou manejo clínico adaptado às necessidades dos familiares além dos Grupos de Mútua Ajuda⁴ como estratégia de cuidado. Por essa razão, decidi investigar a literatura especializada. Consultei um interessante material bibliográfico para explorar práticas de cuidado profissional aos familiares. Ao fichar esses textos, me deparei com uma carência de produção acadêmica

³ Carias, A.R. (2018). *Uma compreensão winnicottiana sobre o sofrimento de filhos de alcoolistas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, Brasil. 166p.

⁴ Grupos em que os familiares se reúnem para compartilhar experiências e refletir sobre o vivido. Não há profissionais da saúde mental, assim como não há menção a ideias ou recursos da Psicologia ou da Psiquiatria. Os Grupos de Mútua Ajuda possuem uma filosofia e literatura próprias para os seus membros, o que inclui livros, revistas e folders. Destacamos, a título de ilustração, os Grupos AL-ANON e os Grupos do Amor Exigente como entidades emblemáticas nessa modalidade de atendimento.

na área, bem como de instituições que oferecem intervenções voltadas aos familiares de pessoas que fazem uso dependente da substância.

Tendo realizado um levantamento de literatura especializada, observei que a maioria das intervenções provinham dos Estados Unidos e de países europeus, com destaque para a Inglaterra (Carias & Granato, no prelo)⁵. Apesar da carência de intervenções para familiares, há propostas de orientação comportamental, psicanalítica e sistêmica que visam aliviar o sofrimento e/ou qualificar a família como rede de apoio ao usuário. No Brasil percebi uma realidade particular: a maioria das intervenções aos familiares acontecem no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) e se fundamentam nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (Spagnol, 2018).

Considerando que na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) o CAPS AD é o principal equipamento que oferece atenção às necessidades das famílias de pessoas que consomem álcool e/ou drogas no Brasil, nos interrogamos sobre como o imaginário coletivo dos profissionais que ali trabalham sustenta suas práticas de cuidado para com a família dos indivíduos que fazem uso dependente de álcool.

Para responder a essa indagação, fizemos uso da pesquisa qualitativa (Stake, 2011; Flick, 2014) e do conceito de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica concreta (Aiello-Vaisberg & Machado, 2008). Compreendemos que o imaginário seja constituído por vivências e pressupostos inconscientes que organizam as condutas de indivíduos e

⁵ Para o leitor interessado recomendo a leitura de nosso artigo sobre as racionalidades teórico-metodológicas que guiam as práticas de cuidado profissional aos familiares de pessoas que fazem uso dependente de álcool. Nesse artigo identificamos que a maioria das intervenções provém dos Estados Unidos e de países do continente europeu, com destaque para a Inglaterra. Para o leitor interessado: Carias, A.R., & Granato, T.M.M. (no prelo, previsão de publicação no volume 40, 2023). Theoretical-Methodological Rationales in Caring for Family Members of People with Alcohol Use Disorders. *Estudos de Psicologia* (Campinas).

coletivos. Para acessá-lo, fizemos uso do método psicanalítico na pesquisa qualitativa e discutimos os resultados em campos de sentido afetivo-emocional.

José Bleger e Donald Winnicott são nossos principais interlocutores. Da contribuição teórica de Bleger destacamos os conceitos de campo e conduta, além da sua crítica social para uma saúde pública de qualidade. Já das inovadoras ideias que Winnicott traz para a clínica psicanalítica contemporânea, fizemos uso da perspectiva do cuidado afinado à necessidade, além dos conceitos que orientam sua visão de saúde e psicopatologia (Aiello-Vaisberg, 2004), como o de intrusão ambiental e uso defensivo do falso *self*.

Vejo que a organização desta tese reflete o processo de construção gradual de meus conhecimentos ao longo do Doutorado. Após a leitura de inúmeros artigos sobre a vivência dos profissionais e as práticas de cuidado aos familiares, quero crer que o presente trabalho ofereça uma reflexão relevante sobre como os profissionais do CAPS AD imaginam e vivenciam o cuidado a essa população.

Agora convido o leitor a apreciar a sequência de capítulos que organizam este trabalho. No primeiro, o conceito de imaginário coletivo é apresentado. Para alcançar esse propósito, resgato a reflexão filosófica de Politzer (1928/1998) em sua “Crítica aos Fundamentos da Psicologia e da Psicanálise” para definir a nossa posição psicanalítica. Na sequência, retomo a origem do conceito de imaginário coletivo para delimitá-lo como o objeto de estudo da tese, fazendo a distinção entre o conceito adotado das definições utilizadas por autores de outras vertentes teóricas.

No segundo capítulo, discorro sobre a exclusão social vivida pelas pessoas internadas nos manicômios à luz das ideias e autores que impulsionaram o movimento da Luta Antimanicomial. Abordo a Reforma Psiquiátrica no Brasil e o principal equipamento substitutivo do manicômio: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em

suas diferentes modalidades. Destaco o CAPS AD como equipamento de saúde para o cuidado das pessoas em uso dependente de substâncias e de seus familiares.

Como terceiro capítulo apresento o contexto histórico e os dilemas da inclusão dos familiares de usuários nos equipamentos de saúde da Reforma Psiquiátrica. Também discorro sobre a inclusão da família no CAPS AD e a experiência emocional dos familiares no âmbito dos encontros e desencontros entre o cuidado oferecido e as necessidades dessa população.

Já no quarto capítulo, descrevo as estratégias metodológicas utilizadas no presente estudo, abordo características da pesquisa qualitativa e do uso do método psicanalítico e defino a Entrevista Transicional (ET) como modalidade de entrevista psicológica de inspiração winnicottiana composta pela apresentação da Narrativa Interativa (NI) e posterior associação livre do participante. Também descrevo o Registro Associativo Inicial (RAI) realizado após cada entrevista e sua posterior elaboração em Narrativas Transferenciais (NT) que focalizam o encontro em sua tonalidade afetivo-emocional.

No quinto capítulo, apresento o material narrativo produzido. Por meio dos desfechos das NI e dos relatos das NT espero que o leitor experimente imaginativamente minhas vivências no encontro com cada participante. E, no sexto e último capítulo, proponho interlocuções reflexivas sobre o material narrativo. Os campos de sentido afetivo-emocional visam desvelar os pressupostos inconscientes que sustentam o imaginário coletivo dos profissionais sobre o cuidado aos familiares no CAPS AD.

Agora que você já conhece as intenções que inauguraram a presente pesquisa, te convido a apreciar o trabalho! Ao prosseguir com a leitura espero que, além de obter informações sobre o assunto, você possa viver uma experiência (Benjamin, 1936/1996) e refletir sobre o vivido (Ogden, 2018). Afinal, a nossa proposta teórico-metodológica não se afina a premissas positivistas, visto que se fundamenta na perspectiva intersubjetiva de

ciência (Silva, 1993). Aqui fica o meu desejo de provocar reflexões e fomentar a discussão sobre o que vem sendo percebido e construído pela equipe do CAPS AD como cuidado possível e capaz de atender as necessidades dos familiares.

Será um enorme prazer se você puder viver essa experiência comigo!

CAPÍTULO 1: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Redigir a fundamentação teórica é esclarecer ao leitor o paradigma que guia nossa reflexão sobre o material de pesquisa. Resgatamos a contribuição de Kuhn (1962/1998) que argumenta que o conhecimento científico é construído dentro de paradigmas que buscam solucionar problemas. Cada paradigma teórico-metodológico possui uma linguagem própria que possibilita a análise dos fenômenos estudados. Considerando que nosso objeto de estudo é o imaginário coletivo de profissionais do CAPS AD sobre o cuidado aos familiares de pessoas que fazem uso dependente de álcool, elegemos o paradigma psicanalítico como fundamento da presente pesquisa.

Mezan (2014) explica que na história da psicanálise há dispersões geográficas, doutrinárias e institucionais que ao longo do tempo favoreceram a criação de diferentes escolas e teorias psicanalíticas. Apesar da complexidade dessa dispersão enriquecer a própria disciplina, ela dificulta a comunicação entre os pares, na medida em que cada psicanalista se orienta pela linguagem e raciocínio presentes em sua teoria de escolha.

Nossa posição psicanalítica, se assim podemos chamá-la, parte da filosofia de Politzer (1928/1998) que inspirado em autores marxistas e existenciais elaborou uma crítica aos fundamentos da psicologia e da psicanálise.

Politzer (1928/1998) critica a ciência psicológica de sua época que frequentemente explicava a conduta humana a partir de premissas idealistas. O autor argumenta que a psicologia se equivoca ao estudar processos mentais enquanto entidades autônomas e independentes. Para o autor essa qualidade de teorização psicológica produz uma objetivação do viver e transforma uma experiência humana em processos mentais abstratos.

Politzer (1928/1998) argumenta que o verdadeiro objeto de estudo da psicologia é o drama humano composto pelas histórias que são vividas pelas pessoas em suas diferentes culturas e significados. Diferente da psicologia idealista e abstrata⁶, Politzer enaltece a “psicologia dramática” pela sua potencialidade em desvelar a subjetividade através de uma compreensão histórica e existencial.

Partindo do pressuposto de que era necessário criticar os fundamentos das abordagens psicológicas, o filósofo planejou escrever obras que apontassem caminhos para a teoria da Gestalt, Behaviorismo e Psicanálise. Dentre as três abordagens, ele destaca que a psicanálise seria a psicologia por excelência e a que está mais afinada ao estudo do drama humano.

Apesar de falecer antes de finalizar suas obras, Politzer (1928/1998) analisa a produção freudiana e encontra um duplo discurso que, além de ser antagônico, favorece conflitos dentro da própria disciplina. O primeiro diz respeito à explicação positivista e mecanicista de Freud para os fenômenos emocionais. Já o segundo se ancora no drama humano que emerge nas narrativas dos pacientes.

Politzer (1928/1998) tece críticas a Freud e sua tentativa de importar ideias da Física para a compreensão da subjetividade humana. Conceitos como “aparelho psíquico”, “pulsão”, “energia” e “catexia”, por exemplo, são abstratos e distantes das experiências vividas pelas pessoas. O autor acredita que a riqueza da psicanálise reside em seu foco sobre o drama humano, tal como abordado por Freud como segundo discurso em suas obras.

O autor considera que Freud é quem inaugura a psicologia concreta ou psicologia dramática ao escutar a narrativa das pacientes histéricas como experiências que são dignas

⁶ Politzer (1928/1998) denomina essa psicologia idealista e abstrata como Psicologia Clássica.

da atenção profissional e científica⁷. Ele defende que a psicologia e a psicanálise abandonem a abstração e produzam um conhecimento empírico, científico e concreto em que os fatos psicológicos sejam descritos em primeira pessoa⁸.

Para esse filósofo, a experiência é sempre transformada em narrativa e contém múltiplos sentidos sobre o drama existencial. Essa ideia de Politzer (1928/1998) se afina com as contribuições de Ricoeur (1991) que, em sua filosofia, também aborda a narrativa como importante fator para a subjetivação humana⁹.

Ricoeur (1991) argumenta que o reconhecimento de si mesmo ao longo do tempo acontece por meio de uma identidade narrativa. O autor destaca que somente através de uma linguagem narrativa é que possível ao ser humano acessar as experiências vividas e construir uma interpretação de si próprio e da vida.

Destacamos que o drama humano abordado na presente pesquisa é o imaginário dos profissionais do CAPS AD sobre o cuidado aos familiares de pessoas que fazem uso dependente de álcool. Considerando que nossa pesquisa se fundamenta na psicanálise de orientação concreta, faz-se necessário tecer considerações sobre o conceito de imaginário coletivo visto o seu valor heurístico na elaboração deste estudo.

Observamos que a origem do conceito de imaginário coletivo provém das reflexões desenvolvidas por Aiello-Vaisberg (1995) no contexto de uma leitura psicanalítica das representações sociais. Moscovici (2003)¹⁰ é quem definiu as

⁷ Na época de Freud, o sofrimento emocional das pacientes histéricas era frequentemente rotulado como encenação ou fingimento. Nesse sentido, Freud é pioneiro ao acolher essas pacientes, escutá-las e inaugurar a clínica psicológica como a conhecemos hoje (Bleger, 1958/1963).

⁸ Bleger defende que para a construção de uma psicologia em primeira pessoa é necessário o abandono de explicações abstratas/herméticas em prol do retorno ao estudo da dramática humana. O autor assim se expressa: “La dramática constituye el verdadero núcleo central de la innovación de la psicología que Freud aportó” (Bleger, 1958/1963, p. 114).

⁹ Paul Ricoeur – filósofo francês que contribuiu com uma teoria da fenomenologia hermenêutica.

¹⁰ Serge Moscovici – psicólogo romeno/francês. Criador do conceito de representação social na Psicologia Social Européia.

representações sociais como expressões de um conhecimento prático que está presente no senso comum. De acordo com o autor, as representações sociais possibilitam a transformação de uma informação nova e/ou estranha em uma informação familiar, na medida em que o indivíduo busca interpretá-la a partir dos esquemas referenciais que já possui.

O processo de formação das representações sociais perpassa a ancoragem e a objetivação. A ancoragem é a função cognitiva que transforma a informação nova em familiar, já a objetivação é a função cognitiva que cristaliza essa informação, tornando-a integrada aos esquemas prévios do indivíduo. A relação dialética presente na ancoragem e na objetivação produz o constante movimento das representações sociais nos indivíduos e grupos (Moscovici, 2003).

Já Spink (1993) define a representação social como conhecimento prático adquirido pelo indivíduo através da mediação social. É a elaboração dos sujeitos quanto aos temas e/ou assuntos da sua vida particular ou coletiva, o que inclui representações sociais prévias e novas informações que estão sendo ancoradas para se tornarem familiares. De acordo com Spink, o estudo das representações sociais rompe com a retórica da verdade e da neutralidade científica, o que possibilita valorizar a vida cotidiana e o estudo científico do senso comum. É um conceito transdisciplinar que faz interface com fenômenos individuais e sociais e é heurísticamente fecundo para a pesquisa qualitativa em psicologia social.

Aiello-Vaisberg (1995) tece reflexões sobre o uso das representações sociais na pesquisa qualitativa de orientação psicanalítica. A autora analisa as dificuldades na definição do conceito e apresenta uma leitura psicanalítica das representações sociais que destaca a potencialidade dos aspectos afetivos e inconscientes, o que ultrapassa uma leitura cognitiva ou informacional do conceito de Moscovici (2003). A insuficiência

deste conceito para abarcar os fenômenos emocionais, conforme destacado por Aiello-Vaisberg (1995), demanda a elaboração do imaginário coletivo como conceito psicanalítico de orientação concreta (Aiello-Vaisberg & Machado, 2008), o que exige a retomada das ideias de Politzer (1928/1998) e de Bleger (1958/1963).

Porém, antes de retomar esses autores destacamos que os conceitos de imaginário e de imaginário coletivo são debatidos em diferentes disciplinas e por diferentes autores. Referimos, a título de ilustração, a perspectiva de Durand (1960/1998) que inspirado nas ideias junguianas elaborou uma teoria do imaginário que estuda os processos simbólicos de indivíduos e coletivos. Castoriadis (1975/1995) é outro autor interessado no imaginário como criação histórico-social de representações sobre a realidade, enquanto Lacan (1953/2005)¹¹ compreende o imaginário como um dos três registros da realidade.

Diante da diversidade de estudos sobre o imaginário, definimos a nossa posição a partir da contribuição de Bleger (1984/1963) que, inspirado em Politzer (1928/1998), propõe uma psicanálise fundamentada no drama humano.

Bleger (1958/1963) critica o idealismo presente na psicanálise e compreende que toda manifestação humana é conduta que emerge de campos. As condutas se expressam nas áreas mental, corporal ou do mundo externo e possibilitam a expressão pessoal e subjetiva. Já os campos se estruturam conforme o substrato afetivo-emocional, as relações interpessoais e as condições concretas do viver.

Na perspectiva em que trabalhamos o conceito de imaginário coletivo contempla o movimento dialético entre os campos e as condutas que emergem desses campos e que são sentidas, vividas ou atuadas pelas pessoas. Nessa dialética, observamos as condutas dos indivíduos que são sustentadas por um substrato de caráter inconsciente que denominamos de campos de sentido afetivo-emocional.

¹¹ Lacan (1953/2005) defende a existência de três registros da realidade humana: o Real, o Simbólico e o Imaginário.

“Define-se um campo como o conjunto de elementos coexistentes e interatuantes em um dado momento (...). A conduta é sempre o emergente de um campo, emergente que pode recair de forma predominante sobre o indivíduo ou sobre os outros elementos que o integram. A parte do campo ou da situação que rodeia o indivíduo denomina-se contexto ou meio, reservando-se a designação de meio ambiente para o contexto social, humano” (Bleger, 1963/1984, p. 37).

Inspirados nas reflexões de Bleger (1958/1963) sobre a dialética na psicanálise, destacamos que nos campos e condutas que constituem o imaginário coletivo há uma constelação de sentidos que desvelam os afetos, concepções, crenças, valores, vivências, potências, angústias e defesas das pessoas.

Essa constelação de sentidos possibilita investigar como indivíduos e coletivos concebem determinados assuntos ou temas, porém, sem dissociar da discussão científica os afetos vividos pelos participantes, o que revela a nossa adesão a uma perspectiva intersubjetiva de ciência (Silva, 1993) para a produção do conhecimento psicológico.

CAPÍTULO 2: CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Neste capítulo, o leitor é convidado a conhecer o contexto histórico-social para a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Dividimos o capítulo em cinco subitens. No primeiro, resgatamos o fenômeno da violência e exclusão social das pessoas que vivem a experiência da loucura.¹² Identificamos discursos e práticas de exclusão que, ao longo da história, legitimaram ações de opressão e violência. No segundo, descrevemos os movimentos de ruptura manicomial. Já no terceiro, apresentamos as ideias de Franco Basaglia e da Psiquiatria Democrática Italiana. O contexto histórico-social do Sistema Único de Saúde (SUS) e as experiências pioneiras da Reforma Psiquiátrica constituem o quarto subitem. Finalmente, como quinto e último assunto apresentamos o percurso social e político da Reforma Psiquiátrica no Brasil que culminou na aprovação da Lei 10.216 de 2001¹³.

2.1 Violência e Exclusão Social

No primeiro subitem deste capítulo abordamos o fenômeno da violência e exclusão social das pessoas que sofrem com a experiência da loucura. Realizamos uma breve contextualização histórica a fim de situar o leitor sobre os discursos que legitimaram atos de violência e exclusão.

Com esse propósito, apresentamos a contribuição de Pessotti (1995) que teceu reflexões sobre a experiência da loucura no Mundo Antigo. De acordo com o autor, o ato

¹² Utilizamos aqui o termo “experiência da loucura” para abarcar as condições de sofrimento emocional vividas por pessoas com sinais e sintomas característicos de quadros psiquiátricos, como por exemplo, a esquizofrenia ou o uso dependente de álcool e drogas.

¹³ Lei da Reforma Psiquiátrica do Brasil.

de enlouquecer era socialmente interpretado como obra dos deuses, podendo se originar de um capricho divino ou de uma heresia cometida pelo indivíduo.

O ato de enlouquecer era visto como uma prova viva da mitologia nas culturas egípcia, grega e romana do Mundo Antigo. A loucura era vista como manifestação celestial cercada de mistério e sacralidade. Hipócrates foi um dos primeiros a questionar essa visão. Ele rejeitou as explicações da mitologia grega e elaborou a hipótese biológica dos humores corporais¹⁴ (Pessotti, 1995).

Pessotti (1995) esclarece que as interpretações mitológicas e a perspectiva de Hipócrates perderam força no começo da Idade Média em face da ascensão de uma doutrina demonista sobre a experiência da loucura. Os pensadores do mundo medieval compreendiam a loucura a partir da tradição judaico-cristã que interpreta o sofrimento humano como fruto do pecado e ação do demônio. Assim, as sensações, pensamentos e comportamentos desviantes da normalidade da época eram justificados por supostas possessões demoníacas. Nestes casos, o tratamento utilizado era o exorcismo e o medo do sobrenatural acabou fortalecendo a violência e a exclusão dos “loucos”.

Dametto e Esquinsani (2017) argumentam que a doutrina demonista fortaleceu a opressão de gênero na Idade Média. As mulheres em sofrimento emocional ou com condutas desviantes eram interpretadas pela população como bruxas possuídas pelo demônio. Os autores ressaltam que essa interpretação religiosa favoreceu a morte de inúmeras mulheres nas fogueiras da Inquisição.

Já no Renascimento há uma ruptura com a doutrina demonista. Foucault (1961/1978) esclarece que nesse período há uma associação entre a experiência da loucura e a criatividade. Essa associação está articulada a uma ampla discussão filosófica

¹⁴ Hipócrates elaborou a teoria dos humores corporais. Nesta perspectiva do Mundo Antigo cada um destes humores ou líquidos corporais afetariam as sensações, pensamentos e comportamentos das pessoas (Pessotti, 1995).

sobre a Razão enquanto categoria que organiza a vida em sociedade. A ausência da Razão diminui a censura e, assim, abre a possibilidade para as interpretações criativas sobre a vida.

Foucault (1961/1978) apresenta diferentes obras da literatura que apresentam essa visão da loucura como experiência criativa. Dentre essas obras resgatamos, a título de ilustração, a história de Dom Quixote. O personagem criado por Cervantes (1605/2010) é um fidalgo que se interessa tanto pelas histórias de cavalaria da Idade Média que perde a Razão após a leitura de muitos livros.

Dom Quixote passa a acreditar na veracidade daquelas histórias e decide viajar para lutar contra as inúmeras criaturas mágicas presentes nos livros. Nessas viagens ele conhece Sancho Pança que se torna o seu fiel escudeiro e amigo. Dom Quixote enfrenta inimigos imaginários e atrai a atenção dos moradores das cidades. Ele é um personagem emblemático da loucura no Renascimento (Cervantes, 1605/2010; Foucault, 1961/1978).

Para Perin e Oliveira (2019) a história de Dom Quixote desvela a emergência de uma nova organização social em que a tradição judaico-cristã perde força diante da retomada dos ideais clássicos e da emergência das ideias científicas. Nesse contexto, a loucura está associada a uma sabedoria inacessível ao senso comum. Porém, as autoras destacam as cenas em que Dom Quixote é tratado com escárnio e chega a ser agredido fisicamente, revelando a violência e a exclusão social da época.

Foucault (1961/1978) elabora uma hipótese explicativa para a existência dessa violência e exclusão social. O autor faz um breve retorno à Idade Média para descrever os impactos sociais da lepra¹⁵ nas práticas e discursos sobre a loucura.

¹⁵ A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa que produz lesões na pele e nos nervos. A bactéria *Mycobacterium leprae* é o agente patógeno. No passado a hanseníase era denominada “lepra”, mas a doença recebeu uma nova nomenclatura em função do estigma associado à figura do leproso (Lastória & Abreu, 2012; Pessotti, 1995).

Na Idade Média não havia um tratamento para a doença e os indivíduos infectados eram isolados da sociedade, sendo frequentemente alocados em leprosários. Essa enfermidade era considerada uma manifestação de Deus e inúmeras justificativas religiosas e culturais foram sendo tecidas para a exclusão social do leproso. Porém, com o desaparecimento da lepra no final das Cruzadas¹⁶, as pessoas que eram consideradas loucas assumiram o lugar do leproso nessa estrutura social de exclusão (Foucault, 1961/1978).

Os antigos leprosários da Idade Média foram sendo convertidos na Idade Moderna em casas de internamento ou “hospitais gerais”. Prevalencia nesses lugares um ambiente repressor e uma dinâmica semijurídica que inviabilizava qualquer proposta de tratamento. As monarquias e burguesias ascendentes passaram a utilizar os hospitais gerais para o isolamento social de pessoas que sofriam com a experiência da loucura, desemprego, miséria e fome. As minorias e os opositores ao sistema social também eram frequentemente internados, o que tornava a internação um assunto da polícia (Foucault, 1978/1961).

Segundo Pessotti (2001), essa realidade prevaleceu até o século XIX. O autor destaca que Philippe Pinel (1745-1826)¹⁷ inaugurou uma proposta de tratamento para a loucura e forneceu as bases teóricas para uma psiquiatria incipiente. Desse modo, durante o século XIX os “hospitais gerais” foram sendo substituídos pelos manicômios. Pessotti destaca que essa instituição psiquiátrica assumiu o poder político e social de regular a liberdade dos internos a partir dos critérios médicos da época.

¹⁶ Foucault (1961/1978) levanta a hipótese de que o desaparecimento da lepra no final da Idade Média ocorreu devido ao fim das Cruzadas e da diminuição de rotas/caminhos de contaminação entre os povos.

¹⁷ Pinel (1801/2004) elabora diferentes hipóteses biológicas e morais para o sofrimento mental. Observamos que o autor recomenda a exclusão social dos pacientes como componente do tratamento psiquiátrico da época.

Goffman (1961/1974) compreende o manicômio como uma instituição capaz de aniquilar a subjetividade. De acordo com o autor, o manicômio é uma instituição total, e como tal propõe a reclusão social e o controle externo sobre a vida dos internos. Se na vida cotidiana as pessoas dormem, trabalham e se divertem em lugares diferentes, nas instituições totais há uma ruptura com essa separação e/ou divisão nas esferas da vida.

Segundo Goffman (1961/1974), o interno perde a sua liberdade na medida em que há uma autoridade externa que determina a sua rotina. Portanto, toda e qualquer expressão espontânea e subjetiva do indivíduo tende a ser minada pelas características de uma instituição que o vigia e controla. O autor esclarece que há três fases na trajetória do interno de um manicômio. Essas fases desvelam a violência e a exclusão social do manicômio.

A primeira é denominada de “pré-paciente” e engloba um conjunto de experiências que antecedem a internação do indivíduo. Os sintomas físicos e emocionais que acompanham a experiência da loucura angustiam o indivíduo e seus familiares. E desse sofrimento decorre o conflito vivido pelo “pré-paciente”, que se sente tão impotente diante da doença mental que se anuncia quanto traído pelas pessoas significativas que o encaminham para o manicômio (Goffman, 1961/1974).

A segunda fase descrita por Goffman (1961/1974) começa quando o novo interno percebe que os seus direitos estão sendo violados. Nesta fase há uma vivência de abandono que desencadeia no indivíduo o processo de luto pela perda da vida pregressa e a percepção de que está entregue às ordens das autoridades institucionais. O indivíduo vivencia humilhações que abalam a sua identidade, visto que há o confisco de objetos pessoais, desfiguração da aparência, impossibilidade de privacidade e obrigação em participar de atividades ou rituais impostos pela instituição. Há uma perda do próprio nome em prol de um apelido que o objetifica e humilha.

O autor ressalta a existência da violência física no manicômio que se manifesta nas agressões, nas lobotomias¹⁸ e nas terapias de choque. A sujeira presente nesta instituição é um símbolo de depravação da condição humana que resulta na naturalização das contaminações, adoecimentos e mortes dos internos (Goffman, 1961/1974).

Já a terceira e última fase descrita pelo autor abarca o período posterior à alta hospitalar, o que inaugura a condição de um ex-interno. Goffman (1961/1974) informa que raríssimos casos alcançam esse estágio e aqueles que o alcançam descrevem os horrores do manicômio. A internação afeta a identidade e a capacidade elaborativa do indivíduo. Diante dessa exclusão e violência, surgiram diferentes movimentos de contestação do manicômio e da psiquiatria manicomial.

2.2 Movimentos de Ruptura Manicomial

Cézar e Coelho (2017) apresentam três grandes grupos que abrigam as perspectivas de oposição à psiquiatria manicomial. No primeiro grupo, estão as propostas que visam reformar o manicômio, transformando-o em uma instituição terapêutica que oferece maior liberdade aos internos. Já no segundo grupo, há defensores de um trabalho asilar com serviços e/ou atividades em outros espaços e relações. Finalmente, no terceiro grupo, estão reunidos os profissionais que renunciam ao manicômio e suas práticas e inauguram o cuidado em saúde mental fundamentado na liberdade e na inclusão social dos pacientes.

Considerando que nosso interesse reside na Reforma Psiquiátrica do Brasil, focalizaremos nossa atenção no último grupo citado por Cézar e Coelho (2017). Spohr e Schneider (2009) argumentam que há duas perspectivas teóricas que fazem ruptura com

¹⁸ Lobotomia é uma cirurgia no cérebro realizada nos manicômios do século XIX. Trata-se de uma prática médica que produzia graves prejuízos na personalidade, cognição e locomoção dos internos (Pessotti, 2001).

as práticas manicomiais. A primeira perspectiva é denominada de Antipsiquiatria e abarca os autores que questionam o conceito de “doença mental” e os seus pressupostos biologizantes. Nesta corrente destacam-se a obra de David Cooper (1931-1986) e Ronald D. Laing (1927-1989) e suas contribuições quanto à implicação das relações sociais e políticas na constituição do sofrimento vivido na experiência da loucura. Já a segunda perspectiva é a Psiquiatria Democrática que tem em Franco Basaglia (1924-1980) o seu principal expoente. Basaglia defende a criação de serviços democráticos, inclusivos e com equipes multiprofissionais para a substituição do sistema manicomial.

Os autores de ruptura com as práticas manicomiais receberam influências do materialismo histórico-dialético e do pensamento fenomenológico-existencial. Esses autores elaboraram críticas à psiquiatria objetivante que reduz a experiência da loucura a causas orgânicas e menospreza a subjetividade e o impacto das condições concretas de vida no sofrimento humano (César & Coelho, 2017; Santos, 2006).

Se no manicômio as pessoas são silenciadas, nesses Movimentos de Ruptura Manicomial elas ganham voz para narrar as suas experiências (Laing, 1982/1983). Consideramos que as perspectivas de ruptura manicomial contribuíram para a valorização da subjetividade e inclusão social das pessoas que vivem a experiência da loucura. Elas questionaram os pressupostos da psiquiatria manicomial e estabeleceram condições para a elaboração de novos equipamentos e serviços que substituíram os manicômios.

De acordo com Cooper (1967/1985), a psiquiatria manicomial exclui a subjetividade por se fundamentar em uma racionalidade analítica que compreende o ser humano como fato inerte, tal como uma pedra ou uma reação física que deve ser observada sem a implicação do profissional ou pesquisador. O autor destaca que esta racionalidade trabalha com a probabilidade dos fatos e a total desconsideração pela liberdade e subjetividade humana. Já os Movimentos de Ruptura Manicomial trabalham

com uma racionalidade dialética que valoriza a liberdade, as relações interpessoais e a ontologia do indivíduo. O movimento dialético convoca o olhar dos profissionais e pesquisadores para a subjetividade e potencialidade humana assim como para as contradições do real.

Cooper (1967/1985) também argumenta sobre a invalidação social enquanto modalidade de violência presente nos discursos e práticas manicomiais que depreciam as experiências¹⁹ humanas. Por esta razão, Laing (1982/1983) está na contramão da invalidação ao dar voz às narrativas dos pacientes e valorizar os seus múltiplos sentidos.

No que concerne à Reforma Psiquiátrica no Brasil, destacamos a influência de Franco Basaglia e de sua *Psiquiatria Democrática Italiana*. Portolese, Figueiredo e Mascarenhas (1979) informam que Basaglia foi professor da Universidade de Pádua de 1948 até 1961 quando renunciou a cátedra para assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália.

Neste hospital, Basaglia eliminou as grades e medidas de contenção com a finalidade de devolver aos internos uma condição mínima de dignidade. O psiquiatra também fomentou espaços para a realização de assembleias nas quais os pacientes narravam as suas experiências, angústias e discordâncias quanto ao tratamento. O médico italiano concluiu, a partir da experiência em Gorizia, que a liberdade e a dignidade humana são fatores inegociáveis para a recuperação da saúde mental e que essa recuperação ou reabilitação somente poderia ser alcançada com a refutação do manicômio (Basaglia, 1979).

¹⁹ A contribuição de Cooper (1967/1985) quanto ao fenômeno da invalidação social nos recorda a contribuição de Buber (1923/2001) quanto ao estabelecimento crônico e desumanizante de relações EU – ISSO.

De acordo com Portolese, Figueiredo e Mascarenhas (1979) Basaglia assumiu o Manicômio de Trieste em 1971 e desenvolveu uma política de desmantelamento do hospital em prol da criação dos serviços substitutivos em saúde mental.

Basaglia conseguiu grandes vitórias nesta empreitada, quando diminuiu o número de internos, concretizou uma proposta alternativa de serviços e inaugurou espaços para a interlocução reflexiva entre pacientes, familiares, profissionais e políticos. O psiquiatra italiano teceu profundas críticas à lógica manicomial e se tornou uma das principais referências na luta contra os manicômios e suas práticas (Portolese, Figueiredo e Mascarenhas, 1979).

2.3 As ideias de Franco Basaglia

Basaglia (1968/1985) argumenta que há três tipos de relação estabelecida entre o psiquiatra e o paciente. Na relação do tipo aristocrático há um pagamento pelo conhecimento técnico do médico, estando o enquadre da relação condicionado pelo poder econômico do paciente. No tipo mutualista de relação há uma desvantagem para o paciente que se vê sem recursos econômicos. Diante da vontade do médico que se impõe, o paciente se defende com a sua consciência político-social ou com os seus conhecimentos em saúde. Finalmente, na relação de tipo institucional o paciente é silenciado pela voz do psiquiatra. Vivendo profunda situação de vulnerabilidade, o paciente é internado no manicômio e sofre prejuízos sociais e subjetivos.

Basaglia (1968/1985; 1979) conclui que o manicômio é uma instituição de violência que destrói a subjetividade das pessoas. Por esta razão, ele convida a sociedade a refutar o manicômio e todas as suas práticas. O autor defende a liberdade e a valorização da subjetividade como ingredientes fundamentais para o tratamento. Portanto, Basaglia argumenta sobre a necessidade de fechar todos os manicômios e inaugurar novos serviços

de saúde mental capazes de respeitar os pacientes e reintegrá-los à vida em sociedade. Segundo o autor, esses serviços substitutivos ao manicômio devem se fundamentar em uma racionalidade dialética que acolhe as contradições do real.

Basaglia (1968/1985) argumenta que a liberdade inaugura uma nova dimensão nas relações interpessoais. Os pacientes retomam a sua cidadania e descobrem que são merecedores de experiências significativas e gratificantes. Segundo o autor, os serviços substitutivos em saúde mental possibilitam um tratamento fundamentado nas necessidades humanas. Para Basaglia, o cuidado em saúde mental envolve ações políticas que objetivam garantir qualidade de vida para a recuperação do paciente. Dentre essas ações, destacamos o acesso à alimentação, saúde, emprego e educação de qualidade. Além disso, o autor reconhece que a complexidade da experiência da loucura convoca outros saberes além do psiquiátrico. Deste modo, o autor convida psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos clínicos, dentre outros profissionais, para compor uma equipe para o cuidado em saúde mental.

Segundo Goulart (2008), a luta de Basaglia pelo fechamento dos manicômios culminou em 1978 com a aprovação da Lei 180 que define a Reforma Psiquiátrica na Itália. A autora destaca duas mudanças estruturais estabelecidas por essa lei. A primeira é a regulamentação do tratamento para os casos graves em saúde mental, o que impossibilita atos de violência como os sequestros e as internações no manicômio. Nesta nova perspectiva, o paciente é indicado para o tratamento após passar por uma avaliação médica e pela avaliação da comunidade e do prefeito. O tratamento deve ocorrer em um serviço extra-hospitalar de base comunitária e o paciente tem o direito de escolher o local e a equipe de sua preferência. Já a segunda mudança estrutural propõe o fim da internação em hospital psiquiátrico e a desativação destas instituições que foram substituídas pelos serviços alternativos de saúde.

Basaglia veio ao Brasil no ano de 1979. Ele participou de conferências nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte²⁰. Na cidade do Rio de Janeiro foi uma das ilustres presenças no Primeiro Simpósio Internacional de Psicanálise. Esse evento também contou com a presença de outros grandes intelectuais que contribuíram com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, como Erving Goffman, Thomas Szasz, Ronald David Laing e Felix Guattari (Goulart, 2008).

As conferências de Basaglia foram reunidas no livro “A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática”. Nesta obra, elaborada pelo próprio psiquiatra italiano, observamos que as conferências no Brasil abordaram os temas da ruptura com o sistema manicomial e as alternativas ao hospital psiquiátrico. O livro contém 13 conferências durante as quais a platéia interagia com o apresentador. No decurso das discussões emerge uma preocupação da plateia com a realidade brasileira que é historicamente marcada pela opressão e desigualdade social (Basaglia, 1979). Os debates destas conferências inspiraram propostas para uma Reforma Psiquiátrica no Brasil na qual os serviços em saúde mental fossem de base comunitária e adaptados às necessidades da nossa população.

2.4 O SUS e as experiências pioneiras na Reforma Psiquiátrica do Brasil

Em 1978 surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) com a finalidade de reunir pessoas interessadas em discutir a construção de uma saúde que acolhesse todos os brasileiros, inclusive os cidadãos que sofrem com o adoecimento mental. Membros desse movimento participaram do evento internacional de psicanálise que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro em 1979 e que contou com a participação de Franco Basaglia (Amarante & Nunes, 2018).

²⁰ As conferências brasileiras ocorreram no ano de 1979. Essas conferências ocorreram um ano após a aprovação da Lei 180 que estabelece o fechamento dos manicômios da Itália (Basaglia, 1979).

O vínculo do MTSM com o psiquiatra italiano fomentou a construção de saberes e práticas quanto ao futuro da saúde mental e coletiva do Brasil. A parceria entre o MTSM e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) facilitou a organização de comissões de saúde mental em vários estados. Essas comissões discutiam estratégias políticas e sociais para a saúde mental e coletiva do país (Amarante & Nunes, 2018).

No ano de 1979 o CEBES apresenta à Câmara Federal o documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, o qual parte de uma contextualização histórico-social sobre a realidade da saúde dos brasileiros da década de 1960 até 1979 para chegar à proposição de um novo sistema de saúde.

O cenário devastador em que há aumento da mortalidade infantil, doenças endêmicas, sofrimento mental, baixo nível nutricional, desemprego, miséria e fome leva a constatação de que as políticas neoliberais aplicadas a saúde deixavam a população brasileira desamparada quanto ao atendimento médico ou de outros profissionais. Para a superação desta política anti-popular e anti-democrática, o documento apresenta a proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS) que atenda as necessidades de nossa população (CEBES, 1979).

A proposta do SUS se baseia no reconhecimento da saúde enquanto direito universal e permanente dos cidadãos. O Estado se tornaria o responsável pela criação e gestão do SUS e de sua política nacional de saúde a qual inclui o cuidado para com as pessoas que sofrem com a experiência da loucura (CEBES, 1979).

A Constituição de 1988 prevê que a saúde seja direito de todos os brasileiros e estabelece a existência do SUS enquanto um sistema descentralizado que está presente nas esferas federal, estadual e municipal. O SUS oferece atendimento integral em saúde, o que ultrapassa a abordagem médica de saúde-doença. Nessa ótica, a participação da

comunidade favorece a fiscalização dos serviços e a troca democrática de perspectivas e saberes (Brasil, 1988).

O SUS fiscaliza procedimentos, produtos, substâncias, alimentos e o seu respectivo teor nutricional. Ele também é responsável pelas políticas e ações de saneamento básico, saúde do trabalhador, vigilância sanitária e epidemiológica. Colabora com a proteção do meio ambiente e contribui com a formação de recursos humanos na área da saúde. Organiza a saúde do país nos níveis primário, secundário e terciário (Brasil, 1988, 1990).

O SUS e a Reforma Psiquiátrica estão profundamente entrelaçados. Os dois surgem na redemocratização do país e buscam garantir saúde e qualidade de vida de forma ética e respeitosa aos cidadãos brasileiros (Onocko-Campos, 2019). Segundo Amarante e Nunes (2018), na mesma época surge o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) que fomenta inúmeras discussões e encontros em prol de uma “sociedade sem manicômios” (p. 2069).

Dessas discussões e encontros político-sociais nascem as primeiras experiências de serviços substitutivos à lógica manicomial. Esses serviços foram inspirados na produção de Basaglia (1968/1985; 1979) e apresentam características singulares, conforme as necessidades do público atendido.

A primeira experiência ocorreu em 1980 na cidade de Santos (SP). A reorganização da Casa de Saúde Anchieta e sua posterior desativação em prol dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) inspirou o projeto de lei 3.657/1989 que foi posteriormente aprovado em 2001 como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Luzio & L’Abbate, 2006).

A experiência da cidade de São Paulo (SP) começou em 1987 com a fundação do Centro de Atenção Psicossocial “Professor Luiz da Rocha Cerqueira”, popularmente

conhecido como CAPS Itapeva. Esse serviço oferecia atendimento multiprofissional em saúde mental próximo ao centro de São Paulo (Luzio & L'Abbate, 2006).

Já na cidade de Campinas (SP) a experiência que inaugura a nova lógica ocorreu em 1990 com o acordo de co-gestão da prefeitura com o antigo Hospital Psiquiátrico Dr. Cândido Ferreira. Tal iniciativa se caracterizou pela transformação do manicômio em uma complexa rede de serviços substitutivos de saúde mental (Luzio & L'Abbate, 2006). De acordo com Tenório (2002), os serviços pioneiros de NAPS e CAPS contavam com equipes multiprofissionais e atendiam diferentes níveis de adoecimento.

2.5 A concretização da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Recuperamos algumas portarias e documentos federais para compreender como se deu a concretização da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Na portaria federal nº 189, de 1991, temos a regulamentação dos NAPS/CAPS como serviços do SUS. Na portaria nº 224, de 1992, são descritas as funções desses equipamentos.

Nessa época, a equipe mínima dos NAPS/CAPS era composta por um psiquiatra, um enfermeiro e quatro profissionais de nível superior na área da saúde o que incluía o psicólogo, o terapeuta ocupacional e o assistente social. Estava previsto que esses equipamentos de saúde oferecessem atendimento individual ao usuário (psicoterapia, orientação ou avaliação medicamentosa) e atendimento grupal. Destaca-se que o atendimento aos familiares também estava previsto seja a nível individual ou grupal (Brasil, 1991; 1992).

De acordo com Tenório (2002) durante as décadas de 1980 e 1990 os modelos pioneiros de NAPS e CAPS se fortaleceram e inspiraram práticas em todo o país. A criação de novos NAPS e CAPS e a discussão sobre saúde mental pública fomentou

debates e ideias. Em 2001, foi aprovada a Lei 10.216 que redireciona o modelo de atenção em saúde mental do Brasil. Ela foi inspirada na Lei italiana de Reforma Psiquiátrica.

Observamos que a Lei 10.216, de 2001, determina que todo(a) usuário(a) dos serviços de saúde mental usufrua de um tratamento que respeite a sua liberdade e subjetividade. O(a) usuário(a) tem livre acesso aos meios de comunicação, garantia de sigilo ético-profissional, direito à assistência multiprofissional, direito ao esclarecimento de dúvidas e participa ativamente na elaboração do seu tratamento. A lei determina o desmonte da estrutura manicomial e garante a existência de serviços extra-hospitalares e de base comunitária (Brasil, 2001).

Delgado (2011) argumenta que a Lei da Reforma Psiquiátrica se sustenta nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A universalidade garante a todos os brasileiros o acesso a serviços de saúde mental. A equanimidade garante que o atendimento multiprofissional seja adaptado à demanda. A descentralização distribui as responsabilidades entre federação, estados e municípios. A integralidade propicia a reinserção social da pessoa como cidadão. Já o controle social garante a fiscalização do processo.

Recuperamos a portaria federal nº 336/2002, que define os CAPS como os serviços substitutivos inseridos no território do usuário. Ela também prevê atendimento a usuários e familiares. As diferentes modalidades de CAPS inauguradas por essa portaria de 2002 substituem o modelo NAPS/CAPS das portarias anteriores. Assim, surgem os CAPS I, II e III; CAPS-Infantil e CAPS Álcool e Drogas (Brasil, 2002).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela portaria 3.088 de 2011. Essa portaria amplia e diversifica a atenção em saúde mental no SUS. Ela estrutura uma rede de equipamentos de saúde para o exercício do cuidado. Dentre esses equipamentos

há o CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), local onde foram realizadas as entrevistas para esta pesquisa.

A RAPS é composta por cinco níveis de atenção multiprofissional. No primeiro nível temos a Atenção Básica em Saúde que contém a Unidade Básica de Saúde (UBS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Consultório na Rua que atende pessoas sem moradia. A Atenção Básica é a porta de entrada para os demais serviços do SUS e ela é responsável pela primeira abordagem em saúde, o que inclui a saúde mental.

O segundo nível da RAPS é a Atenção Psicossocial Especializada que inclui as diferentes modalidades de CAPS. Os serviços da Atenção Especializada acompanham os casos de média e alta complexidade e matriciam as atividades de saúde mental na Atenção Básica. Neste nível está o CAPS AD, ambiente de trabalho dos participantes deste estudo de doutorado.

O terceiro nível é a Atenção à Urgência e Emergência que contém os serviços de resgate e atendimento imediato em saúde, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Prontos Socorros (PS). Já a Atenção Residencial de Caráter Transitório contempla as Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção de Regime Residencial para as necessidades das pessoas em vulnerabilidade social e/ou familiar e que precisam de um acolhimento de caráter transitório para sua reorganização pessoal.

A Atenção Hospitalar é o último nível da RAPS e compreende a Enfermaria em Hospital Geral e os Serviços Hospitalares de Referência no cuidado a pessoas que vivem com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso dependente de álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

Ressaltamos que o cuidado às pessoas na RAPS acontece pela elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Pinto et al. (2011) investigam a construção de um

PTS no CAPS usando uma abordagem qualitativa com entrevistas semiestruturadas, grupos focais e observação sistemática. Os autores compreendem que o PTS é construído conforme as necessidades dos usuários do CAPS, o que envolve a participação dos profissionais, do usuário e da família para a escolha das práticas de cuidado a serem incluídas no PTS. Já Jorge, Diniz, Lima e Penha (2015) estudam o apoio matricial entre o CAPS e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na elaboração do PTS por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais e usuários. Os autores concluem sobre a importância da troca entre os equipamentos de saúde para a eficácia da clínica ampliada.

Apesar das conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica observamos na atualidade o desmantelamento das políticas públicas, o que é corroborado por Onocko-Campos (2019) em seu estudo sobre os avanços e retrocessos na Saúde Mental do Brasil. Segundo a autora, desde o ano de 2015 não há criação de novos serviços de base comunitária, o que indica a diminuição no investimento da RAPS. O retorno de discursos e práticas que legitimam a exclusão social preocupa a pesquisadora que defende a expansão de diferentes serviços de *recovery* como os CAPS, Centros de Convivência, Centros de Geração de Renda, dentre outros, para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) analisam os retrocessos na Saúde Mental do país durante o período de 2016 a 2019. Os autores identificam 15 documentos normativos desse período, o que inclui portarias, resoluções, decretos e editais que estabelecem uma nova política de saúde mental. Segundo os autores, essa nova política revela uma abordagem punitivista que está na contramão do cuidado em liberdade, tal como foi proposto na Reforma Psiquiátrica.

CAPÍTULO 3: O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E A FAMÍLIA DA PESSOA QUE FAZ USO DEPENDENTE DE ÁLCOOL

No presente capítulo discorreremos sobre o cuidado multiprofissional e a família da pessoa que faz uso dependente de álcool. O cuidado multiprofissional foi idealizado como estratégia terapêutica pelo próprio Franco Basaglia (1924-1980), autor cuja obra visitamos e que fundamentou a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no Brasil. Apresentamos neste capítulo subtítulos sobre o trabalho multiprofissional no SUS e no CAPS AD, a inclusão da família na Reforma Psiquiátrica e a experiência emocional dos familiares.

3.1 – O Trabalho Multiprofissional no SUS e no CAPS AD

Teixeira e Solla (2006) argumentam que a perspectiva multiprofissional inaugura novas possibilidades de exercício do cuidado. Nesta perspectiva, há uma ampliação do conceito de saúde, saindo da concepção simplista de ausência de doença para abarcar a complexidade dos temas da qualidade de vida, prevenção de doenças, tratamentos em diferentes níveis de complexidade e acesso à cidadania.

Todo brasileiro tem direito à saúde de qualidade (Brasil, 1990). Diante da complexidade dos casos e das necessidades de nossa população o trabalho multiprofissional torna-se imprescindível. No que concerne à Saúde Mental, o próprio Franco Basaglia (1924-1980) desejou um trabalho multiprofissional nos equipamentos substitutivos ao manicômio. O referido psiquiatra acreditava que o diálogo multiprofissional nutriria a Reforma Psiquiátrica e romperia com a lógica manicomial.

“Antes existia somente o psiquiatra, era o único que dominava a cena e não havia mais ninguém que contestasse o seu poder. Mas a implantação da nova ciência, traz o psicólogo, o psiquiatra, a assistente social, a terapia ocupacional, etc. (...). Eu direi que uma das sortes que tivemos em nosso trabalho foi que a nossa união não emanava da profissionalização, mas da finalidade política que unia a todos. Ser psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, etc, ou ser internado era a mesma coisa, porque quando nós nos uníamos em assembléia para discutir, todos procuravam dar suas contribuições para a mudança (Basaglia, 1979, p. 22).

A partir do relato de Basaglia (1979) compreendemos que uma equipe multiprofissional está na contramão das práticas de exclusão e violência presentes no manicômio. Nesse sentido, concluímos que o cuidado em equipe facilita o movimento dialético de ideias e práticas, tal como desejado por autores de ruptura manicomial como Cooper (1967/1985) e Laing (1982/1983), incluindo o cuidado ético que fundamenta a inclusão social dos pacientes.

Em uma equipe multiprofissional é esperado que os profissionais se abram ao diálogo para a troca de conhecimentos, experiências, perspectivas de cuidado e apoio mútuo. Há uma valorização de todos os profissionais, o que no âmbito da Saúde Mental inclui os profissionais com ensino superior como psicólogos, enfermeiros e médicos psiquiatras e profissionais com outras formações como os técnicos de enfermagem e redutores de danos. Nessa perspectiva de horizontalidade de saberes e de lugares sociais, resta-nos saber como essa proposta se concretiza no contexto do cuidado à saúde mental no SUS.

Peduzzi (2001) define equipe multiprofissional como trabalho coletivo capaz de facilitar trocas significativas entre os agentes do cuidado. A autora elaborou uma tipologia do trabalho em equipe usando uma abordagem qualitativa de pesquisa com técnicas de observação e entrevistas. Na sua conclusão, há duas modalidades de trabalho que convocam reflexões sobre a assistência oferecida aos usuários e usuárias do SUS.

Na primeira, denominada de “Equipe Agrupamento” destaca-se uma atuação fragmentada, carente de diálogo e de projeto comum de cuidado, produzindo práticas justapostas. Já na segunda, denominada de “Equipe Integração” destaca-se a interação entre os profissionais, a troca de conhecimentos, o apoio mútuo, o projeto comum de cuidado e a articulação de estratégias e práticas de atenção psicossocial. A autora ressalta que a “Equipe Integração” está mais afinada aos princípios do SUS, do paradigma de promoção de saúde e do caminho para a almejada interdisciplinariedade (Peduzzi, 2001).

Macedo (2007) argumenta que o trabalho multiprofissional é fundamental para usuários (as) e familiares. Ela destaca que o brasileiro não adoce apenas por uma patologia orgânica, mas em razão da desigualdade social e das violências institucionais que ofendem a sua cidadania. O trabalho multiprofissional humaniza o cuidado em saúde e facilita a troca de conhecimentos e a elaboração de projetos terapêuticos afinados as necessidades dos(as) usuários(as) e familiares.

Em contrapartida, Macedo (2007) alerta para o fato de que as equipes multiprofissionais estão sobrecarregadas, frustradas e desmotivadas para exercer o cuidado. A autora argumenta referindo-se ao histórico sucateamento dos investimentos em saúde e a resultante carência de condições mínimas de trabalho que, por sua vez, afeta a motivação e o desempenho das equipes.

Jafelice e Marcolan (2017) estudam a percepção de profissionais da saúde mental quanto ao trabalho multiprofissional. Os participantes do estudo não souberam definir os conceitos de trabalho multiprofissional, interprofissional e transprofissional. Por sinal, esse resultado já desvela a necessidade de capacitação e formação continuada nos equipamentos do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Jafelice e Marcolan (2017) discutem as barreiras para o exercício do cuidado multiprofissional, destacando a carência de infraestrutura, de formação continuada e de

horizontalidade nas relações como fatores que inibem o desenvolvimento do trabalho em equipe. Já dentre os elementos facilitadores identificam a troca de saberes, o engajamento com os pressupostos do SUS e da Reforma Psiquiátrica e a elaboração conjunta de atividades ou projetos de cuidado que estão adaptados às necessidades de usuários (as) e familiares.

Vasconcelos (2010) investiga os obstáculos de uma equipe do CAPS para alcançar a integração interdisciplinar. A autora destaca que apesar da boa comunicação entre os pares, há também conflitos que advêm das assimetrias entre as profissões. Há o constante risco da equipe supervalorizar o médico psiquiatra em detrimento dos demais profissionais. Quando os cuidados em saúde mental orbitam em torno da psiquiatria o avanço da interdisciplinariedade fica comprometido. Para a autora, a discussão democrática em saúde mental não avança nos contextos onde prevalecem relações desiguais.

Para superar os obstáculos descritos, Vasconcelos (2010) descreve as estratégias utilizadas pela equipe para alcançar ações interdisciplinares. A primeira é a reunião semanal de toda a equipe, possibilitando a troca de conhecimentos, a discussão coletiva dos casos, as supervisões clínico-institucionais, os rearranjos organizacionais e o apoio mútuo entre os pares. Como segunda estratégia, são propostas micro-reuniões de equipe de caráter informal e espontâneo. E, como terceira e última estratégia, o Grupo de Referência constitui um espaço para que os profissionais compartilhem ideias e experiências sobre os casos e elaborem novas estratégias de cuidado.

Dado que a presente pesquisa de doutorado elege como participantes os profissionais que compõe a equipe do CAPS AD, torna-se heurísticamente fecundo apresentar brevemente uma descrição sobre esse equipamento de saúde, assim como as características do público que o frequenta. O CAPS AD é um equipamento da saúde

mental do SUS especializado no tratamento de álcool e outras drogas (Brasil, 2004), ou seja, de substâncias lícitas ou ilícitas com propriedades psicoativas. Ele está inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e é composto por equipes multiprofissionais²¹ (Brasil, 2011).

O trabalho multiprofissional no CAPS AD possibilita a emergência de práticas interdisciplinares, democráticas e adaptadas às necessidades dos (as) usuários (as)²². Cada profissional colabora na produção coletiva do cuidado. Nesse equipamento, há atendimentos individuais, grupos terapêuticos, oficinas, atividades para a reinserção no mercado de trabalho, encontros para trabalhar a autoestima, esportes e atividades culturais (Vasconcelos, 2014). O coletivo de profissionais elabora para cada usuário (a) um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Trata-se de um plano de cuidado criado em conjunto com o (a) usuário (a) e sua família de modo adaptado à motivação do paciente, seus recursos pessoais, a rede de apoio familiar/social, seu estado de saúde e metas possíveis para cada caso (Brasil, 2004, 2011).

Se há pacientes motivados para interromper o uso da substância o PTS deverá incluir estratégias que visam alcançar essa realidade. Porém, caso o usuário não se sinta capaz de interromper o consumo, as estratégias de Redução de Danos serão incluídas e aplicadas no PTS do (a) usuário (a). Esse cuidado via Redução de Danos e articulação intersetorial visa incluir na RAPS as populações que são historicamente negligenciadas na atenção à saúde (Brasil, 2004, 2011; Vasconcelos, 2014).

Quanto ao perfil do (a) usuário (a) do CAPS AD, há estudos que possibilitam uma aproximação da realidade vivida no campo desta pesquisa. Peixoto et al. (2010) observam

²¹ Listamos, a título de ilustração, alguns dos profissionais que trabalham na equipe do CAPS AD: assistente social, enfermeiro, médico clínico, médico psiquiatra, psicólogo, redutor de danos, técnico de enfermagem e terapeuta ocupacional.

²² Usuário (a) é o termo adotado para todo cidadão que utiliza um equipamento de saúde do SUS.

que a maioria dos usuários são homens, com média de idade de 35,2 anos, desempregados e em uso dependente de álcool. Já Mastroianni et al. (2016) identificam que a maioria são homens, solteiros, com ensino fundamental incompleto, idade superior a 35 anos e em uso dependente de álcool. Finalmente, o estudo de Oliveira et al. (2017) também descreve que a maioria dos usuários são homens, solteiros, com ensino fundamental incompleto, além de histórico familiar de transtornos decorrentes de substâncias psicoativas e com renda familiar de um a três salários mínimos. Em todos os estudos citados, os usuários começaram o consumo no final da adolescência e início da vida adulta.

Quanto aos familiares, destaca-se que a maioria são mulheres na função de mães, esposas ou filhas e que frequentemente são vítimas de violência doméstica pelos parentes alcoolizados (Cavaggioni, Gomes & Rezende, 2017; Paz & Colossi, 2013). As esposas acreditam que o marido possui duas personalidades, uma sóbria e outra alcoolizada. Elas apreciam a personalidade sóbria dos cônjuges, mas temem a personalidade alcoolizada visto que esta é capaz de atos impulsivos e violentos (Carvalho & Menandro, 2012). Já os filhos narram cenas de humilhação, tristeza, frustração e violência na convivência com o pai ou a mãe alcoolizada durante a infância e adolescência (Carvalho, Menandro & Lira, 2013, Carias & Granato, 2021).

Os familiares manifestam apreço pelo CAPS AD e destacam melhorias significativas na convivência interpessoal após o parente que consome álcool participar dos atendimentos multiprofissionais e iniciar um processo de tratamento (Nascimento, Souza & Gaino, 2015). No que concerne ao cuidado multiprofissional aos familiares no CAPS AD, observei que a legislação atual prevê atendimentos individuais ou grupais a esse público (Brasil, 2001; Brasil, 2002; Brasil, 2011; Brasil, 2012)²³.

²³ É previsto atendimento multiprofissional as necessidades dos familiares, mesmo que o parente em uso de substâncias não seja usuário do CAPS AD (Brasil, 2011; 2012).

No que concerne as características do cuidado multiprofissional no CAPS AD, contexto em que realizamos as entrevistas de pesquisa, recorremos ao estudo de Lopes, Silva, Santos e Oliveira (2019). Segundo os autores, o cuidado multiprofissional neste equipamento de saúde não se restringe ao(a) usuário(a), visto que os familiares ocupam um papel fundamental na reabilitação psicossocial das pessoas que fazem uso dependente da substância. Neste sentido, está previsto que o CAPS ofereça aos familiares orientação, apoio, atendimento individual, oficinas e grupos de suporte emocional. Essas práticas destinadas aos familiares facilitam a elaboração das experiências, o protagonismo da própria história e o exercício do cuidado ao familiar daquele que está em tratamento pelo uso de substâncias.

Theodoro, Ribeiro, Andrade e Mpomo (2021) identificam as barreiras e os facilitadores para o cuidado multiprofissional durante a pandemia de Covid-19, momento histórico em que realizamos as nossas entrevistas no CAPS AD. Os autores destacam a carência de reuniões de equipe e a sobreposição de tarefas como os principais fatores que dificultaram o trabalho multiprofissional durante a pandemia. Já dentre os elementos facilitadores, identificam a boa comunicação entre os pares, o apoio mútuo e o intercâmbio de conhecimentos, que a nosso ver são condições básicas e necessárias para a construção de projetos coletivos de cuidado.

3.2 – A Inclusão da Família do Usuário na Reforma Psiquiátrica

Moreno e Alencastre (2003) argumentam que os hospitais psiquiátricos excluam a família do tratamento do paciente internado. Nesse modelo de caráter asilar, os familiares apenas participavam das visitas previamente combinadas com a instituição e informavam aos profissionais os sinais e sintomas que observavam.

Esse lugar social destinado aos familiares começou a mudar após a Segunda Guerra Mundial, período em que novas perspectivas de assistência psiquiátrica surgiram, como a Psiquiatria Preventiva dos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia. Após a década de 1940, também surgiram novas teorias e práticas profissionais que incluíam a família no processo terapêutico, como a psicanálise e a terapia sistêmica (Moreno & Alencastre, 2003).

Interessados em compreender o papel atribuído à família do(a) usuário(a)²⁴, resgatamos a contribuição de Sei e Santiago (2019) que estudaram as legislações brasileiras de saúde mental de 1903, 1934 e 2001 e demais documentos complementares ao tema. Segundo as autoras, cada lei de saúde mental reflete o momento histórico, científico, político e cultural no país.

Na primeira lei brasileira que organiza os serviços de saúde mental - Decreto Federal nº 1132 de 1903 - a família ocupa o lugar de requerente da internação psiquiátrica, informante de sinais e sintomas e assistente pedagógica e/ou terapêutica nos casos em que há remissão ou diminuição significativa do adoecimento mental. Os familiares são excluídos dos procedimentos que ocorrem no hospital psiquiátrico, sendo a eles permitido apenas as visitas programadas. Prevalece nessa época uma perspectiva moral do tratamento na qual a recuperação do paciente envolve a adaptação e/ou “normalização” aos costumes da sociedade (Brasil, 1903; Sei & Santiago, 2019).

Na segunda lei de saúde mental – Decreto Federal nº 24.559 de 1934 – há uma forte presença da concepção de periculosidade do paciente psiquiátrico. Nesse contexto, os manicômios são classificados em abertos, fechados ou mistos, conforme o nível de periculosidade dos internos. Já os familiares assumem a função de requerentes da

²⁴ Recordamos ao leitor que o termo “paciente” se refere as pessoas que foram internadas em hospitais psiquiátricos/manicômios. Já o termo “usuário” refere-se as pessoas que utilizam os serviços da Reforma Psiquiátrica como, por exemplo, o CAPS AD.

internação psiquiátrica, informantes dos sinais e sintomas e responsáveis pelo tratamento do paciente caso um dia ele receba alta hospitalar (Brasil, 1934; Sei & Santiago, 2019).

Já na Lei da Reforma Psiquiátrica – nº 10.216 de 2001 - a família é incluída no cuidado em saúde mental. Nessa legislação, há uma mudança para o paradigma psicossocial, no qual as práticas de saúde acontecem no território do indivíduo e respeitam a sua liberdade e singularidade existencial. Nesse paradigma, a família é convidada a participar do processo de cuidado colaborando com os profissionais, sendo incluída como população que também sofre e que precisa de cuidado afinado às suas necessidades (Brasil, 2001; Sei & Santiago, 2019).

De acordo com Silva e Rosa (2014), a família é uma peça fundamental para a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. De acordo com as autoras, os familiares são os provedores do cuidado que satisfaz as necessidades básicas do usuário. A família auxilia na organização da rotina, na administração dos medicamentos e na efetivação da cidadania do usuário. Entretanto, muitos familiares se sentem sobrecarregados, desamparados nas suas necessidades pessoais e até julgados ou cobrados pelos profissionais da saúde mental.

Segundo Gambato e Silva (2006), há familiares que não se sentem preparados para conviver com um parente com transtorno mental grave. De acordo com os autores, os familiares desenvolvem estratégias de sobrevivência emocional na medida em que se sentem desamparados pelo Estado. Embora cheguem aos serviços de saúde mental relatando sentimentos de angústia, desespero, culpa, impotência, raiva e apresentando quadros de ansiedade e depressão, os familiares não se sentem amparados.

Cavalheri (2010) entrevistou familiares de usuários de diferentes equipamentos constituídos a partir da Reforma Psiquiátrica. A autora descreve que os familiares se sentem “usurpados do próprio eu” (p.54), na medida em que a dinâmica familiar gira em

torno das necessidades do usuário. Nesse sentido, os familiares se sentem sobrecarregados de tarefas/demandas, o que inviabiliza o investimento na satisfação das próprias necessidades.

Já Porto, Rezende e Gomes (2016) realizam uma revisão sobre a experiência dos familiares nos equipamentos constituídos a partir da Reforma Psiquiátrica. Há uma contradição de afetos no discurso dos familiares, somado a um constante estado de vigilância ou preocupação. Os familiares descrevem os sentimentos de culpa e impotência. Os autores destacam que esse público fantasia a internação do usuário como última estratégia de sobrevivência emocional que visa manejar a contradição dos sentimentos vividos. Os familiares se sentem desamparados e despreparados e, ao ficarem sem recursos nas situações de crise, reconhecem que a fantasia de internação produz alívio.

O desamparo vivido pelos familiares também foi identificado por Mielke, Kohlausch, Olschowsky e Scheneider (2010). Para diminuir o impacto deste desamparo e facilitar a inclusão dos familiares foram propostos pelos autores o acolhimento e a escuta empática como práticas condizentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Por meio dessas estratégias os profissionais podem compreender a experiência dos familiares e elaborar intervenções afinadas às suas necessidades.

Finalmente, Rosa (2005) argumenta que a inclusão dos familiares no Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário potencializa o processo do cuidado. A autora destaca a importância dos profissionais observarem as singularidades do contexto brasileiro na elaboração do PTS, particularmente no que concerne à desigualdade social e ao desemprego. Ela destaca que poucos profissionais estão preparados para incluir os familiares no processo do cuidado e, aqueles que o estão, frequentemente utilizam o modelo da família nuclear de classe média para elaborar a proposta de atendimento.

Conclusão semelhante foi apresentada por Duarte, Souza, Kantorski e Pinho (2007) que destacam o fato de que os familiares se sentem sobrecarregados e desassistidos pelos equipamentos de saúde, enquanto os profissionais se sentem desamparados e despreparados para o cuidado aos familiares. Desse modo, podemos concluir que os lugares que oferecem suporte emocional aos familiares correm o risco de não satisfazerem as necessidades pessoais dessa população.

3.3 – A Experiência Emocional dos Familiares de Pessoas em Uso Dependente de Álcool

Para desbravar a experiência emocional dos familiares, torna-se pertinente alguns esclarecimentos a respeito do consumo de álcool. Ao consultar a literatura especializada observamos que há classificações quanto ao consumo. No senso comum há termos moralistas e preconceituosos como bêbado, viciado ou drogado. Já no âmbito técnico-científico Magnus Huss foi o primeiro médico a usar o termo “alcooolismo” em 1849. O avanço das discussões científicas possibilitou a inclusão dos aspectos psicológicos e sociais na compreensão do sofrimento humano em razão do uso da substância. Mas foi somente na década de 1970 que surgiu o conceito de dependência de álcool na obra de Griffith Edwards (1928-2012), um importante psiquiatra britânico no campo de estudos sobre álcool e drogas (Pillon, Villar, Margatita & Laranjeiras, 2016; Schuckit, 2001).

Na atualidade, há dois importantes manuais médicos que utilizam a contribuição de Edwards. O primeiro é a Classificação Internacional das Doenças em sua décima primeira edição (CID-11). Neste manual existe a categoria dos “transtornos por uso de álcool” que se manifestam como “padrão nocivo de uso” ou como “dependência de álcool”. Já no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais em sua quinta edição (DSM-5) existe a categoria de “transtorno por uso de substância” que pode ser

leve, moderado ou grave. Se na edição anterior existia as categorias “abuso” e “dependência”, agora o profissional da saúde observa um *continuum* de gravidade no uso que a pessoa faz da substância.

De nossa parte, inspirados nas contribuições dos autores da Reforma Psiquiátrica, escolhemos trabalhar com o conceito de “uso dependente de álcool”. Dado que o uso da substância produz sofrimento emocional no indivíduo e em seus familiares, decidimos evitar termos ou expressões que estigmatizem o sujeito.

No uso dependente de álcool há um padrão compulsivo no consumo da substância somado aos fenômenos psicofisiológicos da tolerância e da síndrome de abstinência (Schuckit, 2001; Whitbourne & Halgin, 2015). Quando o indivíduo desenvolve tolerância ao álcool, aumenta gradativamente o seu consumo para obter a mesma sensação de prazer. Já na síndrome de abstinência, observa-se um conjunto de sinais e sintomas quando há carência de álcool no organismo. O uso dependente desta substância está associado à diminuição da qualidade de vida, ao desemprego, a conflitos nas relações interpessoais, à ansiedade e depressão (Minto, Corradi-Webster, Gorayeb, Laprega & Furtado, 2007; Moretti-Pires & Corradi-Webster, 2011; Oliveira, Carreiro, Filha, Lazarte & Vianna, 2010).

Além do sofrimento que advém de condições clínicas relacionadas ao consumo crônico e dependente do álcool (Maciel & Kerr-Côrrea, 2004; Portugal, et al., 2015; Santos et al., 2012), há o sofrimento social que advém do estigma que exclui e marginaliza essas pessoas (Felicíssimo, 2013). O uso dependente de álcool facilita experiências de segregação, discriminação, racismo e violência expressas em indivíduos, coletivos e instituições. Trata-se de uma condição de saúde mental que precisa de cuidado especializado e garantia de direitos.

Já os familiares de pessoas em uso dependente de álcool apresentam intenso sofrimento emocional e carecem de intervenções especializadas (Spagnol, 2018), motivo pelo qual focalizaremos estudos que descrevem a experiência emocional dos familiares. Para alcançar esse objetivo, partiremos da experiência vivida pelas famílias de poliusuários de substâncias para, na sequência, abordar a experiência de familiares de pessoas em uso dependente e exclusivo do álcool.

Horta, Daspett, Egito e Macedo (2016) realizaram grupos focais com familiares de pessoas em uso dependente de substâncias a fim de compreender a experiência vivida por essa população. De acordo com os autores, os familiares compreendem a substância psicoativa como uma prisão para quem a usa. Nessa prisão, o parente que apresenta um padrão dependente de uso sofre em função das perdas sociais e econômicas. Já os familiares demoram para perceber que o sofrimento vivido pelo seu parente é uma dependência química, capaz de afetar a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Segundo Horta, Daspett, Egito e Macedo (2016), dentre os sentimentos vividos pelos familiares destaca-se a sensação de impotência, culpa, raiva, vergonha, humilhação, desesperança e medo quanto ao futuro ou quanto a uma possível reação agressiva do familiar que consome a substância. Os familiares também destacam que não se sentem preparados para cuidar ou conviver com uma pessoa em uso dependente, o que convoca reflexões sobre o apoio multiprofissional oferecido a esse público no contexto da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com os mesmos autores, os familiares desenvolvem estratégias de enfrentamento que, se por um lado possibilitam a sobrevivência emocional diante das situações-limite, por outro, inviabilizam uma relação espontânea na convivência com o parente que consome a substância. Dentre essas estratégias, destaca-se a iniciativa dos familiares de propor ao parente atividades de lazer que não envolvam o consumo de álcool

e/ou drogas, dar conselhos sem um demasiado envolvimento, afastamentos temporários da convivência para ressignificar o vivido e a confiança existencial numa força ou divindade capaz de auxiliar os familiares no processo do cuidado a pessoa em uso de álcool ou drogas.

Para Soccol et al. (2014), os familiares convivem com dificuldades nas relações interpessoais, sentem insegurança, exaustão emocional e medo quanto à impulsividade ou agressividade do parente que consome substâncias. O familiar não se sente tranquilo em casa, na medida em que está sempre vigilante quanto a potenciais conflitos ou dificuldades financeiras. O desequilíbrio nas funções e tarefas entre os membros familiares facilita a emergência do sentimento de revolta contra o parente usuário, assim como o rompimento de vínculos afetivos. Em função desse sofrimento, os autores defendem a importância do suporte aos familiares e a capacitação dos profissionais da saúde mental para acolher suas necessidades.

Considerando as particularidades da experiência dos familiares daqueles que consomem apenas o álcool, recorreremos ao estudo de Filizola et al. (2006). Os autores identificam que os familiares desconhecem as características da dependência química de álcool, o que enseja reflexões sobre a dificuldade dessa população solicitar ajuda especializada. Na perspectiva dos familiares, o álcool é o responsável pelo sofrimento interpessoal, o que inclui os conflitos e as dificuldades vividas no seio familiar. Há relatos de violência física e psicológica, de relações familiares conflituosas, frustração, desgaste emocional e ideias de afastamento ou de rompimento de vínculos para com o parente que consome o álcool. Filizola et al. (2006) manifestam preocupação com a resistência dos familiares buscarem uma rede de apoio para as suas necessidades, apesar da existência de recursos como os serviços de saúde mental e os centros comunitários.

Para Ferraboli et al. (2015), os familiares vivenciam fragilidades nas relações interpessoais, afastamentos e/ou rupturas afetivas, alterações na dinâmica do grupo familiar, presença de rígido sistema de crenças, negação de conflitos e/ou problemas causados pela dependência de álcool, dificuldades financeiras, sentimentos de vergonha e/ou humilhação, violência física e/ou psicológica, contradições nos discursos e regras familiares, exaustão emocional, repetição de comportamentos e abalos na autoestima e autoconfiança dos membros da família.

Por meio de entrevistas com familiares que participam de grupos de mútua ajuda, Filizola et al. (2009) observam o sofrimento que advém da convivência com uma pessoa que frequentemente se intoxica pelo álcool. Para se proteger dos agravos desse consumo, a família passa a evitar eventos sociais e a se adaptar a uma rotina que condiz com as necessidades ou desejos do parente em uso da substância. Para enfrentar as dificuldades que surgem, os familiares recorrem à espiritualidade, a grupos de mútua-ajuda e alimentam continuamente a esperança de cura do parente que faz uso do álcool.

Carvalho e Menandro (2012) entrevistam esposas de homens em uso dependente de álcool a fim de compreender as suas experiências e as suas expectativas quanto ao tratamento no CAPS AD. As participantes narram a transição do beber social para o beber compulsivo, quando há alteração da rotina e dos comportamentos do cônjuge. Nesse processo, elas se deparam com maridos de “duas faces” ou personalidades. Quando alcoolizados, os maridos mostram-se violentos, abusivos, desorganizados, impulsivos e intolerantes à frustração. Já quando estão sóbrios, apresentam-se como pessoas carinhosas, participativas e responsáveis. Nessa experiência antagônica, as esposas acreditam que o verdadeiro marido é o sóbrio e que o álcool é o único responsável pela drástica mudança comportamental. Desse modo, supomos que a crença de que todos os

problemas se resolveriam se os maridos parassem de beber pode ser uma estratégia para evitar os sentimentos ambivalentes que intensificariam os conflitos conjugais.

Entretanto, segundo Carvalho e Menandro (2012), essas esposas referem melhora significativa na convivência familiar após o tratamento oferecido no CAPS AD. As esposas que buscam acompanhar o tratamento do usuário são vistas pelo serviço como acompanhantes ou membros da rede de apoio. Os autores destacam a expectativa dessas mulheres de que o marido pare de beber definitivamente, o que vem se somar ao medo de uma possível recaída do marido no consumo da substância. Em função desse medo e da sensação de impotência que ele desperta, as esposas costumavam recorrer aos recursos da religião/espiritualidade ou a uma vigilância contínua dos comportamentos do marido, a fim de evitar uma possível recaída.

Já Carvalho, Menandro e Lira (2013) entrevistam filhos adultos de pessoas em uso dependente de álcool a fim de compreender as suas experiências e expectativas quanto ao tratamento no CAPS AD. Os participantes descrevem insegurança, medos e traumas durante a infância e adolescência, quando o progenitor não havia ainda buscado um tratamento. A dinâmica familiar marcada pela violência física e/ou psicológica angustiava os filhos que se viam sem recursos para manejar essas experiências. No tratamento do progenitor, observa-se que os filhos divergem quanto ao apoio oferecido. Há filhos que acompanham o pai ou mãe ao CAPS AD, enquanto outros preferem se ausentar ou participar esporadicamente das atividades de cuidado oferecidas ao usuário.

Para abordar outros familiares além de esposas e filhos, recorreremos ao estudo de Nascimento, Souza e Gaino (2015) que também entrevistam mães, pais e irmãos do indivíduo em uso dependente de álcool. Os familiares descrevem que antes do tratamento do usuário no CAPS AD conviviam com relacionamentos conflituosos e instáveis, o que incluía violência física e/ou psicológica. Reconhecem que depois que o(a) usuário(a)

passou a frequentar o CAPS AD houve melhora significativa nas relações interpessoais. Os familiares referem o apoio recebido em reuniões com os profissionais da saúde mental e apresentam sugestões para o funcionamento do equipamento de saúde. Apesar dos familiares manifestarem satisfação com o serviço, os autores ressaltam a necessidade de intervenções psicossociais afinadas às necessidades pessoais dessa população, cujo cuidado é historicamente negligenciado.

OBJETIVO DA TESE

Compreender o imaginário coletivo de profissionais do CAPS AD sobre o cuidado a familiares de pessoas que fazem uso dependente de álcool.

CAPÍTULO 4: ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

No presente capítulo discorreremos sobre as estratégias metodológicas da pesquisa. Elegemos a abordagem qualitativa como o caminho a ser trilhado para compreender o imaginário coletivo dos profissionais sobre o cuidado aos familiares de pessoas em uso dependente de álcool, no contexto do CAPS AD. Salientamos a potencialidade desta abordagem na investigação dos fenômenos sociais e existenciais que são inacessíveis aos métodos experimentais e estatísticos. Na sequência, apresentaremos o uso do método psicanalítico na pesquisa qualitativa em termos de sua riqueza teórica e vivencial para a compreensão dos substratos afetivo-emocionais das condutas humanas. O método de coleta do material narrativo, que inclui a Entrevista Transicional (ET), o procedimento investigativo da Narrativa Interativa (NI) e o procedimento de registro da Narrativa Transferencial (NT), será apresentado em seguida. E, finalmente, nas últimas seções deste capítulo o leitor encontrará a descrição dos procedimentos técnicos e éticos para a realização deste estudo.

3.1 A Pesquisa Qualitativa como Abordagem Metodológica

Na contemporaneidade, a pesquisa qualitativa alcançou reconhecimento por contribuir na investigação dos fenômenos existenciais e sociais (Guarnica, 1997). Contudo, ainda há pesquisadores e teóricos que ignoram a riqueza do material qualitativo em função de preconceitos calcados sobre a ideia de cientificidade dos achados. Baseados no paradigma científico de que se valem as ciências exatas e biológicas, desconsidera-se a complexidade da experiência humana a qual escapa a qualquer abordagem experimental. A pesquisa qualitativa surge da problematização dessas abordagens convencionais que frequentemente refutam o estudo da subjetividade.

A fim de compreender a historicidade dessas ideias, recorreremos a Santos (2008) que apresenta as diferenças entre o paradigma moderno frequentemente usado nas Ciências da Natureza e o paradigma pós-moderno usado nas Ciências Humanas e Sociais. De acordo com o autor, o primeiro paradigma surgiu no começo da Idade Moderna e teve como objetivo produzir um conhecimento sobre a natureza que fosse independente da filosofia e da religião medieval. Apesar das conquistas tecnológicas obtidas por essa modalidade de pensamento que possibilitaram avanços para a humanidade, Santos destaca suas limitações e insuficiências para explicar os fenômenos humanos.

Com o advento das Ciências Humanas, dos estudos etnográficos e das contribuições filosóficas de Nietzsche, Marx e Freud (Ricoeur, 1965/1977) que colocaram em xeque a onipotência do conhecimento moderno e ocidental, além das contribuições da fenomenologia para o estudo das experiências vividas, novas modalidades de investigação científica foram se estruturando rumo à emergência de um paradigma científico alternativo que pudesse investigar a subjetividade (Santos, 2008).

A título de ilustração sobre a emergência desse processo, destacamos a produção pioneira do antropólogo Malinowski (1920/1978) que investigou a cultura dos povos tradicionais da Oceania através do método etnográfico. Com o objetivo de acessar a língua, os hábitos e os significados destes povos, Malinowski prescindiu do estudo em laboratório e do controle de variáveis para ir ao encontro das pessoas e assim escutar as suas narrativas para elaborar uma síntese criativa sobre aquela realidade.

A pesquisa qualitativa investiga os significados dos fenômenos humanos e permite que os pesquisadores conheçam diferentes realidades sociais compreendendo-as em profundidade. Os temas de interesse do pesquisador qualitativo sobre questões existenciais e da vida em sociedade são sempre abordados a partir da perspectiva dos participantes. A pesquisa qualitativa possui delineamentos flexíveis, coleta de dados no

campo em que os fenômenos estudados ocorrem, proporciona revelações conceituais sobre os significados humanos e explica os processos psicológicos, culturais e/ou sociais envolvidos (Yin, 2016).

Günther (2006) argumenta que a compreensão é o princípio organizador do conhecimento na pesquisa qualitativa. Diferente do pesquisador experimental que controla variáveis e do pesquisador quantitativo que usa da estatística para explicar o seu objeto de estudo, o pesquisador qualitativo está interessado na compreensão das experiências e na potencialidade heurística das narrativas dos participantes.

Para Stake (2011), a pesquisa qualitativa é uma ciência do particular por se fundamentar no raciocínio indutivo. De acordo com o autor, a pesquisa qualitativa é interpretativa por focalizar os significados humanos; é experiencial porque oferece ao leitor o contato com as experiências dos participantes; é situacional porque depende das particularidades do local e momento histórico em que ocorreu a investigação; é personalística pois trabalha para compreender as percepções individuais e; finalmente, é triangulada porque se fundamenta em outras fontes de dados como teorias e a interpretação de outros pesquisadores para produzir conclusões rigorosas.

Turato (2005) explica que na área da saúde a pesquisa qualitativa se debruça sobre os significados atribuídos pelas pessoas aos processos de saúde-doença. Entre as características da pesquisa qualitativa, o autor enfatiza que ela acontece em ambiente natural, no qual não há controle de variáveis e a vida cotidiana é vivida na sua espontaneidade. O principal instrumento da pesquisa qualitativa é o próprio pesquisador, pois as suas sensações e percepções são utilizadas para apreender o fenômeno. Já o rigor metodológico é obtido pela triangulação de dados e a generalização decorre da construção de conceitos e/ou teorias locais que em função de sua originalidade são capazes de oferecer novas interpretações para o fenômeno estudado.

Por não se tratar de proposta rigidamente estruturada, a abordagem qualitativa possibilita a construção de projetos de pesquisa que se adaptam às demandas do campo e que compreendem essas adaptações como objeto a ser estudado ao longo do processo e não como interferência ambiental (Godoy, 1995; Stake, 2011). Nesse sentido, o pesquisador qualitativo é capaz de formular novas hipóteses e elaborações ao longo do processo da investigação, o que significa que está em constante diálogo com um campo que é vivo e atuante e, portanto, em constante transformação.

Yin (2016) discorre sobre três características que produzem a confiança e a credibilidade na pesquisa qualitativa. A primeira é a transparência e refere-se ao fato de o pesquisador descrever com detalhes os procedimentos realizados com o intuito de esclarecer o leitor sobre os acontecimentos e as razões das escolhas que foram feitas. A metodicidade é a segunda característica e pode ser definida como a ordenação dos procedimentos de pesquisa de modo a organizar o trabalho sem deixar de acolher o imprevisto. A fidelidade às evidências é a terceira e última característica e remete à fiel observância do pesquisador à narrativa dos participantes e à literatura científica.

Já no que se refere às competências do pesquisador qualitativo, Yin (2016) enfatiza a capacidade de escutar, fazer boas perguntas, conhecer o seu tema de pesquisa por meio de uma boa revisão da literatura, cuidar das narrativas que foram oferecidas pelos participantes, executar tarefas paralelas em função das demandas e imprevisibilidades no campo e perseverar para alcançar o objetivo da pesquisa e a publicação de seus manuscritos.

Para a análise dos dados, Flick (2009) ressalta a importância do trabalho com os textos na pesquisa qualitativa. As descrições textuais das entrevistas e/ou das observações no campo são as bases das interpretações futuras do pesquisador e a sua principal estratégia para a comunicação dos achados. Gibbs (2009) corrobora essa ideia e explica

que uma boa descrição favorece a compreensão do fenômeno investigado. De acordo com Gibbs (2009), o principal trabalho do pesquisador qualitativo é transformar as informações obtidas nas entrevistas e nas observações de campo em novos conceitos e/ou teorias locais que ajudam a compreender a realidade.

Considerando a diversidade de paradigmas teórico-metodológicos que utilizam a pesquisa qualitativa, apresentaremos aquele que fundamenta nosso estudo, a saber, a psicanálise. Ressaltamos que as ideias de Politzer (1928/1998) iluminam o percurso metodológico pretendido, ao nos afastar das abstrações da metapsicologia freudiana e nos aproximar de uma psicanálise interessada nas experiências dos indivíduos. Resgatamos as ideias de Brunet (2009) para afirmar que nosso estudo se enquadra como uma pesquisa qualitativa de orientação psicanalítica, capaz de acessar as experiências dos participantes e interpretá-las à luz do paradigma psicanalítico e da literatura científica contemporânea.

3.2 O Método Psicanalítico na Pesquisa Qualitativa

Dada a impossibilidade de curar as pacientes histéricas por meio da medicina e da hipnose, Freud (1895/1987) elaborou um método em que elas eram convidadas a associar suas ideias livremente, enquanto o psicanalista se conservaria no estado de atenção flutuante. Diferente da sugestão no contexto da hipnose, em que os sintomas eram apenas deslocados, o método psicanalítico permitia o acesso aos conflitos inconscientes subjacentes à formação dos sintomas estimulando o livre associar das próprias pacientes. Isso permitia ao psicanalista construir interpretativamente o fio de sentido que ligava a vida emocional aos sintomas psicopatológicos e elaborar uma interpretação. O sucesso da intervenção terapêutica convenceu Freud do valor deste método para a sua disciplina, passando a ser utilizado em sua clínica por seu potencial para acessar o inconsciente.

O método psicanalítico é colocado em marcha pela associação livre de ideias do paciente e pela atenção flutuante do psicanalista. Para a associação livre, o indivíduo é convidado pelo psicanalista a compartilhar tudo o que surge espontaneamente em seu pensamento, o que favorece uma comunicação emocional menos defensiva e, portanto, mais profunda. Já a atenção flutuante supõe que o psicanalista observe os conteúdos que emergem da cadeia associativa do paciente para fazer uma interpretação afinada com a história de vida do paciente e seu sofrimento.

Laplanche e Pontalis (1967/2001) apresentam três facetas do método psicanalítico. A primeira é a sua possibilidade de investigar os significados humanos implícitos nos discursos e comportamentos. O uso desta investigação como estratégia psicoterápica constitui a segunda faceta, quando o trabalho da dupla paciente-analista visa a elaboração/integração de conteúdos inconscientes. Já na terceira e última faceta é destacada a potencialidade do método para a elaboração de novas teorias afinadas às demandas dos pacientes e às mudanças históricas e sociais.

Herrmann (1979/2001) compreende o método psicanalítico como a essência da psicanálise na medida em que possibilita a escuta do inconsciente através das associações livres e por ser o elemento invariável nas diferentes escolas de psicanálise. O autor esclarece que muitos psicanalistas ainda confundem o método com técnicas de consultório, como por exemplo, o número de sessões, o uso do divã e a escolha do estilo interpretativo conforme a escola adotada. Para Herrmann, esses são elementos circunstanciais do atendimento enquanto o método é a fonte do conhecimento psicanalítico da qual brotam todas as teorias sobre o inconsciente.

Herrmann (2001/2004; 2015) argumenta que a escuta propiciada pelo método psicanalítico é diferente da escuta de outras escolas terapêuticas e/ou da vida comum. O psicanalista está em atenção flutuante para apreender a narrativa que está implícita/latente

na comunicação do paciente. De acordo com o autor, essa escuta “divergente” possibilita acessar a história emocional do analisando e compreender as suas principais potencialidades e conflitos.

“(…) o analista, qualquer analista, procura compreender o que significa aquilo que escuta, em termos emocionais, qual história lhe está sendo contada ocultamente e vivida na sessão. Por meio dessa escuta divergente, acaba sempre em topar com alguma representação apenas de passagem sugerida, ou mal escondida, que não pode em absoluto figurar no campo em que se move o paciente” (Herrmann, 2001/2004, p. 55).

Faremos uso da pesquisa qualitativa de orientação psicanalítica (Brunet, 2009) dada a sua potencialidade em acessar sentidos emocionais inconscientes por meio do uso rigoroso do método psicanalítico. Essa modalidade de pesquisa ultrapassa as fronteiras da clínica e investiga os fenômenos existenciais e sociais de indivíduos e coletivos. Não assume uma postura dogmática de psicanálise, mas dialoga com os autores da disciplina, de outras ciências humanas e da literatura científica sobre o tema da investigação. É um modelo de pesquisa que produz um conhecimento psicológico sensível à dramática humana que se produz em contextos relacionais e, dessa forma, jamais se restringe ao âmbito individual em detrimento da dimensão social da conduta estudada. Finalmente, ressaltamos que a pesquisa qualitativa com o método psicanalítico desvela os substratos afetivo-emocionais que sustentam as condutas humanas e produz um saber historicamente contextualizado (Aiello-Fernandes, Ambrosio & Aiello-Vaisberg, 2012; Politzer, 1928/1998).

O pesquisador afinado com esta perspectiva adota uma atitude fenomenológica no campo em que realizará a sua pesquisa. Inspirado na recomendação de Bion (1969) que recomenda aos psicanalistas irem ao encontro dos seus pacientes sem pré-concepções, sem memória e sem desejo, o pesquisador qualitativo que usa o método psicanalítico

permite-se ir a campo e deixar-se impressionar pela experiência vivida, pelos sentimentos despertados e pelos múltiplos sentidos que emergem dos encontros com os participantes.

Ressaltamos que, desde a primeira entrevista, o método psicanalítico está sendo operacionalizado pelo pesquisador, assim como para a confecção das Narrativas Interativas (NI), a escrita do RAI e posterior elaboração em Narrativas Transferenciais (NT). Os resultados obtidos pelas NI e RAI são discutidos no grupo de pesquisa. Sentidos afetivo-emocionais sobre a experiência dos participantes são compreendidos no coletivo do grupo que se permite impressionar pelas entrevistas usando o método psicanalítico. As NT são elaboradas após essa primeira discussão coletiva em que o pesquisador revisa o texto do RAI e elabora uma narrativa que é constantemente aprimorada até alcançar uma versão final. A NT já é um primeiro resultado de análise, dado que há um refinamento na escrita sobre as vivências narradas em primeira pessoa pelos participantes.

Herrmann (1979/2001) esclarece os passos para a operacionalização do método psicanalítico na pesquisa qualitativa. O primeiro passo é "deixar que surja" e refere-se ao momento em que o pesquisador se permite impressionar pelo encontro com os participantes, ouvindo seus relatos e observando o contexto. O segundo passo é "tomar em consideração" e alude a elementos do discurso e/ou do comportamento do participante que chamam a atenção do pesquisador. Diante da contratransferência e da cadeia associativa do participante, o pesquisador é convocado a compreender os enigmas presentes nos elementos selecionados. Finalmente, o terceiro e último passo é "completar o desenho" e refere-se à busca pelos campos de sentidos afetivo-emocionais que respondem aos enigmas da experiência vivida e que exige o diálogo com as teorias psicanalíticas, as ciências humanas e a literatura científica sobre o tema investigado.

3.3 A Entrevista Transicional (ET)

A entrevista é uma estratégia metodológica na pesquisa qualitativa. Gaskell (2017) argumenta que a entrevista permite compreender o mundo vivido pelas pessoas e mapear suas crenças, atitudes, valores e motivações em contextos sociais específicos. A entrevista consiste em um encontro entre o pesquisador e o participante, no qual há uma interação para o relato de experiências, memórias e conhecimentos. Uma boa entrevista permite a descoberta da cosmovisão dos participantes e a consequente reunião de um espectro de perspectivas.

Para Duarte (2004), o pesquisador tem cinco tarefas a serem cumpridas para realizar uma boa entrevista: (1) definir o objetivo da investigação e internalizá-lo; (2) conhecer o contexto de seu estudo por meio da revisão de literatura e/ou experiência profissional; (3) introjetar o modelo de entrevista; (4) adquirir segurança e autoconfiança pessoal; (5) construir um nível de informalidade durante a entrevista, que possibilite ao participante se sentir seguro para se expressar.

Duarte (2004) também enfatiza a necessidade de explicitar o paradigma teórico-metodológico que fundamenta a entrevista. Considerando que nosso estudo é uma pesquisa qualitativa de orientação psicanalítica, recorreremos a Bleger (1979/2011) e Winnicott (1971/1975) para a fundamentação teórica do modelo da Entrevista Transicional (ET), o qual vem sendo desenvolvido por nosso grupo de pesquisa.

Bleger (1979/2011) destaca a importância da entrevista psicológica para a investigação do campo que é vivido pelos pacientes. O autor define a entrevista como uma relação humana na qual um dos integrantes é um psicólogo capaz de identificar os conflitos emocionais do entrevistado e lhe oferecer ajuda profissional. A entrevista é um momento privilegiado para acessar a organização do paciente a fim de que o campo se

configure, seja na manifestação de aspectos da personalidade do indivíduo e/ou das regras culturais, sociais e históricas que foram internalizadas.

A entrevista psicológica oferece uma visão dinâmica sobre as motivações conscientes e inconscientes de indivíduos e grupos, o que possibilita compreender a estrutura das condutas, traços de caráter, angústias e defesas. As dissociações e contradições obtidas na entrevista são consideradas por Bleger (1979/2011) um rico material associativo que permite ao psicanalista apreender o conteúdo emocional implícito à comunicação humana.

Na entrevista psicológica, o entrevistador faz parte do campo e deve considerar a sua subjetividade como elemento implicado no processo de investigação. Bleger (1979/2011) destaca a potencialidade da transferência e da contratransferência ao comunicar conteúdos inconscientes do entrevistado e do entrevistador, sendo que o último precisa compreender e elaborar os efeitos contratransferenciais a fim de utilizá-los para investigar os processos inconscientes do entrevistado.

Afinados com Bleger (1979/2011), compreendemos que a pesquisa qualitativa de orientação psicanalítica (Brunet, 2009) se beneficia do uso de entrevistas para acessar o substrato afetivo-emocional das condutas. Embora Bleger refira a entrevista psicológica como recurso adequado para o contexto clínico-social, argumentamos a favor de seu uso adaptado para a pesquisa, o que viabiliza a produção de conhecimento psicológico profundo e rigoroso.

A entrevista psicológica que utilizamos nesta investigação é inspirada nas ideias de Winnicott²⁵ (1971/1975) sobre os fenômenos e objetos transicionais. Baseado nas experiências vividas com mães e bebês na clínica pediátrica e depois em sua clínica

²⁵ Winnicott foi um pediatra e psicanalista britânico afinado ao estudo do drama humano (Aiello-Vaisberg, 2004). Winnicott dialoga com o existencialismo moderno (Fulgêncio, 2013) pois elabora uma psicanálise revolucionária que rejeita as abstrações da metapsicologia para discutir o desenvolvimento do *self* e a necessidade de ser (Fulgêncio, 2010; 2014).

psicanalítica, Winnicott compreende que há uma terceira área de experiência humana, para além da polarização entre mundo interno e mundo externo, na qual as pessoas descansam dos seus conflitos internos e externos. A experiência transicional está presente no mundo da fantasia, das artes e da cultura e possibilita ao ser humano transcender as angústias vividas em seu cotidiano e, assim, potencializa a criatividade primária.

Objetos e fenômenos transicionais fazem parte do desenvolvimento humano. Os objetos transicionais são classicamente percebidos durante a infância nos brinquedos e outros objetos que são eleitos pelas crianças para auxiliá-las na elaboração da ausência do cuidador primário pela via da simbolização. Já os fenômenos transicionais abrangem a categoria dos objetos transicionais e a das condutas imaginativas e criativas que comunicam a existência do verdadeiro *self* (Winnicott, 1971/1975).

Comprendemos que o enquadre da entrevista psicológica que propomos ao participante – a Entrevista Transicional – viabiliza uma experiência transicional na medida em que oferecemos sustentação para sua experiência emocional (*holding*) e um ambiente lúdico sustentado pela NI e pela escuta psicanalítica. O objetivo deste enquadre é diminuir as angústias e defesas do participante pela via de um encontro dialógico espontâneo que favoreça a associação livre sobre o tema da pesquisa.

Como enquadre transicional, a Entrevista Transicional (ET) se desenrola ao longo das etapas de uma experiência completa, como Winnicott (1941/2000) observou no Jogo da Espátula, o que requer uma breve apresentação a respeito. Ao observar o interesse dos bebês por uma espátula de metal, comumente utilizada pelos médicos pediatras de sua época, Winnicott passou a observar o processo de aproximação infantil àquele objeto, solicitando às mães que não interviessem naquela experiência. Tendo identificado um ciclo experiencial que se repetia com vários bebês, Winnicott (1941/2000) percebe que a

experiencia se completava, produzindo satisfação, nos três estágios que enumeramos a seguir.

O primeiro estágio descrito por Winnicott (1941/2000) é o da *hesitação* e se refere à situação em que o bebê vê a espátula e movimenta as suas mãozinhas para tentar tocá-la. Contudo, o bebê passa a observar atentamente o ambiente e, geralmente demonstra certa inibição em sua atividade exploratória, preferindo se esconder no colo materno. É um momento marcado pela ansiedade e incerteza do bebê quanto ao ambiente que lhe oferece a experiência do manuseio de uma espátula brilhante e atraente aos seus olhos. Se houver provisão ambiental, o bebê passa para o estágio da *exploração*. Nesse segundo momento o bebê se entrega à experiência de manuseio da espátula, contemplando o seu brilho, colocando o objeto na boca e usando-a para se expressar. Já o terceiro e último estágio é o da *finalização*, o qual se caracteriza pela gradual perda do interesse pela espátula, quando o bebê começa a contemplar outros objetos e/ou situações para brincar. Nessa última fase, o bebê deixa a espátula cair “por acidente” e se regozija quando o adulto lhe devolve o objeto. Porém, tão logo a espátula é recuperada o bebê a deixa cair novamente, o que indica a perda do interesse no objeto e a conclusão daquela experiência.

O Jogo da Espátula de Winnicott (1941/2000) apresenta o ciclo experiencial do ser humano para a vivência de uma experiência completa e satisfatória. Diante de uma nova experiência o ser humano *hesita, explora e finaliza* a experiência a fim de integrá-la ao próprio *self*. Considerando esse movimento que é inerente à condição humana, organizamos a ET em três momentos que se afinam às premissas de Winnicott.

O primeiro momento da ET é o acolhimento, quando por meio de um *rapport* o pesquisador acolhe o participante e estabelece um diálogo do qual é possível emergir a organização pessoal do próprio participante no ambiente da entrevista (Bleger, 1979/2011). A apresentação da NI para o participante guarda semelhanças com o jogo da

espátula para os bebês (Winnicott, 1941/2000) ou o Jogo do Rabisco para as crianças pequenas (Winnicott, 1971/1984) pelo ambiente de abertura e aceitação que potencializa a livre exploração de uma experiência. Com a provisão ambiental sustentada pelo pesquisador, o participante abandona a hesitação inicial e passa a associar livremente a partir da NI, narrando em primeira pessoa as experiências, memórias e sentimentos vividos. Nesta segunda etapa em que o participante explora criativamente a experiência da entrevista, um ambiente transicional se instala na medida em que lembranças, histórias, concepções e fantasias vão sendo tecidas em diálogo com o pesquisador. Finalmente, no terceiro e último momento, o pesquisador observa os movimentos do participante em busca de indícios de que a experiência da entrevista rume para seu desfecho, assim evitando o prolongamento desnecessário e/ou prejudicial.

3.4 O uso de Narrativas Interativas (NI) e Narrativas Transferenciais (NT)

Considerando nossa posição psicanalítica que advoga o estudo do drama humano a partir de narrativas em primeira pessoa (Politzer, 1928/1998), recorreremos a estratégias narrativas para acessar o substrato afetivo-emocional das condutas investigadas neste estudo (Bleger, 1958/1963). Recordamos a contribuição de Benjamin (1936/1996) que destaca o valor heurístico do narrar que potencializa os processos de apropriação pessoal. De acordo com Benjamin, o narrador habilidoso possibilita que o ouvinte e/ou leitor de suas histórias seja transportado imaginativamente para a experiência narrada que assim se torna uma nova experiência.

Nosso grupo de pesquisa vem desenvolvendo estudos com dois procedimentos narrativos de orientação psicanalítica. Destacamos a Narrativa Interativa (NI) como procedimento de coleta de material narrativo que se afina às premissas de Politzer (1928/1998) sobre o drama humano e às concepções de Winnicott (1971/1975) sobre os

objetos e fenômenos transicionais. Criada por Granato e Aiello-Vaisberg (2013), a NI é uma história fictícia cuja primeira parte é elaborada pelo pesquisador em diálogo com o seu grupo de pesquisa cuja finalidade é abordar o tema do estudo de modo lúdico e expressivo. A NI se interrompe em um momento de clímax convidando o leitor a completar o seu desfecho e, assim, tornar-se coautor daquela narrativa. Assemelha-se ao Jogo do Rabisco de Winnicott (1971/1984), na medida em que o pesquisador oferece um "rabisco" narrativo a ser completado pelo participante de modo livre e associativo.

A NI é um procedimento apresentativo-expressivo que facilita a instauração de uma comunicação dialógica entre pesquisador e participante (Granato, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2011; Granato e Aiello-Vaisberg, 2013). Visando a sua elaboração, o pesquisador faz um mergulho no tema da pesquisa ao consultar a literatura na área e/ou refletir sobre a sua prática profissional. Um primeiro rascunho da NI é elaborado e levado para discussão com o grupo de pesquisa, como processo de triangulação de pesquisadores (Flick, 2009; Stake, 2011) que usam o método psicanalítico (Herrmann, 1979/2001). Tal processo de compartilhamento visa explorar a adequação da NI ao tema da pesquisa, minimizando ideias pré-concebidas ou preconceituosas do pesquisador, bem como o ajuste da linguagem e da intensidade emocional do drama a ser compartilhado com os participantes do estudo. Já a versão final é aprovada quando o grupo de pesquisa compreende que a história é suficientemente capaz de facilitar associações sobre o tema investigado.

Desse modo, o desfecho oral e/ou escrito que o participante dá para a NI comunica sobre suas condutas em relação ao drama narrado, nas áreas da mente, do corpo e do mundo externo (Bleger, 1963/1984)²⁶. Após a finalização da NI, o pesquisador convida

²⁶ Inspirado pelas ideias de Politzer (1928/1998), Bleger (1963/1984) argumenta que o fenômeno psicológico é a conduta humana que se manifesta nas áreas da mente, do corpo e do mundo externo.

o participante a se expressar livremente sobre o tema da pesquisa, o que complementa o relato de experiências vividas, concepções de mundo, conhecimentos e sentimentos. O pesquisador, em atenção flutuante e atento ao universo contratransferencial, observa o campo psicológico (Bleger, 1979/2011) que se configura durante a ET.

A imersão do pesquisador no tema do estudo, etapa que antecede a criação da primeira versão de NI, permitiu-nos delinear um campo dramático para a elaboração de uma trama que favorecesse a futura identificação do participante com as vivências dos personagens da NI. A literatura científica informa que os familiares chegam aos serviços de saúde mental em intenso sofrimento emocional, o que envolve dificuldades financeiras, violência doméstica, conflitos familiares, problemas de comunicação, impotência, depressão, dentre outras situações que desvelam o drama vivido por essa população (Albuquerque, Heimerdinger & Rodrigues, 2016; Carias, 2018; Carias & Granato, 2020; Carias & Granato, 2021; Carvalho, 2005; Hinrichs, Defire & Wester, 2011; Lopes, Marcon & Decesaro, 2015; Manguiera & Lopes, 2014; Paz & Colossi, 2013; Pereira et al., 2015; Silva et al., 2011; Teixeira et al., 2015; Trindade & Costa, 2012; Woodside, 1988). Também identificamos que os grupos terapêuticos são as principais estratégias de cuidado às necessidades emocionais dos familiares, particularmente nos serviços de saúde mental no Brasil (Alvarez, Gomes, Oliveira & Xavier, 2012; Alves et al., 2015; Spagnol, 2018).

A fim de nos aproximarmos das vivências dos participantes, elaboramos uma NI, que faz um recorte emblemático do drama vivido pelos familiares de pessoas em uso dependente do álcool. Inspirados nos estudos epidemiológicos em que o homem consome mais álcool do que as mulheres e no relato dos participantes do Mestrado (Carias, 2018),

elaboramos uma NI em que uma esposa de usuário pede auxílio a um serviço de saúde²⁷. Para essa história optamos pelo termo “alcoolistas” para facilitar a comunicação e compreensão dos participantes e potenciais leitores deste estudo. Elaboramos uma cena dramática desse sofrimento familiar com o objetivo de compreender como a equipe de profissionais do CAPS AD imagina ou vivencia o cuidado às necessidades dos familiares.

NARRATIVA INTERATIVA

Eram quase três da tarde e os participantes do grupo de familiares de alcoolistas começavam a tomar seus lugares. Entre um café e um bate-papo descontraído, alguns expressavam alegria pelo encontro com os amigos. Outros, imóveis em suas cadeiras, comunicavam desânimo ou desespero pelo olhar.

Maria Amélia participava do grupo pela primeira vez. Casada com Osvaldo há 30 anos, ela já viveu inúmeras cenas de violência provocada pelo marido. O álcool transformava Osvaldo, mudando o seu jeito de pensar e agir, aquele não era o Osvaldo com quem tinha se casado.

Convidada pelos profissionais a ser a primeira pessoa a falar naquele dia, Maria Amélia assim se expressou:

- Ontem, depois de passar o dia inteiro no bar, meu marido chegou em casa violento. Primeiro, ele fez um escândalo na frente de casa, chamando a atenção dos vizinhos. Depois, já dentro de casa, começou a dizer que eu o traí com outros homens e, como sempre, me agrediu. Todas as vezes que ele bebe, eu sou ameaçada e ridicularizada! Não

²⁷ Elaboramos uma NI que apresenta uma família tradicional composta por pai, mãe e filho. Porém, destacamos que essa configuração familiar é uma dentre as muitas possíveis, como por exemplo, a família monoparental ou homoafetiva. Até o presente momento, a literatura científica e os achados do Mestrado (Carias, 2018) mostram com maior frequência a imagem da família tradicional com a figura do homem alcoolizado e que ocupa o papel social de cônjuge de uma mulher e pai das crianças ou adolescentes. Utilizamos essa imagem para compor a NI, porém estamos cientes da sua limitação dada a diversidade de configurações familiares existentes. Ressaltamos a necessidade de novos estudos qualitativos para investigar os significados do cuidado multiprofissional do CAPS AD a diferentes configurações familiares.

só eu, mas o meu filho também! Ele é adolescente e me ajuda a cuidar do pai alcoolizado, mas às vezes se revolta. Estou cansada! Não sei mais o que fazer. Preciso de ajuda!

Um silêncio toma conta da sala....

De repente, Rita toma a palavra e diz...

Após cada Entrevista Transicional (ET) realizamos um Registro Associativo Inicial (RAI) que consiste no primeiro relato do pesquisador sobre o encontro com o participante. Neste relato associativo o pesquisador busca resgatar o material da entrevista que lhe pareceu significativo, o que inclui os afetos contratransferenciais, as experiências narradas pelo participante e a comunicação silenciosa que se dá pela expressão corporal, pelos lapsos, pelas surpresas e resistências. O RAI e a NI servirão de base para a elaboração de uma Narrativa Transferencial (NT) que, em sua primeira versão, visa transmitir ao grupo de pesquisa a experiência vivida pelo pesquisador no encontro com o participante. Essa versão inicial de NT será aprimorada até sua versão final pela análise interpretativa do pesquisador à luz da triangulação desse material com o grupo de pesquisa que suscitará novas reflexões do pesquisador sobre o tema de seu estudo.

Criada por Aiello-Vaisberg et al. (2009), a NT é uma descrição vivencial do encontro em que o pesquisador relata as impressões transferenciais e contratransferenciais a fim de desvelar os conteúdos implícitos. A partir das contribuições de Benjamin (1936/1996) sobre a potencialidade heurística da narrativa que transporta imaginativamente o leitor para a cena narrada, destacamos o valor da NT ao facilitar o encontro narrativo do leitor com as experiências dos participantes do estudo.

O corpus desta pesquisa, composto pelos desfechos das NI e pelas NT, foi analisado por meio do uso do método psicanalítico (Herrmann, 1979/2001) a fim de constelar campos de sentido afetivo-emocional que dialeticamente articulam o imaginário dos participantes (Bleger, 1979/2011; Aiello-Vaisberg, 2004).

3.5 Procedimentos éticos e técnicos para a realização da pesquisa

Para a efetivação do presente estudo entramos em contato com a instituição de saúde mental de uma cidade do estado de São Paulo que gerencia os CAPS do município. Após os contatos iniciais, apresentamos para a coordenação de estágios e pesquisas da instituição o projeto de pesquisa. Após avaliação dos gestores de cada CAPS AD e da coordenação dos estágios/pesquisas, o pesquisador obteve uma autorização formal para a realização das entrevistas, o que lhe permitiu encaminhar o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos da PUC-Campinas. Após a aprovação final do referido comitê sob o registro nº 3.902.596, o pesquisador foi autorizado a dar início às entrevistas a partir de março de 2020.

Contudo, dadas as recomendações de isolamento social em decorrência da pandemia de Covid-19, o pesquisador adiou a sua entrada em campo. Em diálogo com a coordenação dos estágios/pesquisas da instituição colaboradora ficou decidido que a coleta seria iniciada após o mês de agosto de 2020 desde que se utilizasse Equipamento de Proteção Individual (EPI) e todos os protocolos de biossegurança fossem respeitados. O pesquisador participou das reuniões de equipe nos dois CAPS AD com o objetivo de apresentar a sua proposta de pesquisa. Os profissionais interessados em participar da presente pesquisa avisaram as coordenadoras dos equipamentos e, espontaneamente, cederam seus contatos telefônicos para que o pesquisador entrasse em contato e agendasse as entrevistas.

As entrevistas ocorreram em dois Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD de nível II e III) no Estado de São Paulo. À época das entrevistas, ambos os equipamentos contavam com uma equipe multiprofissional em saúde mental composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, redutores de danos e monitores. Os prédios de ambos os CAPS tinham

espaço adequado para a realização de atendimentos individuais, grupais, leito-noite, oficinas terapêuticas e atividades psicoeducativas.

Foram realizadas 13 Entrevistas Transicionais (ET) com profissionais dos CAPS AD sem distinção de etnia, classe social, gênero, orientação sexual, nível de escolaridade, preferência política e/ou religiosa. O único critério para a inclusão de profissionais no estudo foi que os participantes trabalhassem diretamente na área da saúde mental. Desse modo poderiam ser entrevistados profissionais de nível superior, como médicos e psicólogos, ou com outro grau de escolaridade como é o caso dos redutores de danos e monitores. Portanto, foram entrevistados 4 psicólogos, 3 terapeutas ocupacionais, 2 médicos, 1 enfermeiro, 1 técnica de enfermagem, 1 redutor de danos²⁸ e 1 monitora de atividades²⁹.

Em cada entrevista o pesquisador leu com os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e esclareceu suas dúvidas. Ressaltamos que a média de duração das ET foi de 90 minutos e foram realizadas individualmente, em salas reservadas e com todos os protocolos de biossegurança para a prevenção do contágio de Covid-19. Utilizamos nomes fictícios para preservar o sigilo e o anonimato dos participantes.

²⁸ Redutor de danos é um profissional do CAPS AD. Possui nível médio de escolaridade. Trabalha com os usuários que não estão motivados a interromper o consumo de álcool ou drogas. O redutor de danos vai até o local onde o usuário faz uso de substâncias. Muitos desses lugares são marcados pela extrema vulnerabilidade, como fome, prostituição ou tráfico. Ali, o redutor de danos oferece acolhimento, informação e materiais como água, seringas descartáveis e preservativos para que o uso de substâncias seja o menos prejudicial possível para o indivíduo. O redutor de danos discute as estratégias de cuidado adotadas com os demais membros da equipe do CAPS AD.

²⁹ Monitor de atividade é um profissional do CAPS AD. Possui nível médio de escolaridade. Trabalha com a organização de atividades como grupos psicoterapêuticos, oficinas, atividades esportivas ou culturais. Frequentemente acompanha usuários fragilizados em consultas médicas em outros equipamentos de saúde da RAPS.

CAPÍTULO 5: ENTREVISTAS TRANSICIONAIS

Nesta seção apresentamos ao leitor o material narrativo obtido nas Entrevistas Transicionais (ET). Recuperamos as ideias de Benjamin (1936/1996), Ricoeur (1991) e Ogden (2018) sobre a potencialidade heurística das narrativas na elaboração das experiências vividas. O desfecho da Narrativa Interativa (NI) somado a Narrativa Transferencial (NT) de cada entrevista possibilitará ao leitor uma imersão nos sentidos comunicados pelos participantes ao tema do estudo. Se na NI o participante elabora imaginativamente o desfecho para o drama da personagem Maria Amélia que busca ajuda em um serviço de saúde mental, na NT descrevemos as singularidades do encontro, a relação contratransferencial estabelecida e a perspectiva do participante no tema para que o leitor acesse imaginativamente o vivido e assim possa refletir e elaborar novas sínteses sobre os significados atribuídos ao objeto de estudo desta pesquisa.

Apenas um dos participantes deixou de completar a NI e preferiu narrar diretamente as próprias experiências na área do cuidado aos familiares. Reiteramos que os nomes atribuídos aos participantes são fictícios, o que preserva o sigilo e anonimato dos profissionais. Reapresentamos a NI confeccionada para este estudo a fim de facilitar a leitura do material narrativo dos participantes. Também apresentamos um quadro com as principais informações sociodemográficas. Um último lembrete: por se tratar de relato pessoal do pesquisador, as NT foram elaboradas na primeira pessoa e em linguagem próxima do discurso informal, uma vez que seu objetivo é transmitir as vivências do pesquisador no campo.

NARRATIVA INTERATIVA

Eram quase três da tarde e os participantes do grupo de familiares de alcoolistas começavam a tomar seus lugares. Entre um café e um bate-papo descontraído, alguns expressavam alegria pelo encontro com os amigos. Outros, imóveis em suas cadeiras, comunicavam desânimo ou desespero pelo olhar.

Maria Amélia participava do grupo pela primeira vez. Casada com Osvaldo há 30 anos, ela já viveu inúmeras cenas de violência provocada pelo marido. O álcool transformava Osvaldo, mudando o seu jeito de pensar e agir, aquele não era o Osvaldo com quem tinha se casado.

Convidada pelos profissionais a ser a primeira pessoa a falar naquele dia, Maria Amélia assim se expressou:

- Ontem, depois de passar o dia inteiro no bar, meu marido chegou em casa violento. Primeiro, ele fez um escândalo na frente de casa, chamando a atenção dos vizinhos. Depois, já dentro de casa, começou a dizer que eu o traí com outros homens e, como sempre, me agrediu. Todas as vezes que ele bebe, eu sou ameaçada e ridicularizada! Não só eu, mas o meu filho também! Ele é adolescente e me ajuda a cuidar do pai alcoolizado, mas às vezes se revolta. Estou cansada! Não sei mais o que fazer. Preciso de ajuda!

Um silêncio toma conta da sala....

De repente, Rita toma a palavra e diz...

Quadro 1. Informações Sociodemográficas dos Profissionais do CAPS AD

| NOME FICTÍCIO | IDADE | PROFISSÃO | TEMPO DE TRABALHO NO CAPS AD |
|----------------------|--------------|------------------------|---|
| Felipe | 27 anos | Terapeuta Ocupacional | 1 ano e 4 meses |
| Rafael | 50 anos | Enfermeiro | 7 anos |
| Claúdia | 26 anos | Terapeuta Ocupacional | 7 meses |
| Joana | 27 anos | Monitora de Atividades | 5 meses |
| Aparecida | 42 anos | Técnica Enfermagem | 6 anos |
| Jessé | 29 anos | Médico | 1 ano |
| Eduardo | 28 anos | Redutor de Danos | 2 anos e 6 meses |
| Francisco | 28 anos | Terapeuta Ocupacional | 9 meses |
| Eva | 35 anos | Psicóloga | Não informado |
| Aline | 34 anos | Psicóloga | 2 anos e 6 meses |
| Jéssica | 31 anos | Psicóloga | 4 anos |
| Moacir | 32 anos | Psicólogo | 6 anos e 9 meses |
| César | 62 anos | Médico | Não informado |

| | |
|---|----------------------------------|
| FELIPE | |
| <i>“Afinal, a gente precisa saber por onde está andando!”</i> | |
| Idade: 27 anos | Profissão: Terapeuta Ocupacional |

Encontrei Felipe³⁰ próximo ao ateliê de artes do CAPS. Felipe é um cara jovem, simpático e muito proativo! Percebi que os usuários e os profissionais manifestavam afeto pela sua presença. No ateliê, eu lhe ofereci a NI e Felipe elaborou o seguinte desfecho:

De repente, Rita toma a palavra e diz que também vive uma situação semelhante. Ela apresenta o seu sofrimento e o desgaste no cuidado do seu filho que, além de álcool, também passou a consumir outras substâncias. Aos prantos, Rita se recorda dos conflitos, agressões e perdas materiais.

Carlos, que é um outro familiar que também participa do grupo de familiares, oferece um lenço a Rita. O coordenador do grupo convida os participantes a pensarem em estratégias para lidar com essa situação.

Após completar a NI, perguntei a Felipe sobre as ideias que lhe foram despertadas ao imaginar o desfecho da história de Maria Amélia. Eu mal sabia que Felipe teria tantas vivências a narrar...

Fiquei intrigado com o que pensava sobre os assuntos ou temas a serem trabalhados com os familiares. Percebi sua tentativa em elaborar um fio de sentido que guiasse o raciocínio clínico no cuidado multiprofissional. Inicialmente, Felipe destaca a necessidade de os profissionais abordarem com os familiares o tema do preconceito e do estigma socialmente produzido sobre a pessoa em uso dependente do álcool. Na sequência, ele defende um amplo trabalho de psicoeducação com os familiares sobre o

³⁰ Nome fictício atribuído ao participante.

funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Na sua perspectiva, o acesso à informação facilita a vinculação da família ao CAPS AD.

Você já reparou que tem um monte de cartazes da AL-ANON? Qualquer lugar da cidade você encontra um. Mas me fala: tem algum do CAPS? Não tem nada a respeito! É preciso investir na divulgação do SUS e do CAPS AD!

Felipe é uma pessoa apaixonada pelo SUS. Eu o observava enquanto explicava as suas ideias e fiquei admirado com o seu entusiasmo e o brilho no olhar. De repente, ele recordou o seu primeiro emprego como terapeuta ocupacional e fui transportado imaginativamente para uma pequena cidade com características rurais.

Nosso participante trabalhava em um CAPS AD menor do que aquele em que estávamos durante a nossa entrevista. Pude sentir contratransferencialmente que Felipe viveu com satisfação aqueles primeiros dias de trabalho, visto que o seu sonho era exercer a profissão na área da saúde mental do SUS.

Porém, o jovem profissional percebeu que muitos colegas do CAPS não compartilhavam o seu entusiasmo. Alguns manifestavam fatalismo quanto ao futuro da saúde mental brasileira enquanto outros não viam sentido nas suas atividades. Felipe se sentia diferente da maioria e, ao aproximar-se de colegas que se afinavam ao seu pensamento, descobriu que o grupo psicoterapêutico de familiares estava por um fio ...

Na época, o jovem terapeuta decidiu participar das reuniões como um observador atento aos fenômenos emocionais que se manifestassem na interação grupal. Confesso que o imaginei sentado em uma cadeira, com olhar tímido, e ansioso para compreender qual era o problema daquele grupo.

Durante o primeiro encontro que participou do grupo, Felipe observou que os familiares disputavam entre si a narrativa mais emblemática de seu sofrimento. Cada familiar relatava a sua experiência pessoal de sofrimento enquanto desqualificava a experiência dos demais participantes, minimizando o seu impacto emocional. Felipe

percebeu que o grupo vivia uma incongruência quanto ao seu objetivo. Em vez de ser um espaço para acolhimento, troca de experiências e estratégias para a solução dos problemas, o grupo havia se tornado um local em que os familiares disputavam entre si quem sofria mais.

Acompanhei Felipe em sua indignação com o fato dos colegas não conseguirem um manejo eficaz para conter o movimento grupal que ameaçava a qualidade do atendimento. Felipe permaneceu observando os encontros que se tornaram cada vez mais raros, à medida que os próprios profissionais elaboravam justificativas para aumentar o tempo entre as sessões. Fiquei impressionado quando o participante relatou que o atendimento semanal foi substituído pelo quinzenal e depois pelo mensal, até quase ser extinto do CAPS AD, não tivesse Felipe assumido o grupo como terapeuta.

Será que os profissionais do CAPS não sabiam o que fazer para aliviar a dor emocional dos familiares? Será que diante da própria impotência eles já estavam atuando para finalizar o grupo? Fiquei pensando nessas hipóteses enquanto escutava a narrativa de Felipe, que se expressava espontaneamente, mas me olhava firme nos olhos.

Fui levado a imaginar novas cenas pela narrativa do participante. Agora, Felipe estava numa reunião de equipe, problematizando o futuro do grupo de familiares do CAPS AD. Um silêncio tomou conta da sala e, senti contratransferencialmente a solidão vivida pelo participante...

Havia um silêncio na sala. Me senti sozinho... Era necessário coragem para assumir aquele grupo. Convidei um outro colega para ser o meu coterapeuta, e fui estudar. Recuperei os textos da faculdade e os livros de Paulo Freire e Pichon-Rivière. O grupo precisava de um sentido, de um caminho. Afinal, a gente precisa saber por onde está andando!

Confesso que a narrativa de Felipe me fez associar sobre a jornada do herói. Fiquei animado ao imaginar nosso participante no lugar do herói que enfrenta inúmeras adversidades para cumprir uma missão. Nessa jornada, aparentemente mitológica há uma

consulta ao arquétipo do velho sábio que fornece orientações ou enigmas que auxiliam na resolução dos problemas. Na minha fantasia, considerei Paulo Freire e Pichon-Rivière os “velhos sábios” escolhidos por Felipe para o cumprimento de sua missão: a elaboração de um cuidado afinado às necessidades dos familiares.

O grupo voltou a funcionar semanalmente e com um novo enquadre. Felipe estava inseguro para o primeiro atendimento, mas percebeu que era capaz de facilitar a troca de experiências e manejar a interação dos familiares para evitar conflitos. Estabeleceu como objetivo do atendimento o apoio mútuo e a criação de estratégias para a solução de problemas. Percebi que Felipe usou as ideias de Paulo Freire para enfatizar a importância do coletivo e da horizontalidade nas relações. Na sua concepção, o terapeuta é um facilitador do encontro, ou seja, alguém que media a troca e a reflexão coletiva sobre as contradições vividas no seio familiar.

Fiquei admirado com o fato de que a nova prática de Felipe tenha apresentado benefícios já em seu início. Os familiares abandonaram a postura de disputa e assumiram entre si a responsabilidade pelo acolhimento. O sofrimento emocional de cada familiar encontrou escuta e cuidado no grupo. Era evidente a empolgação de Felipe ao compartilhar essas experiências. Ele se lembrou de momentos em que os familiares elaboravam interessantes reflexões existenciais, assim como estratégias de enfrentamento do sofrimento vivido. Em vez de disputarem quem sofria mais no grupo, os familiares passaram a agir para mudar a própria história ... Afinal, como disse o próprio Felipe, “a gente precisa saber por onde está andando”.

| | |
|---|-----------------------|
| RAFAEL | |
| <i>“Assim como a família, os profissionais também cansam”</i> | |
| Idade: 50 anos | Profissão: Enfermeiro |

Observei que a enfermagem do CAPS estava cheia... Rafael³¹ me viu e disse que estava terminando a medicação de alguns usuários e que logo me encontraria para a entrevista. Fui até a cozinha e aguardei sentado, tomando um chá. Depois de 20 minutos, Rafael reaparece e me convida a acompanhá-lo:

– Vamos lá pra cima?

Subimos uma escada e Rafael me indicou uma sala grande que costumava ser usada para reuniões e atendimentos. Senti que o participante estava cansado e decidi perguntar sobre o movimento de pessoas naquela manhã. Muitos usuários estavam em crise e foi necessário um manejo adequado às necessidades. Convidei Rafael a ler e completar o desfecho da NI. Ele elaborou o seguinte texto.

– *Você já denunciou o seu marido? Fez um BO?*

Amélia respondeu:

– *Tenho medo porque ele é muito violento!*

João que é outro participante do grupo falou:

– *Juntos podemos tentar ajudá-la, oferecendo para ele um tratamento no CAPS*

AD.

Amélia aceita a ajuda e acha interessante a proposta do CAPS AD, mas ela não sabe se o marido vai concordar.

³¹ Nome fictício atribuído ao participante.

Rita propõe que ela tente que ele concorde ou aceite o tratamento para reduzir o uso. Rita também propõe que ela o leve no Centro de Saúde se ficar mais fácil.

Após o desfecho da história, perguntei a Rafael o que lhe veio à mente enquanto escrevia.

Puxa! Pensei em tanta coisa! Tô imaginando que os personagens dessa história são adoecidos! O marido, por exemplo, pode não querer o tratamento e isso prejudicar a vida emocional dos familiares! Já a família precisa ser cuidada! Ela precisa de ajuda!

Fiquei intrigado com a associação livre de Rafael. Primeiro ele começa a falar sobre o cansaço dos familiares. Argumenta que a família se sente cansada da repetição produzida pelo álcool e que ninguém merece passar por isso. Por meio da contratransferência, imaginei que Rafael também falava de si, como representante emblemático dos profissionais da saúde. Parece que o álcool não impacta apenas o usuário, mas inclui os membros da família. Até aí, eu e a literatura científica concordamos. O que Rafael acrescenta à minha percepção do problema é que os profissionais do CAPS AD também sofrem os impactos desses quadros de sofrimento devastador. Nas palavras de Rafael, o desabafo:

Vou te confessar uma coisa! Assim como a família, os profissionais também cansam! O cara vai pra rua, bebe o dia inteiro e depois dá problema ou provoca briga por onde passa! A equipe faz de tudo pela recuperação do usuário, mas há momentos em que existe uma vontade de esfregar a realidade na cara dele!

Do cansaço, Rafael passou a falar do portão. A meu ver, sua associação mostra o cansaço dos familiares que batem à porta do CAPS AD em busca de atendimento para os seus parentes que usam álcool. Durante a sua narrativa, me vi tomado pela imagem de uma mulher na entrada do CAPS gritando por socorro. Ela estava desesperada e pedia ajuda da equipe para “salvar” (sic) o seu filho do uso do álcool.

Ela estava cansada? – foi a dúvida que me assaltou. Afinal, segundo o participante, ela já tinha usado todos os recursos possíveis para ajudar o filho. Agora, ele estava em situação de rua, desamparado, embriagado, sem perspectiva de vida. A única saída daquela mãe para aliviar a sua dor era suplicar pela ajuda do CAPS.

Novamente tem alguém batendo no portão. Escuto a narrativa de Rafael sobre um casal acompanhado de dois policiais. A mulher estava com hematomas pelo corpo e o marido embriagado manifestava hostilidade com as palavras. Rafael abriu o portão para acolher o casal e compreender o caso, porém foi surpreendido pela hostilidade do paciente que arranhou uma briga com um dos usuários que estava no pátio do CAPS AD. Nosso participante mediou o conflito e “apaguei o incêndio” (sic).

Para resolver a situação, Rafael convenceu o homem alcoolizado a comparecer à enfermaria do CAPS, onde foi medicado e observado. Após o susto, Rafael sentiu que precisava falar com a esposa do usuário. Ela estava sentada, aguardando a alta do esposo. Rafael se aproximou e se disponibilizou a escutá-la. Soube das frustrações do casamento e da mudança de personalidade do marido quando estava alcoolizado. Ao escutá-la, nosso participante se sentiu angustiado ao imaginar as futuras recaídas do usuário e o conseqüente sofrimento daquela mulher.

Foram tantos os familiares no portão do CAPS AD que, segundo Rafael, a equipe decidiu se reunir para pensar no que fazer. Já estava eu imaginando a cena de um grupo de profissionais reunidos exatamente na sala onde estávamos para aquela entrevista. Angústias e dúvidas assombravam a reunião: os familiares são acompanhantes ou usuários do CAPS AD? Qual modalidade de atendimento seria adequada a eles? O que fazer para atender suas necessidades?

De repente, alguém se pronunciou:

- Que tal um grupo de familiares?
- Sim, pode ser uma boa! – falou outro profissional.
- Rafael você aceita conduzir o grupo comigo?

Rafael aceitou o convite imediatamente e o anúncio do grupo se espalhou na comunidade. Muitas pessoas vieram ao CAPS perguntar sobre o início do atendimento. Parecia que uma demanda finalmente havia encontrado um espaço de elaboração e cuidado. Rafael descreve essa primeira experiência: “O grupo era aberto e o número de pessoas variava bastante. Os familiares compartilhavam as suas experiências e a gente tentava criar uma reflexão no coletivo”.

O que será que Rafael fazia para aliviar o “cansaço” dos familiares? Aquele cansaço, conforme desabafo anterior de Rafael, cansaço de lidar com uma situação extenuante por muito tempo.

Acompanhei as suas associações e fiquei surpreso quando ele se recordou do cansaço vivido por um casal de idosos que compartilhava com o grupo de familiares suas inúmeras tentativas de ajudar o filho em uso do álcool.

Diante da sensação de impotência e da tristeza vivida por aqueles pais, nosso participante refletiu sobre o autocuidado e os convidou a realizarem uma atividade de lazer naquele final de semana. Fiquei admirado quando ele contou que o casal cumpriu a tarefa e decidiu narrar aquela experiência prazerosa para o grupo, o que para mim soou como uma confirmação de que a escuta de Rafael se afinava às necessidades emocionais dos familiares. Confesso ao leitor que me imaginei naquela sessão, junto a Rafael, sentado em uma cadeira e interessado na narrativa do casal.

Quanto à experiência do casal, naquele final de semana, soube que tinham ido a uma festa temática dos anos 80. E que inicialmente se sentiram desorientados quanto ao que fazer para aliviar tanta preocupação com o filho em uso do álcool. Fiquei angustiado

ao imaginar os dois andando de um lado ao outro da festa, beliscando salgados e doces, constrangidos. Mas de repente, uma música começou a tocar no último volume. O engraçado, ou trágico, é que essa música começou no exato momento em que o casal estava passando por uma enorme caixa de som. Ambos pararam naquele lugar, deram as mãos e, após um sorriso, fecharam os olhos. Qualquer pessoa ficaria incomodada com o barulho daquela caixa de som! Eles não.

Segundo Rafael, foi aí que a festa começou para o casal. No grupo terapêutico, as pessoas se divertiram com o relato, o que criou um clima leve e amistoso. Porém, se aquela era uma evidência do “descanso” vivido pelos familiares, ali também se desvelava a potência do barulho interno que só pôde ser abafado pelo impacto de uma enorme caixa de som ...

Talvez essa seja a razão de encontrarmos tantos familiares no portão do CAPS AD. Eles precisam da ajuda dos profissionais para aliviar o cansaço de ouvir diariamente o barulho de emoções tão fortes.

| | |
|---|----------------------------------|
| CLÁUDIA | |
| <i>“A gente não podia se ver, mas podia escutar!”</i> | |
| Idade: 26 anos | Profissão: Terapeuta Ocupacional |

Havia acabado de encerrar uma entrevista e descobri que estava atrasado para a próxima. Peguei meu celular e mandei uma mensagem de texto para Cláudia³², pedindo desculpas pelo atraso e informando minha localização. Aquele CAPS era tão grande que fiquei admirado quando Cláudia respondeu que sabia onde eu estava.

- Ufa! Que bom! – falei sozinho.

Cláudia é uma jovem terapeuta ocupacional. Logo percebi a sua motivação para refletir sobre o tema do cuidado às necessidades dos familiares. Após explicações preliminares sobre a pesquisa, ofereci a NI para a participante e ela elaborou o seguinte desfecho:

– Maria Amélia o que você está vivendo é legítimo! É muito difícil estar no lugar da rede de apoio nessas situações. Acredito ser importante verbalizar sobre a rotina que vocês vivenciam e as principais dificuldades. Também se faz necessário acionar o CAPS nesses momentos para que possamos ofertar um espaço de cuidado para Osvaldo a fim de cuidar do uso e das relações familiares. Também se faz importante problematizar sobre o quanto estão difíceis as relações e a dinâmica a ponto de refletirmos sobre o ponto de vista dos dois.

Após completar a história, perguntei à participante o que a NI havia lhe despertado em termos de afetos, experiências e lembranças. Cláudia respondeu:

³² Nome fictício atribuído ao participante.

Essa semana eu atendi um casal que é igualzinho a Amélia e Osvaldo. O marido usa álcool, chega em casa e bate na mulher. Eu fiquei surpresa quando a esposa disse que ainda está casada com ele porque tem saudades da época em que o marido não bebia.

Cláudia destacou que os familiares convivem todos os dias com o uso dependente de álcool, enquanto os profissionais da saúde não. Segundo a participante, a convivência diária com a intoxicação de uma pessoa é uma experiência muito difícil para os familiares que se sentem desassistidos quanto às próprias necessidades. Fiquei imaginando a cena trazida por Cláudia – a da esposa que apanha, mas não se divorcia. A participante completa a cena ao descrever que na compreensão dessa esposa o marido pode se tornar outra pessoa quando se livrar do álcool. A imagem do homem com duas personalidades, sendo uma sóbria e outra alcoolizada, ressoou emocionalmente em mim e me trouxe a lembrança de encontrar esse tipo de “esperança” nos relatos de meus participantes do mestrado³³.

Fiquei surpreso quando Cláudia me contou que era nova no serviço. Tinha sido contratada na mesma semana em que o país adotou as estratégias de quarentena e isolamento social para conter os casos de Covid-19. Na sua primeira semana de trabalho, Cláudia se viu confinada em um CAPS AD praticamente vazio: nem usuários e nem familiares. O país estava em choque com o crescente número de mortes pela Covid e Cláudia tinha que elaborar novas estratégias para cuidar das necessidades dos familiares:

Passei a atender por ligação! Eu ficava o dia inteiro sentada do lado do telefone e conversava muito com os usuários e os familiares. A gente não podia se ver, mas podia se escutar!

³³ Carias, A.R. (2018). *Uma compreensão winnicottiana sobre o sofrimento de filhos de alcoolistas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, Brasil. 166p.

Cláudia e o telefone. Fiquei com a imagem da participante sentada aguardando a próxima ligação. O seu mais novo instrumento de trabalho é um objeto barulhento e até fora de moda, mas se tornou uma extensão do CAPS AD na sensorialidade das vozes, músicas e ruídos. Diferente do atendimento presencial, o atendimento via ligação telefônica possibilitava que Cláudia entrasse no universo vivido pelos familiares durante a convivência com o parente intoxicado pelo álcool. Uma das ligações descritas por Cláudia me pareceu emblemática da interface entre necessidades, sofrimento emocional e práticas de cuidado.

– Alô, quem fala?

– Aqui é a Cláudia do CAPS AD.

– Oi, Cláudia. Meu tio tá bêbado e caído aqui na rua. Acabei de achá-lo depois que os vizinhos avisaram. Estamos desesperados e sem saber o que fazer. Por favor, nos ajuda!

Naquele período de pandemia foram muitas as ligações em que Cláudia socorria familiares que viviam angustiados com o consumo de álcool do parente. A participante buscava acalmá-los e depois os orientava quanto aos sinais vitais do usuário e a necessária ligação para o SAMU. Cláudia ficava ao telefone escutando o som da ambulância que chegava, além dos comentários dos familiares e o choro do moço que havia ligado para ela. Participava da cena ao vivo e à distância e, na medida do possível, buscava atender os familiares em suas angústias e necessidades:

Eu sei como é difícil para os familiares e a gente precisa pensar no lado deles! O problema é que às vezes só dá tempo de olhar para o usuário!

Cláudia já escutou muita coisa...

Costumava conversar com as esposas dos homens em uso de álcool, que frequentemente reclamavam da agressividade do marido, da baixa adesão ao tratamento e das muitas contas a pagar. Uma vez, Cláudia escutou alguém batendo na porta de uma

das esposas. Cláudia estava ao telefone, lembra? Era o dono do bar que veio pedir para que a esposa fosse ao seu estabelecimento buscar o marido intoxicado. Cláudia participou da saga daquela mulher, oferecendo-lhe suporte emocional pelo telefone.

Há um acordo entre as esposas e os donos dos bares para não venderem fiado para os maridos. Assim elas evitam situações constrangedoras e até humilhantes como essa!

Uma outra mulher ligou para Cláudia reclamando do marido e do câncer de mama recém diagnosticado: *“Eu tive esse caroço no seio pelo estresse que esse homem me causa! Ele não para de beber!”*

Já em outra situação, Cláudia acompanhou por telefone o socorro prestado por uma família angustiada a um homem intoxicado por álcool, que passava mal dentro de casa. Também escutou na intimidade dos lares o som de tapas, xingamentos, pratos e copos que se estilhaçavam, pedidos de socorro, assim como o torturante silêncio que a deixava paralisada. Muitas vezes precisou acionar a guarda municipal, instituições especializadas no atendimento a casos de violência e os centros de saúde para oferecer suporte físico, jurídico e emocional aos familiares. Fiquei profundamente impactado ao imaginar as vivências de Cláudia ao socorrer os familiares por telefone, em cenas tão dramáticas...

– Alô! É do CAPS?

– Sim, aqui é a Cláudia.

– Oi, meu marido chegou do bar alcoolizado e agora está deitado no meio do corredor da casa. Eu tentei dar comida e água para ver se diminui o efeito do álcool, mas o homem só me xinga e volta a dormir. Não sei mais o que fazer! Preciso de ajuda!

Cláudia acredita que a dor dos familiares é muito intensa e merece um local para a sua expressão. Durante as ligações ela se sentia impactada pelo choro e pela sensação de impotência dos familiares. Cláudia conclui que é necessário reconhecer que os

familiares precisam de uma escuta qualificada e realmente interessada nas suas necessidades.

A participante teceu uma crítica aos profissionais do CAPS AD que atribuem à família o papel de parceira ou de informante no tratamento do usuário. De acordo com Cláudia essa postura inviabiliza mudanças na dinâmica familiar e favorece a manutenção do sofrimento. É uma postura que cuida do usuário, mas exclui as necessidades da família.

No lugar desta postura excludente, Cláudia propõe que os familiares tenham o mesmo direito de usufruir de todas as atividades do CAPS AD, o que inclui atendimentos individuais, grupos terapêuticos e oficinas. Fiquei entusiasmado com a ideia de usuários e familiares participando de atividades conjuntas no serviço, como no cultivo da horta, nas assembleias, atividades culturais e nos grupos em que há compartilhamento de experiências.

Encerrado o período de isolamento social, foi significativo ver os familiares voltando a frequentar o CAPS AD, quando me dei conta da importância do atendimento à distância durante a pandemia. Cláudia se surpreendeu com o carinho dos familiares que agradeciam pelos atendimentos via telefone. Também ficou admirada com as fantasias que os familiares nutriam a respeito de sua aparência. Cláudia foi imaginada como loira ou morena, alta ou baixa, médica ou psicóloga, jovem ou idosa, o que me fez associar que cada familiar a concebeu conforme suas histórias de vida. Afinal, alguns vieram ao CAPS só para conhecê-la pessoalmente...

| | |
|--|-----------------------------------|
| JOANA | |
| <i>“Aqui no CAPS, o atendimento ao familiar é pontual”</i> | |
| Idade: 27 anos | Profissão: Monitora de Atividades |

Eram onze da manhã e havia acabado de encerrar uma entrevista que começou às nove. Comi uma bolacha, tomei água e mandei mensagem de texto para Joana³⁴ que rapidamente me respondeu e disse que estava a caminho. Não demorou muito para ela entrar na sala e nos cumprimentarmos. Depois de esclarecimentos sobre a pesquisa, apresentei a NI para a qual Joana elaborou o seguinte final:

- Maria, mas que situação delicada que você vive há anos! Nunca pensou em se separar?

Maria respondeu:

- Sou totalmente dependente do meu marido. Sempre vivi para cuidar da casa e do nosso filho. Se eu me separar vamos viver do quê? Nunca trabalhei fora! Não sei se conseguiria trabalhar com a idade que tenho. E toda vez que falo em separação ele me agride verbal e fisicamente. E me humilha dizendo que eu não sei viver sem ele e sem o conforto que ele me dá!

Rita toma a palavra e diz:

- Mas você ainda é nova! Tem total capacidade de arrumar um trabalho e ir viver com seu filho sem depender dele! E hoje ainda tem vários recursos públicos que defendem o direito da mulher!

³⁴ Nome fictício atribuído ao participante.

Rita ainda diz para Amélia que hoje existem centros de tratamentos para as pessoas que usam álcool.

Maria pede orientações para Rita para procurar esses espaços onde Osvaldo poderia fazer um tratamento. Mas, ao mesmo tempo, Maria se pergunta se fará essa abordagem com Osvaldo, pois ele não se vê como um dependente de álcool. Ele não aceitaria o tratamento!

- Ele pode até me xingar se eu propor um tratamento! E caso eu insista ele pode querer me bater!

Após a escrita da NI, convidei Joana a conversar sobre as ideias, afetos e memórias que foram facilitadas pelo recurso narrativo. Ela começa explicando o desfecho:

Eu coloquei esse final da NI porque a realidade é assim! Tanto na minha família como na família dos meus amigos, o marido é autoritário, bebe e agride a esposa!

Percebi que Joana é um caso emblemático. Ela é uma profissional da saúde mental que tem uma pessoa em uso dependente de álcool na família. Essa condição chamou minha atenção, na medida em que Joana poderia associar livremente a partir de suas vivências profissionais e familiares. Imaginei que as suas elaborações continham elementos das duas perspectivas:

O familiar chega aqui no CAPS esgotado! Ele precisa de um espaço para ampliar o campo de visão. Eu sei como é difícil a convivência... Eu e minha avó já não aguentávamos mais...

Joana retomou a infância e a adolescência para narrar as suas experiências familiares. Ela cresceu com sua avó e seu tio numa humilde residência no interior, o que me transportou imaginativamente para uma casa com quintal, galinhas e uma horta no fundo. Sua narrativa apresenta uma avó bem idosa e carinhosa e um jovem tio que se

tornou o orgulho da família pela sua bondade e dedicação ao trabalho. Mas as coisas começaram a mudar na dinâmica da família quando o tio conhece uma moça...

Joana explica que o tio namorou aquela jovem e que, em poucos meses, decidiu se casar com ela. Ele mudou de casa e de rotina para constituir nova família, mas sempre visitava Joana e a avó. Fiquei intrigado quando soube, pelo relato de Joana, que a sogra do tio “mexia com feitiçaria”(sic) e que inspirava medo na comunidade. Surgiu o boato de que essa mulher misteriosa e envolvida com “espíritos do mal”(sic) fez um ritual para acabar com o casamento da própria filha. Confesso que ao escutar essa narrativa o que mais me impressionou foi o fato de Joana acreditar nessa hipótese mágica. Também associei com os contos de fadas em que bruxas poderosas amaldiçoam o amor juvenil.

Joana continua seu relato. Um dia o tio de Joana recebeu o pedido de divórcio da esposa. Ele ficou sem entender o motivo pelo qual aquele pedido lhe foi dirigido. Com o casamento desfeito e projetos pessoais arruinados, seu tio voltou para a casa da avó. Na perspectiva de Joana, esse retorno abriu o caminho para a solidão e o consumo de álcool.

Meu tio chegava bêbado em casa e começava a xingar a ex-esposa! Às vezes gritava o nome dela e chorava. Em outros momentos, ele xingava os vizinhos ou quebrava algum móvel da casa. Já tivemos que chamar a guarda para contê-lo! Muito triste recordar aquelas cenas e sentir a dor que ele viveu! Geralmente eu conversava com ele... já minha avó tentava impedir que os demais móveis da casa fossem quebrados.

Imaginei o clima emocional no lar de Joana nos dias que se seguiam às bebedeiras do tio. A participante relata que o tio ficava isolado no quarto e que, diante de uma casa completamente desorganizada, ela e a avó assumiam as tarefas domésticas e o conserto dos móveis quebrados. Fiquei refletindo sobre o sofrimento emocional vivido por Joana, e o quanto isso impactaria em seu modo de ver as necessidades emocionais dos familiares e o cuidado multiprofissional do CAPS.

Nossa entrevista foi caminhando do relato das experiências familiares para o relato das experiências profissionais. Joana explicou que uma monitora de atividades em saúde mental acompanha os usuários nas atividades terapêuticas e nas consultas médicas que ocorrem fora do CAPS AD. Ela destacou a sua participação nas oficinas e nos grupos como coterapeuta que auxilia nas reflexões e nas atividades. Joana acredita que há no CAPS AD uma carência de práticas afinadas às necessidades pessoais dos familiares:

Aqui no CAPS o atendimento ao familiar é pontual. É uma entrevista, uma orientação, um aconselhamento, tudo de forma breve. Em alguns serviços há grupos de familiares, mas observo que há uma carência de outras práticas. Eu não sei se há empecilhos burocráticos para atender os familiares no CAPS AD. Talvez sempre precise de um CID em dependência química para acessar o nosso serviço. É por isso que eu imagino que a solução para esse dilema seja a criação de um outro equipamento exclusivo para as necessidades dos familiares. Não seria maravilhoso existir um CAPS Familiar?!

Um CAPS Familiar...

Joana o imaginou em um prédio grande, com jardins e profissionais especializados. O serviço seria “porta aberta”(sic) e ofereceria aos familiares de pessoas em uso de álcool e drogas atendimentos individuais e grupais. Cada familiar teria um PTS elaborado conforme as suas necessidades, o que inclui consultas médicas, psicoterapia, terapia ocupacional e orientação com a assistência social. O CAPS Familiar seria parceiro de outros equipamentos de saúde mental e o seu atendimento não se resumiria a “apagar incêndios”, conforme a percepção de Joana.

Para a nossa participante, o CAPS Familiar contemplaria as necessidades físicas e emocionais dos familiares. Imaginei um lugar quase paradisíaco, com pessoas alegres, gentis e satisfeitas. Quando acordei desse devaneio, olhei para Joana. Ela estava pensativa e sorrindo, talvez imaginando a experiência de um familiar nesse lugar mágico.

| | |
|---|----------------------------------|
| APARECIDA | |
| <i>“Existem diferentes posturas dos familiares”</i> | |
| Idade: 42 anos | Profissão: Técnica de Enfermagem |

Era domingo à tarde e fui ao CAPS AD para uma entrevista agendada. Observei que o funcionamento do serviço aos domingos era completamente diferente dos outros dias da semana. Havia uma tranquilidade e um silêncio surpreendentes! Encontrei uma equipe mínima composta pelo enfermeiro e técnicos de enfermagem cuidando dos usuários que ocupavam os leitos.

Aparecida³⁵ logo me reconheceu e após uma conversa inicial fomos para uma sala reservada. Observei que a participante era muito extrovertida e engraçada e não demorou muito para que estivéssemos à vontade e eu pudesse apresentar a NI. Ao invés de escrever, Aparecida preferiu me ditar o seguinte desfecho:

Maria! Você não está sozinha nessa situação! Osvaldo é o homem com quem você se casou apesar de estar adoecido. Aqui no grupo você pode compartilhar as suas angústias e dores, porque isso ajuda a aliviar. Dessa forma, você vai escutar outras pessoas e ver que não está sozinha nessa situação.

Após completar a NI, convidei Aparecida a associar a respeito do tema. Ela não hesitou em compartilhar sua percepção sobre o sofrimento dos familiares: “Vejo que a família inteira sofre! É muito triste! Às vezes a gente se vê impotente sobre o que fazer para ajudar os familiares!”

³⁵ Nome fictício atribuído ao participante.

Aparecida começou a me narrar uma série de casos atendidos no CAPS AD. Percebi que a participante estava me apresentando as famílias em categorias. Dizia ela que há familiares excessivamente presentes, seja na vida do usuário ou no equipamento de saúde, mas também há os familiares ausentes que negligenciam as necessidades do usuário. Em ambos os casos, paira uma dúvida: O que fazer com essa polaridade do cuidado familiar?

Há diferentes posturas dos familiares. Há familiares que assumem o papel de cuidadores e estão presentes no serviço. Também há os agressivos que chegam no CAPS para humilhar o usuário ou os profissionais. Já os “sumidos” são muito frequentes e dificilmente a gente consegue localizar.

Acompanhei Aparecida em seu argumento sobre as diferenças entre os familiares. Ela se recordou da história de uma mãe idosa e extremamente preocupada com o tratamento do filho de 60 anos. Apesar de mãe e filho não morarem na mesma casa, todos os dias a mãe preparava a alimentação e as roupas do filho e se dirigia até a pensão onde ele morava. Frequentemente ela o encontrava sujo e bêbado e, diante dessa vulnerabilidade, ela o banhava e alimentava. Quando o filho começou o tratamento no CAPS AD ela o levava até a porta do equipamento de saúde. Aparecida a comparava a uma mãe deixando o bebê aos cuidados da babá ou de uma professora da escola infantil.

Aparecida acredita que a pessoa em uso de álcool tem demandas que exigem um cuidado intensivo. Ela se recorda das crianças de uma creche que deixam a professora ou a monitora atordoada com as inúmeras solicitações de atenção e cuidado. Ela lembra de uma antiga usuária do CAPS AD que pedia banho, comida, meias, roupas e até uma “bolacha molhadinha no leite com café”. Só não fiquei surpreso com o fato de tais

demandas serem básicas e mais comumente associadas ao universo do cuidado infantil, porque encontrei situações semelhantes nos relatos de filhos de alcoolistas³⁶.

Já os familiares que humilham o usuário ou os profissionais são vistos por Aparecida como pessoas “insensíveis e sem amor”. A participante enfatiza que é necessário amor para cuidar dos usuários, porque a tarefa não é fácil.

Muitos chegam aqui e desejam trancar o usuário no CAPS AD! Acabam falando mal do serviço e dos profissionais quando descobrem que a gente não interna. Esses familiares costumam ofender o usuário e o chamam de vagabundo ou preguiçoso. Muitos também nos ofendem. Parece que essa gente não tem amor no coração!

Fiquei chocado quando Aparecida me disse que, às vezes, a equipe só descobre quem é membro familiar na hora em que o usuário morre. A participante narrou a cena de um velório a que compareceu acompanhada de um colega do CAPS AD. Havia falecido um antigo usuário do serviço que era morador de rua e apresentava um padrão de uso dependente do álcool. A equipe achava que aquele usuário não tinha família, pois os profissionais já haviam tentado de tudo para localizar seus parentes.

Ainda no velório, Aparecida ficou assustada quando viu um homem idêntico ao usuário falecido entrar no salão. Ele se aproximou do corpo, beijou a testa e fez o sinal da cruz. Depois se aproximou dos profissionais que contemplavam a cena boquiabertos para anunciar que o falecido era seu irmão.

A gente tentou achar qualquer familiar que pudesse ser uma rede de apoio para o usuário, mas somente quando o homem morre é que a gente descobriu um irmão igualzinho a ele! Depois dele, apareceu uma porção de irmãos, sobrinhos, primos e até parentes que moravam em outras cidades. Eu e meu colega ficamos sem palavras para compreender aquela situação!

³⁶ Carias, A.R. (2018). *Uma compreensão winnicottiana sobre o sofrimento de filhos de alcoolistas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. 166p.

Fiquei impactado com o simbolismo da morte como contexto para o encontro de profissionais e familiares. Associei a respeito da morte e da vida como eternos ciclos de encontros e desencontros. Mas a despeito da minha associação, percebi que Aparecida via na família apenas uma rede de apoio ao usuário do CAPS AD. Para a participante, caberia aos profissionais oferecer aos familiares uma escuta pontual e psicopedagógica, principalmente nos momentos de crise e/ou urgência.

Aparecida também se preocupa com o manejo das diferentes condutas dos familiares e se sente incapaz de manejar os conflitos emocionais desse público. Percebi que o tema dos “familiares sumidos” (sic) intriga a participante que vê no silêncio dessas pessoas um sintoma do individualismo na vida moderna em sociedade. Segundo ela, “as pessoas andam por aí sem amor”, possivelmente enclausuradas no silêncio do próprio “egoísmo”. Refleti sobre esse tema após a nossa entrevista e pensei que o silêncio pudesse comunicar o distanciamento dos familiares para manter a própria sanidade. Quando eu estava voltando para casa identifiquei no ônibus que o silêncio era uma experiência marcante naquela tarde preguiçosa de domingo...

| | |
|--|-------------------|
| JESSÉ | |
| <i>“Eu acho que nós podemos escutar os familiares”</i> | |
| Idade: 29 anos | Profissão: Médico |

Cheguei no CAPS AD às 10 da manhã e aguardei perto da enfermaria. Jessé³⁷ estava atendendo a uma intercorrência. Um usuário havia esmurrado uma porta do CAPS e, além dos cuidados para com a mão machucada, precisava do médico para prescrever a medicação. Senti que havia no ar um clima tenso e que um silêncio constrangedor impregnava o ambiente. Observei no olhar dos demais profissionais uma preocupação com todos os usuários.

Jessé terminou o atendimento e logo percebeu a minha presença. Destaquei para ele a possibilidade de reagendarmos a entrevista, mas o participante afirmou que já havia terminado a sua atividade. Fomos para uma sala reservada e Jessé começou a me descrever o que havia acontecido. Naquela manhã, dois usuários haviam se desorganizado e ambos começaram a bater em objetos ou pessoas. Um dos rapazes havia agredido outro usuário e o último havia quebrado o vidro de uma porta. Pelo relato de Jessé, logo percebi que a violência fazia parte do cotidiano daquele lugar: “Aqui no CAPS a gente está sempre lidando com situações de violência! Às vezes, o usuário quebra um objeto ou até briga com outra pessoa.”

Assim que Jessé se acomodou, convidei-o a participar da entrevista como um momento de reflexão sobre as necessidades dos familiares dos usuários. Apresentei a NI e ele elaborou o seguinte desfecho: “*Maria Amélia, fico feliz por ter vindo hoje! Estamos aqui para ajudá-la!* Na sequência, Jessé fez um comentário sobre a NI: “*Sabe o que me*

³⁷ Nome fictício atribuído ao participante.

chamou a atenção nessa história? Foi o desespero no olhar dos familiares. Eu já vi esse desespero aqui no CAPS”.

Jessé encerra a NI com um única frase e logo passa a focalizar o desespero de pais, cônjuges e filhos que frequentam o CAPS AD em busca de auxílio. Como outros participantes desta pesquisa, Jessé recorta cenas em que os familiares se sentem cansados, impotentes, tristes ou amedrontados. Ele compreende que o uso dependente do álcool desencadeia conflitos emocionais, dificuldades financeiras e segredos familiares capazes de comprometer as relações saudáveis.

Jessé reconhece na NI uma situação comum no CAPS AD, visto que os familiares convivem com a violência e/ou instabilidade emocional do parente. A afirmação recorrente de que “o usuário parece ter duas personalidades diferentes” ressoou em mim como um trovão que anuncia a tempestade emocional vivida pelos familiares. Apesar do caos, Jessé parecia se manter firme e confiante em seu papel.

O que a gente pode fazer? Eu acho que nós profissionais podemos escutar os familiares. Ouvir é o primeiro passo para diminuir o sofrimento.

Jessé compreende o CAPS AD como um ambiente de escuta aos familiares. Uma escuta disponível aos temas espinhosos vividos por essa população, já marcada pelo sofrimento.

Fiquei pensativo com a perspectiva de Jessé de que a maior dor sentida pelos familiares é a impossibilidade de alcançar o “sonho da família feliz”. Festas como aniversários, Páscoa, Natal e Ano Novo são sempre vividas como momentos tristes em função dos conflitos provocados pelo parente em uso dependente de álcool. Jessé vê na comparação humana a explicação para o sofrimento dos familiares, pois quando se comparam com a realidade vivida por outras famílias se percebem carentes de experiências positivas.

Acompanho o participante em sua reflexão sobre os grupos de mútua-ajuda como espaços de cuidado em que os familiares “se sentem em casa”. No seu modo de ver, o cuidado no CAPS AD deve facilitar a experiência dos familiares “se sentirem em casa, seguros, como se estivessem em família”.

Em contraposição ao modelo imaginado, Jessé referiu algumas dificuldades do serviço, como o desmantelamento das políticas públicas e a falta de verbas que resulta na escassez de profissionais contratados. Nesse contexto, Jessé se vê “apagando incêndios e não lidando com a origem do fogo”. Naquele momento da entrevista, senti a frustração de nosso participante e me questionei se naquele momento estava falando do seu próprio desespero.

Eu me vejo enxugando gelo aqui no CAPS! Foi um processo muito doloroso entender que não vou salvar todo mundo. Precisei elaborar isso! E acho que o mesmo raciocínio se aplica aos familiares!

Recuperado da frustração, Jessé me descreve um atendimento multiprofissional a uma senhora que estava acompanhada das duas filhas adultas. Junto a ele estavam duas psicólogas que também trabalham no CAPS AD. Imaginei uma sala grande que acolhia todas essas pessoas, principalmente a paciente idosa sentada numa cadeira de rodas. Soube que essa paciente consumia álcool desde a juventude e que na velhice lidava com as complicações das doenças crônicas relacionadas ao uso de álcool.

Como de costume, Jessé conferiu os exames e fez orientações para a adesão ao tratamento. A mulher manifestou resistência e reclamou do controle das filhas quanto ao seu consumo de álcool. As filhas revidaram a reclamação da mãe enquanto Jessé e as psicólogas ficaram paralisados na frente das três mulheres que discutiam.

O calor do conflito aumentou e uma das filhas disse à mãe que estava cansada do comportamento dela, enquanto a outra filha recordou cenas da infância em que foi negligenciada de afeto materno. As filhas saíram da sala aos prantos e as psicólogas foram

atrás para oferecer suporte emocional. Já nosso participante ficou na sala observando aquela senhora. Ela, em silêncio, se debatia entre a raiva e a tristeza. Jessé conclui que aquela situação era uma prova viva da importância de incluir as necessidades da família no tratamento de saúde mental:

Percebi que o enquadre do atendimento não foi dos melhores. Porém vimos a dinâmica familiar acontecer na nossa frente! Ficou visível que a família do usuário precisa de cuidado especializado. Nós ficamos paralisados com aquela discussão e no calor do momento não sabíamos o que falar.

| | |
|--|-----------------------------|
| EDUARDO | |
| <i>“Às vezes, as famílias não vêm ao CAPS com o coração aberto!”</i> | |
| Idade: 28 anos | Profissão: Redutor de Danos |

Eu e Eduardo³⁸ estávamos em um ateliê de artes do CAPS. Era uma sala muito grande e havia quadros pintados pelos usuários. Eduardo começou a me explicar suas atividades como redutor de danos. Ele vai ao encontro dos pacientes que estão em profunda vulnerabilidade social e que não almejam interromper o uso de álcool e/ou drogas. Eduardo lhes oferece estratégias de redução de danos, o que configura um cuidado afinado às necessidades.

Ofertei a NI para Eduardo como recurso dialógico para a nossa entrevista. Após refletir em silêncio, elaborou o seguinte desfecho:

– Você não merece passar por isso! Você tenta ajudar seu marido, mas não há reconhecimento pelo seu esforço! Você tem que buscar um lugar de tranquilidade para cuidar do seu filho! – disse Rita que era uma vizinha. Rita havia orientado Maria Amélia e Osvaldo a participarem do grupo de familiares do CAPS AD.

O profissional que conduz o grupo agradeceu Maria Amélia e Rita por suas falas. Ele diz que aquele é um momento significativo para Amélia e que era difícil dizer para ela o que fazer nessa situação. Na sequência, o profissional faz algumas perguntas para Maria Amélia.

– Há quanto tempo seu marido faz uso do álcool? Você percebe algum motivo para ele ir ao bar? A briga é antes ou depois que ele vai para o bar? Mais ou menos quanto de álcool ele bebe para acontecer uma agressão?

³⁸ Nome fictício atribuído ao participante.

Amélia respondeu:

– Ele já acorda de manhã mal-humorado e quando vejo nós já estamos discutindo verbalmente! Eu acredito que seja em função dos problemas financeiros! Ele acha que nosso filho já deveria trabalhar! Mas ele é adolescente ainda! Já meu marido não arruma nenhum trabalho! Ele discute comigo pela manhã e depois já vai para o bar.

Oswaldo, que também estava no grupo, diz:

– Eu não aguento ficar em casa! Ela me cobra em tudo! É para pagar contas, fazer muitas coisas! Eu não aceito ser cobrado e meu filho não! Por isso vou para o bar tomar a minha cachacinha e conversar para distrair desses problemas.

Amélia responde:

– Eu nunca me importei de você sair para se distrair e tomar sua cerveja com os amigos e vizinhos. Porém, isso se tornou um problema dentro e fora de casa quando passou a ser todo dia, todo momento e toda hora! Cara, você deixou de fazer outras coisas! Não tem outros compromissos e afazeres! E por isso, meu querido, que estamos aqui para ajudar você a se recuperar!

O profissional se dirige a Oswaldo e começa a perguntar:

– Oswaldo, quais são as atividades que você fazia quando estava mais ativo? Qual a sua profissão? Você deseja trabalhar? Você tem algum problema de saúde? O que te irrita em casa? Tem alguma atividade que você poderia fazer com sua mulher para ajudá-la em casa?

Durante o atendimento, o profissional articula com Oswaldo algumas atividades que ele poderia fazer para ajudar a esposa. O profissional também aproveita a ocasião para explorar as atividades de prazer do Oswaldo como hobbies, esportes, amizades, dentre outras que ele não tivesse feito.

Oswaldo responde:

– Eu tinha uma vida muito ativa! Saía cedo todos os dias para trabalhar e quando eu voltava já saía para andar com o cachorro. Depois eu ia para o mercado ou uma padaria, preparava janta com a minha esposa e aos finais de semana a gente sempre saía para passear. Daí eu fui demitido e com a minha idade fica difícil arranjar um emprego! Meu cachorro morreu também e não me sinto mais motivado a fazer outras atividades. Bebo para esquecer as dificuldades que nós temos passado!

O profissional pontua para Osvaldo o interesse que ele tem de parar a bebida e de buscar outras formas de prazer.

– Você pode escolher parar de beber ou reduzir o uso para você ficar bem. Aqui no CAPS a gente tem muitas atividades como oficinas, atendimento grupal, atividades culturais e contamos com atendimentos de médicos, da enfermagem, da psicologia, da terapia ocupacional, dentre outros. Você pode, inclusive, pensar com a equipe uma medicação para te ajudar no início do seu tratamento.

Após completar a NI, perguntei a Eduardo o que lhe veio à mente enquanto escrevia a história. Ele responde:

Eu imaginei o grupo acontecendo nessa sala! Ali estava o Osvaldo! Já Rita e Maria Amélia estavam sentadas do outro lado! Na minha cabeça aqui estava cheio de gente! E era eu quem conduzia o grupo!

Eduardo argumenta que as famílias pedem ajuda aos profissionais quando o parente está intoxicado pelo álcool e apresenta comportamentos abusivos dentro de casa. Nosso participante recordou o caso de uma esposa que acompanhava o marido ao CAPS. Ela descreveu aos profissionais a rotina do marido ao chegar em casa intoxicado e delirando sobre uma suposta traição da esposa.

Eduardo e seus colegas ouviram do marido a narrativa de que a esposa o traía na cama do casal. Para o marido, a “prova da traição” era o fato de que uma das telhas da casa estava numa posição diferente. Esse detalhe era suficiente para sua crença de que

vários homens subiram no telhado da casa, entraram no quarto do casal e mantiveram relações sexuais com sua esposa.

Fiquei impactado com a cena descrita por Eduardo. Imaginei a vivência diária dessa esposa sentindo-se invadida e angustiada. De acordo com Eduardo, a equipe cuidou desse usuário no leito e, após a diminuição do delírio, nosso participante decidiu se aproximar da esposa para conversar.

Eu puxei assunto e nós começamos a conversar. Ela disse que estava cansada de viver aquela situação! Todo dia era a mesma coisa! Ele bebia e chegava em casa delirando!

Eduardo acredita que há uma carência de orientação aos familiares no CAPS AD. Percebi no seu discurso certa ambivalência na medida em que acrescentava experiências em que se decepcionou ou sentiu raiva dos familiares. A fala do participante de que a “família só aparece no CAPS quando há algum interesse” me deixou perplexo e pensativo quanto ao misto de amor e ódio vivido pelos profissionais no trabalho com os familiares.

Às vezes, as famílias não vêm ao CAPS com o coração aberto! Elas chegam culpando os profissionais, exigindo coisas e até dificultando o tratamento da pessoa em uso dependente do álcool.

Acompanhei as associações de nosso participante e imaginei a visita da equipe de profissionais à casa de um usuário que havia abandonado os atendimentos do CAPS. Fui tomado pela cena dos profissionais batendo palmas diante de um portão. Após serem recebidos pelo próprio usuário avistaram um grande terreno de família com diversas casas onde moravam parentes que compartilhavam do mesmo quintal.

Os profissionais foram conduzidos até a casa do usuário enquanto cumprimentavam os demais parentes que, da porta de suas casas, os observavam. Na residência do paciente, foram recebidos pela esposa e pelos filhos que os convidaram para tomar um café e comer um bolo. Durante o encontro, o usuário falou sobre a sua recuperação do álcool e que ele e sua família estavam contentes com o resultado. Nosso

participante ficou admirado com a recuperação do paciente e, após a visita, compartilhou com os colegas a sua satisfação.

Entretanto, toda essa situação de “cura espontânea” teve uma reviravolta quando Eduardo recebeu uma notícia no dia seguinte. Ele descobriu que os familiares controlavam o consumo de álcool do usuário oferecendo pequenas doses quando ele estava ansioso. O discurso de total recuperação narrado durante a visita era uma falácia, visto que o paciente ficava intoxicado no próprio quintal da casa ao conseguir doses de álcool dos seus vizinhos/parentes. Senti o ódio que Eduardo comunicava pelo fato dos profissionais terem sido enganados pelos familiares:

Você acredita que o cara tinha até um copo sagrado para beber a pinga?! Era só bater na porta do parente e ganhava uma nova dose. A gente nem imaginava que a família era capaz de se fazer uma coisas dessas! Como é possível?

Em seguida, os familiares foram chamados ao CAPS AD para que a equipe pudesse compreender aquela situação. Eles ouviram o relato emocionado da esposa que se sentia cansada do consumo de álcool do marido e dos constantes problemas que ele causava nos bares. Os familiares decidiram controlar a oferta de bebida dentro de casa para que o usuário não saísse para o bar, mas acabaram criando para si nova prisão emocional. Agora, todos os dias, o usuário batia à porta dos parentes e, caso não conseguisse a sua “dose sagrada” (sic), ameaçava a família dizendo que estava a caminho do bar.

Imaginei a cena dos profissionais boquiabertos diante da hostilidade dos familiares que se mostraram resistentes a qualquer tipo de intervenção. Os familiares discutiram com os profissionais e romperam mais uma vez o vínculo com o CAPS AD para manter a dinâmica familiar. Percebi que essa situação em que os profissionais se sentiram rejeitados e impotentes despertou em nosso participante o sentimento de raiva.

Eu até tento compreender a família. Afinal, não é fácil ter alguém no seu ouvido ameaçando ir para o bar. Mas a família mantém o problema! Nós tentamos ajudar, mas não conseguimos! Isso dispara um monte de sentimentos. O que fazer com tudo isso?

O que fazer com tudo isso? Essa foi a pergunta que ficou latejando na minha mente, enquanto refletia sobre a família ter tentado algo muito semelhante à redução de danos, porém sem sucesso...

| | |
|--|----------------------------------|
| FRANCISCO | |
| <i>“Eles queriam uma resposta! Já eu queria que o grupo pensasse junto!”</i> | |
| Idade: 28 anos | Profissão: Terapeuta Ocupacional |

Encontrei Francisco³⁹ próximo à enfermaria do CAPS e nos dirigimos para uma sala reservada. Reparei que ele estava com dois estojos cheios de lápis e canetas. Parece que Francisco veio “preparado” para a nossa entrevista. Imaginei que os seus colegas do CAPS tinham comentado com ele a respeito do desfecho de uma história fictícia. Após uma conversa inicial em que falamos sobre a rotina do serviço, apresentei a NI como um recurso dialógico para nossa interação. Francisco elaborou a parte final da narrativa:

– Isso acontece há muito tempo? Você pretende ficar com seu marido mesmo ele te agredindo?

O coordenador do grupo diz:

– Nesse momento que seu marido chega em casa, o que você faz? Como você se comporta? Você consegue se comunicar minimamente com ele? Ou você fica tentando discutir com ele enquanto está bêbado?

– Eu fico muito irritada, discuto com ele e o agrido também!

O coordenador novamente pergunta:

– É possível conversar com ele depois de passar o efeito da bebida?

– Não tem como! Ele não dá entrada para uma conversa. Já tentei várias vezes conversar. Mas não tem jeito! Ele é o homem que eu amo!

Viviane então comenta:

³⁹ Nome fictício atribuído ao participante.

– Isso aconteceu comigo há muito tempo! O primeiro homem com quem me relacionei. Eu era muito apaixonada e no começo me sentia segura com ele.

O coordenador do grupo pergunta:

– Viviane, quais estratégias você usou para lidar com o consumo de álcool do marido e também romper com a violência?

– Eu comecei a ir na igreja e as pessoas da paróquia me ajudaram. Teve uma irmã que me ofereceu para ficar na casa dela durante uns dias. No começo foi muito difícil porque eu sentia muitas saudades dele. Mas com o tempo eu consegui pensar menos nele.

Seu José, então, comenta:

– Você precisa denunciar ele para a polícia!

Maria Amélia balança a cabeça, dando uma negativa pois tem medo de denunciar.

O coordenador então pergunta para Amélia:

– Existe algum familiar ou uma pessoa de confiança com quem você e seu filho possam contar?

– Não tenho! Eu sou sozinha no mundo! Somente eu e meu filho!

Então o coordenador devolve para o grupo:

– Como podemos pensar outras formas de fortalecimento para Maria Amélia e seu filho? Já que todos moram aqui no mesmo bairro, o que podemos fazer para ajudar Amélia?

Amélia responde:

– Ah! Mas eu já fui falar com o meu pastor. Ele me orientou a orar e aguardar em Deus para o milagre da cura do alcoolismo do meu marido! Ele me falou que casamento é pra sempre!

O coordenador pergunta:

– Além da igreja e do pastor, quais outros espaços que você frequenta e pessoas que você conhece para pedir ajuda? Você frequenta o posto de saúde? Você trabalha? Alguém do seu trabalho consegue te ajudar?

Maria Amélia responde:

– Eu tenho vergonha de falar sobre isso! Trabalho como diarista e tenho um patrão que se preocupa comigo. Às vezes, ele me vê até machucada ou triste e chega a perguntar. Costumo dizer que não é nada.

O coordenador orienta:

– É importante, na medida do possível, conversar com o seu companheiro acerca do ocorrido. Bem como conversar com ele sobre o acompanhamento no CAPS. É também importante pensar em como proteger a criança das situações em que o pai está intoxicado e querendo conflitos. É importante que você não banalize as agressões! Se for seu desejo é interessante se fortalecer para tomar decisões para seu bem-estar e do seu filho!

Após completar a NI, convidei Francisco a associar a respeito das memórias e afetos despertados pela história. Nosso participante estava entusiasmado e, percebi em seu relato, um fio de sentido a respeito dos desencontros entre profissionais e familiares.

Os familiares chegam ao CAPS AD pedindo internação para o parente. É difícil eles entenderem que a gente não trabalha com essa lógica. Acho que o pedido de internação é sinal de uma angústia muito grande! E deve ser tão grande que, após saberem que o CAPS não interna, alguns se frustram e até se afastam do serviço.

Percebo um constante desencontro entre profissionais e familiares. Francisco argumenta que a família chega ao CAPS AD acreditando que o serviço oferece uma solução mágica para a cura do uso de substâncias. Já os profissionais esperam que a família colabore no tratamento do usuário.

Encontros e Desencontros.... Meu pensamento vagou até outras vivências em que essa dialética está presente. A criança que se alegra ao ver os pais quando sai da escola, o namorado que sente o coração bater mais rápido quando revê o seu amor e a conquista do profissional pela tão sonhada vaga de trabalho são vivências emblemáticas de re(encontros) existenciais. Já os amigos que mudam de cidade e não entram mais em contato, a incompreensão dos pais quanto à vocação do filho, ou o objeto perdido e que nunca foi encontrado são vivências emblemáticas dos desencontros da vida. A questão é: o que fazer quando predomina o desencontro?

Acompanho as associações de Francisco quanto a uma experiência de desencontro. Ele era terapeuta de um grupo de familiares de outro CAPS AD. Na rotina do atendimento, Francisco escutava as histórias dos familiares e elaborava perguntas com o intuito de ajudá-los na criação de estratégias de enfrentamento e solução de problemas. Na sua perspectiva, o referido enquadre é capaz de facilitar uma participação democrática e responsável de todos os envolvidos. Porém, Francisco se surpreendeu no dia em que os familiares o pressionaram a mudar o funcionamento do grupo.

Eles queriam respostas para os problemas! Já eu queria que todo o grupo pensasse! Meu lugar é na horizontalidade com eles! Não posso dizer o que devem fazer, mas posso pensar junto com eles!

Segundo Francisco os familiares estavam insatisfeitos com o questionamento do profissional que conduzia o grupo para a proposição coletiva de soluções. Imaginei Francisco estupefato diante do porta-voz do grupo que disse: “Se você só faz perguntas para a gente responder não faz sentido vir aqui!” Percebi a frustração de nosso entrevistado e imaginei a frustração dos familiares. Havia um desencontro de expectativas que produzia um novo sofrimento emocional.

Vi em seu relato um Francisco confuso, incomodado e frustrado ao defender aquele enquadre para o grupo de familiares. Parecia até que eu estava lá, ao seu lado, no

encerramento do grupo terapêutico daquele dia. Então, Francisco saiu da enorme sala de grupos e foi até a recepção do CAPS. Ao chegar lá, soube que uma mulher, mãe de um usuário, estava ligando repetidamente ao serviço. Os profissionais estavam visivelmente irritados com ela a ponto de a rotularem como “carente, descompensada, controladora, doida” (sic), dentre outros termos de caráter pejorativo. Francisco se sentiu incomodado com a postura dos colegas. Para ele era óbvio que aquela mulher estava sofrendo e precisava de uma escuta afinada. Havia ali uma necessidade que precisava ser manejada e cuidada.

O telefone tocou mais uma vez. Os profissionais do CAPS AD se entreolharam, já com ar de desdém ou irritação. Francisco se levantou e atendeu a ligação. Escutou a voz daquela mulher chorosa que pedia notícias do filho. Após acalmá-la, Francisco a convidou a participar de um atendimento individual no CAPS AD. A princípio, ela ficou surpresa e até falou: “Mas o doente é meu filho. Eu tenho que ir mesmo?” Com um sonoro “sim”, Francisco agendou uma sessão de acolhimento para aquela mulher.

No dia do atendimento, Francisco a recebeu no CAPS AD. Era uma senhora idosa, vestida com roupas simples e que lhe transmitia a impressão de ser uma mãe dedicada. Ao escutá-la, Francisco se sentiu incomodado com a postura de “salvadora” daquela mulher. Parecia que ela havia internalizado o papel de cuidadora e/ou salvadora de todas as pessoas vulneráveis, o que incluía o seu filho, e a levava a sacrificar as próprias necessidades físicas, econômicas, sociais ou emocionais.

Francisco acompanhou durante um tempo aquela mulher. Focalizou seu trabalho na importância do autocuidado, do respeito aos próprios limites e da colocação de limites ao outro, principalmente quando se estabelece uma relação abusiva. Nosso participante sentiu que seu trabalho estava sendo eficaz no acolhimento de necessidades, de modo diverso à experiência anterior com o grupo de familiares, quando cessaram os

telefonemas daquela senhora ao CAPS. Francisco se sentiu realizado quando ela lhe contou que finalmente iria viajar. Depois de décadas, aquela mulher estava se permitindo viver uma experiência de satisfação pessoal. De seu lado, Francisco estava satisfeito por ter encontrado uma prática de cuidado que fosse ao encontro da necessidade emocional de um familiar...

| | |
|--|----------------------|
| EVA | |
| <i>“Eu tenho a sensação de que os familiares não enxergam o sofrimento do usuário, assim como o próprio usuário não enxerga o sofrimento dos familiares”</i> | |
| Idade: 35 anos | Profissão: Psicóloga |

Encontrei Eva⁴⁰ no portão do CAPS AD e nos dirigimos para uma sala reservada. No caminho fomos conversando sobre temas da Psicologia. Já acomodados na sala, Eva compartilhou sobre o seu interesse em psicanálise e aproveitei a ocasião para convidá-la a associar livremente na escrita da NI. Eva elaborou uma breve conclusão:

Rita trouxe ao grupo uma história bem parecida, em que o marido usava álcool. O companheiro de Rita estava em atendimento no CAPS há 4 meses. Ela aproveitou os atendimentos em grupo para refletir sobre o seu relacionamento e pensar se continuará casada.

A psicóloga do grupo faz uma pergunta provocadora:

- O que se apresenta de tão ambivalente no convívio com uma pessoa que faz uso de álcool?

Após a escrita da NI, convidei a participante a compartilhar as associações despertadas pela história.

A família vive uma ambivalência. Ora gosta do parente que usa álcool, ora o odeia. Eu tenho a sensação de que os familiares não enxergam o sofrimento do usuário, assim como o próprio usuário não enxerga o sofrimento dos familiares. Essa é uma demanda que os profissionais precisam cuidar!

⁴⁰ Nome fictício atribuído ao participante.

Eva destaca a influência dos familiares no tratamento dos usuários. Ela argumenta que os familiares são capazes de colaborar tanto com a recuperação como com a piora da condição emocional do usuário. Na sua concepção, a equipe de profissionais do CAPS AD precisa acolher os familiares e elaborar diferentes estratégias de cuidado:

Que lugar ocupa o usuário na família? Essa é uma pergunta importante. Às vezes, ele pode ser o bode expiatório. Aquele que recebe todo o ódio da dinâmica familiar! Precisamos identificar esse movimento e pensar em estratégias de cuidado para usuários e familiares.

Também achei interessante a perspectiva de Eva sobre o luto vivido pelos familiares. Ela acredita que os familiares perdem a imagem idealizada do parente que consome o álcool, tal como o luto dos pais pelo filho imaginado quando se deparam com o filho real. Eva destaca que essa “quebra de idealização” precisa ser identificada e acolhida pela equipe do CAPS AD por meio de uma escuta sensível capaz de suscitar processos de mudança nos familiares.

Permaneci atento ao raciocínio de Eva sobre o papel da idealização dos familiares na problemática do usuário. Na concepção da participante, os usuários frequentemente resgatam dolorosas lembranças da família de origem, visto o impacto da violência física ou emocional vivida. Ela percebe que a família de origem é frequentemente culpabilizada por eles como fonte de sofrimento que os motivou ao uso da substância. Eva já escutou inúmeras narrativas em que os usuários utilizam o álcool como válvula de escape para o sofrimento vivido.

A ideia da família como a origem dos traumas vividos pelos usuários chamou a minha atenção. Recordei que a família é anunciada em nossa cultura como a “célula da sociedade” ou o “fundamento da personalidade” de cada indivíduo. Inclusive, muitas teorias psicológicas fazem uso do conceito de família para explicar os complexos fenômenos emocionais. Se a família é tão poderosa para impactar o usuário, qual é o lugar destinado a ela nos serviços públicos de saúde mental?

Eva defende o cuidado à família no CAPS AD. Ela acredita que seja necessário um conjunto de intervenções especializadas para satisfazer as necessidades emocionais dos familiares. No seu entender, a primeira prática a ser oferecida a esse público é uma escuta sensível e empática, capaz de mobilizar nos familiares a sensação de serem compreendidos nas suas experiências. Atendimentos individuais e grupos terapêuticos ou de suporte podem oferecer as condições para a mudança psíquica. Além disso, Eva destaca que outros serviços do SUS como o Centro de Saúde e os Centros de Convivência podem ser parceiros do CAPS AD no cuidado aos familiares.

A família é importantíssima e deve ser inserida no CAPS AD! Temos que oferecer um espaço de escuta e reflexão. Oferecer atendimentos individuais, oficinas e até encaminhamentos para outros serviços. O Centro de Saúde pode ser um bom parceiro.

Vejo Eva refletir sobre o relacionamento entre usuários e familiares que testemunhou no CAPS. Enquanto imaginava as cenas narradas pela participante me senti impactado pelo choque de realidade e desilusão vivida pelas pessoas no seio familiar.

Acompanhei o relato de Eva sobre um jovem que consumia álcool e se sentia abandonado pelo pai, assim como a experiência de uma mulher que apanhava do marido por consumir substâncias, sendo julgada pelos demais membros da família. Porém, fiquei profundamente sensibilizado com a última história descrita por nossa participante.

Durante o relato de Eva, fui transportado imaginativamente para o velório de uma pequena cidade. Havia falecido o irmão de um dos usuários atendidos pela participante. A família estava reunida em volta do caixão, lamentando a perda do ente querido com destaque para a mãe que chorava copiosamente. O usuário chegou atrasado para o velório e ao encontrar-se com a família recebeu críticas pelo atraso. Ele se dirigiu à mãe, na expectativa de acolhimento, mas dela recebeu uma dura resposta que lhe cortou o coração:

– “A vida me foi ingrata! Perdi o meu filho! Por que não foi você quem morreu?!”

| | |
|---|----------------------|
| ALINE | |
| <i>“O meu papel ali era facilitar o diálogo!”</i> | |
| Idade: 34 anos | Profissão: Psicóloga |

Aline⁴¹ e eu estávamos em uma sala no piso superior do CAPS AD. Conversamos brevemente sobre a rotina do serviço e suas atividades como psicóloga. Esclareci os termos da pesquisa, apresentei a NI e ela elaborou uma espécie de desabafo:

Maria Amélia, não podemos mais apanhar caladas!

Que bom que você veio para o grupo, pois aqui você pode se fortalecer e tentar encontrar um caminho possível para interromper essa situação e tirar você e seu filho do convívio com o álcool e a violência.

Após completar a NI, perguntei a Aline o que lhe veio à mente ao escrever a história.

A NI faz muito sentido no cenário do CAPS AD. Muitas mulheres relatam que o marido chega em casa intoxicado e que provoca confusão. Por isso é importante fortalecer as mulheres! Principalmente as mulheres da família, para que elas possam se emancipar!

Aline é psicóloga no CAPS AD. Ela coordena um grupo de mulheres que aborda o tema da condição feminina no tratamento do uso de substâncias. No grupo, há tanto usuárias quanto mulheres na condição de familiares. Percebi que esse coletivo é um espaço de compartilhamento de experiências e empoderamento das mulheres para que possam enfrentar uma sociedade machista e patriarcal.

O grupo é muito interessante! Nós trabalhamos sobre emancipação feminina, igualdade de gênero e direito das mulheres. É um espaço de saúde mental importante para as usuárias e mulheres que são familiares de usuários.

⁴¹ Nome fictício atribuído ao participante.

Aline ressalta que o machismo e o patriarcado perpassam as experiências dos familiares, o que exige práticas de cuidado que considerem essa forma de opressão. Segundo Aline, há diferentes estratégias ou ferramentas que objetivam estruturar uma atenção multiprofissional a esse público. Os grupos terapêuticos, o atendimento pontual às urgências vividas pelos familiares, a mediação dos profissionais para a resolução de problemas e a sobrevivência da equipe perante os ataques da família são as principais ferramentas de cuidado apontadas pela participante.

Destaco duas dessas estratégias em função do impacto emocional que vivi ao escutar as experiências de Aline. A primeira é a sobrevivência emocional da equipe aos ataques da família. Fiquei aturdido quando soube da participante que os profissionais do CAPS AD se sentem pressionados a curar a pessoa que consome álcool. Quando não conseguem cumprir a “tarefa” são “atacados” pelos familiares do usuário. Aline explica que os familiares estão cronicamente cansados e frustrados com o uso de álcool do parente. Na sua visão, os familiares manifestam hostilidade quando se deparam com o fato de que o usuário não foi, e nem será, magicamente curado. Os profissionais devem sobreviver aos ataques da família, ou seja, não revidar e compreender as razões dessa revolta: “A família nem sempre quer a realidade. Não dá para prometer uma cura mágica! É por isso que eles se sentem atraídos pelo discurso da internação”.

Já a mediação é, para Aline, a principal estratégia de cuidado. Na sua visão, o profissional do CAPS AD é um facilitador do diálogo entre usuário e familiares, mediando a troca de experiências e a resolução de conflitos:

A gente faz a mediação dos conflitos familiares. Isso favorece a comunicação, o bem-estar, e fortalece os vínculos entre os usuários, familiares e profissionais do CAPS AD.

O mediador. Fiquei imaginando os profissionais do CAPS AD como facilitadores para o (re)encontro entre usuários e familiares. Associei sobre o símbolo da balança como uma representação do equilíbrio entre as duas partes. A balança está presente na mitologia

e na literatura, geralmente relacionada à solução de problemas. Resgatei a imagem da deusa *Themis* que, com os seus olhos vendados, pesa a justiça dos homens com uma balança. Fiquei pensativo. Será que os profissionais do CAPS AD estão conseguindo estabelecer um justo equilíbrio entre as necessidades dos usuários e dos familiares?

Aline conta vivências emblemáticas de sua função de mediadora. Fui tomado pela narrativa de um atendimento conduzido por nossa participante em que mãe e filha entraram em conflito. A mãe consumia álcool há muitos anos e a filha tentava estabelecer metas para o tratamento da mãe. Diante do conflito, Aline assumiu o papel de facilitadora do diálogo. Buscou escutar a ambas e elaborar uma proposta de cuidado afinada às necessidades de mãe e filha. Aline compreendeu que, naquele caso, a redução de danos era a melhor estratégia a ser usada e orientou a filha sobre o procedimento. Apesar da mediação, Aline percebeu que os conflitos familiares continuaram após o atendimento.

Essa senhora vivia frustrando a família. Uma vez foi encontrada na rua, alcoolizada e desmaiada. Às vezes, ela chegava a se agredir! A gente buscava mediar o conflito familiar e favorecer o diálogo. Hoje essa usuária do CAPS AD está mais tranquila e conseguindo ficar mais tempo em casa!

Acompanhei Aline quando sua memória alcançou a ansiedade de um casal que frequentava o CAPS AD. O marido era paciente do CAPS e a esposa o acompanhava no tratamento. Naquele dia, Aline percebeu que ambos estavam irritados. Andavam de um lugar para o outro e às vezes trocavam palavras agressivas. Nossa participante decidiu intervir, assumindo a função de facilitadora do diálogo. Aproximou-se do casal e perguntou a razão daquele desconforto. O marido explicou que estava angustiado com o aplicativo de celular que é usado para solicitar o auxílio financeiro do governo. Aline percebeu que o motivo do desentendimento se resumia a uma dificuldade em acessar o aplicativo. Ela ajudou o casal na solicitação do benefício esclarecendo suas dúvidas sobre o aplicativo. No dia seguinte, Aline se surpreendeu com o impacto de sua intervenção,

visto que a esposa do usuário retornou ao CAPS AD para lhe presentear com uma caixa de bombons como gesto de agradecimento.

Na sequência, Aline destacou uma experiência em que se sentiu mediadora. Em uma reunião de equipe ela soube da condição de uma usuária idosa em situação de vulnerabilidade, porque fazia uso dependente de álcool e morava sozinha. Essa senhora não conseguia realizar tarefas básicas como alimentação, higiene pessoal e pagamento de contas. Quando Aline decidiu entrar em contato com a família, descobriu o telefone do filho daquela senhora.

Nossa participante entrou em contato com o filho, que morava em outra cidade. Ela o convenceu a visitar a mãe e combinou de encontrá-lo na rodoviária assim que chegasse de viagem. Quando o filho entrou na casa materna foi recebido com hostilidade. A mãe menosprezou a presença do filho e este revidou com palavras agressivas e com lembranças de um passado em que a mãe saía para o bar e o deixava sozinho em casa. Fiquei impactado com aquela situação e perguntei à Aline o que sentiu. Ela respondeu:

Eu senti compaixão! Sabe, eu acho que as pessoas ofertam o que podem. Essa mulher não conseguiu amar o filho e ele estava com dificuldade para cuidar dela. Isso tem uma história e não dá para culpar nenhum lado. O meu papel ali era facilitar o diálogo, ajudar o filho no processo do cuidado e favorecer esse reencontro!

| | |
|---|----------------------|
| JÉSSICA | |
| <i>“Eu preciso de uma equipe afinada, que fale a mesma língua ”</i> | |
| Idade: 31 anos | Profissão: Psicóloga |

Encontrei Jéssica⁴² na sala de reunião dos profissionais do CAPS. Ela me ofereceu água e conversamos brevemente sobre a rotina do serviço. Posteriormente, Jéssica me informou que a qualquer momento do dia ela receberia uma ligação de profissionais de outros equipamentos de saúde mental, pois ela estava acompanhando um caso complexo e precisava de uma articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Percebi que Jéssica era muito requisitada no CAPS e que os demais profissionais a escutavam com admiração. Jéssica me convidou para uma sala reservada e, assim que nos acomodamos, apresentei a NI para que ela a completasse.

– Maria, eu também vim para esse grupo hoje porque o meu filho faz a mesma coisa. Acho que isso é coisa de homem mesmo. Eles são livres! Não entendem muito sobre casamento e filhos. Acabam “farreando” e saindo depois. Essa coisa toda deles beberem e depois ficarem agressivos é coisa de homem, não é? A gente aceitou casar, agora não tem jeito, temos que aguentar até o final. Se não, vamos fazer o quê da nossa vida?

Nesse momento, como profissional no grupo, sinto um forte aperto no coração, lembro de muitas questões familiares que vivi e do abuso de álcool que, presente ou não, se coloca como mais um sintoma dentro de uma estrutura patriarcal fascista, na qual, nós mulheres, muitas vezes, nos vemos paralisadas e sem forças para assumir a direção das nossas vidas!

Precisei respirar fundo e perguntar, na tentativa de produzir algum efeito:

⁴² Nome fictício atribuído ao participante.

– Como assim beber e ficar agressivo é coisa de homem?

Um silêncio se instalou até que um homem (familiar participante do grupo) falou que essa discussão o fez lembrar dos momentos em que ele era “forçado a agir como homem” entrando em brigas, provando que “era forte o suficiente para beber mais que todos” da sua idade ou “educar a sua mulher e seus filhos”.

Fui vendo que, pouco a pouco, os integrantes do grupo de familiares foram deixando de se ver superficialmente como expectadores da “doença” do familiar e deixando aparecer as suas histórias, singularidades e sofrimentos. Não por acaso, o começo da “retirada de roupa do familiar expectador” se deu com as importantes questões de gênero.

Estruturas sociais que vão aparecendo no meio das ações do CAPS e trazendo desafios e afetações para toda a equipe. Ao final desse grupo, organizamos capacitações para a equipe do CAPS AD sobre o uso problemático de álcool e violência de gênero, no intuito de dar conta desse trabalho de desconstrução entre nós, usuários e familiares.

Após completar a NI, perguntei a Jéssica o que lhe veio à mente enquanto escrevia a história.

A NI traz o que é bem comum no CAPS AD, o uso problemático de álcool associado à violência na família. E, particularmente, a violência de gênero! Porque são muitas as mulheres que sofrem essa condição e que aparecem aqui no serviço.

Junto ao tema da violência de gênero que assola muitos familiares, Jéssica descreve que há uma resistência no CAPS AD para o atendimento às famílias. Acompanhei o seu raciocínio de que muitos profissionais apresentam uma dificuldade para “enxergar além do sintoma do uso da substância”. Ela argumenta que a resistência inviabiliza a criação de novas práticas ou a manutenção das que já existem no cuidado aos familiares. Jéssica também destaca que há um déficit na formação dos profissionais

quanto ao cuidado das necessidades emocionais dos familiares de pessoas em uso abusivo ou dependente de substâncias.

Tem horas que eu não sei o que fazer com os familiares! Há uma carência de recursos teóricos e técnicos. A equipe fica sem repertório para o cuidado. Por isso a importância da formação continuada nas capacitações que estamos planejando. O cuidado aos familiares é um tema importante para ser futuramente abordado.

Fiquei pensando sobre os limites da formação acadêmica. Jéssica alega que a faculdade não instrumentaliza os profissionais a pensarem no sofrimento dos familiares e nas estratégias de cuidado a essa população. Parece-me que há uma dúvida recorrente dos profissionais do CAPS AD sobre o que fazer com os familiares. Diante dessa carência de referências teóricas e práticas, Jéssica aposta na formação continuada como “luz no fim do túnel” capaz de guiá-la no manejo das necessidades desse público.

Vamos imaginar o seguinte: se na NI fosse eu quem estivesse conduzindo o grupo, com toda certeza eu estaria sozinha! A equipe carece de recursos teóricos e técnicos para planejar um atendimento aos familiares. Eu preciso de uma equipe afinada, que fale a mesma língua! Não dá para bancar sozinha um grupo, ainda mais sem uma perspectiva de continuidade.

Chamou a minha atenção a necessidade da participante de que os colegas do CAPS AD dominassem o mesmo idioma. Me recordei da história bíblica da Torre de Babel em que muitas pessoas habitavam o mesmo espaço, mas não conseguiam se entender. Será que no CAPS há muitas línguas para expressar as necessidades dos familiares? Haveria uma dificuldade dos profissionais em elaborar, executar e avaliar o cuidado que é oferecido? Quais perspectivas teóricas sustentam suas práticas de cuidado? Fiquei tomado por esses questionamentos e imaginei que refletiam a minha própria contratransferência mobilizada pela participante.

Jéssica explica que muitas práticas de cuidado são rígidas e distantes dos familiares. A participante acredita que o ideal seriam práticas dialogadas, de acordo com

as quais os profissionais de saúde mental identificariam as necessidades dos familiares para elaborar as intervenções. Em sua opinião, a principal intervenção são os grupos terapêuticos, seguidos das oficinas, validação das experiências vividas e até atendimento individual a depender da singularidade do caso. Jéssica não defende um PTS exclusivo para os familiares, mas uma verdadeira inclusão da família no PTS do usuário: “Eu acho que não tem como colocar os familiares no mesmo bolo. O PTS é do usuário e é a partir dele que nós podemos pensar o cuidado aos familiares”.

A participante também observa uma carência de fundamentação teórica na maioria das práticas destinadas às necessidades dos familiares. Ela argumenta que a carência nos recursos teórico-práticos dificulta a comunicação e elaboração de metas ou objetivos em comum. Além disso, a própria diversidade na formação acadêmica da equipe é destacada por ela como uma variável que pode vir a dificultar a comunicação sobre as práticas de cuidado.

Jéssica nunca coordenou um grupo de familiares. O seu contato com a família é pontual, geralmente associado a crises dos usuários ou a situações-limites em que os familiares pedem auxílio ao CAPS AD. Dentre as suas vivências, a participante destaca a história de uma relação parental. O pai era preocupado com o filho em uso dependente do álcool e com sintomas psicóticos. Certo dia, esse senhor acordou pela manhã e viu seu filho ao lado da cama, pronto para agredi-lo. O rapaz estava completamente intoxicado e com ideias delirantes, o que o mobilizou a agredir o próprio pai. Apesar do desespero, esse senhor conseguiu acalmar o filho e solicitar atendimento emergencial. O pai desse usuário descreveu uma convivência difícil com o filho. A narrativa de um cotidiano marcado pela imprevisibilidade e violência fez com que a nossa participante se aproximasse daquele pai.

Enquanto eu o acolhia, me senti identificada com ele. Sozinha como esse pai! A equipe não soube o que propor para ele. Além de sozinha e identificada, senti raiva do usuário pela falta de crítica e consideração pelo pai.

Jéssica tentou levar o caso para discutir com a equipe. Diante da complexidade da demanda, a gestão do CAPS AD solicitou uma supervisão clínico-institucional.

Fizemos uma supervisão, mas eu achei que não adiantou nada! Eu não gostei porque sinceramente não ajudou a compreender o caso! Eu estava novamente desamparada, sem saber o que fazer para cuidar daqueles dois.

Senti, contratransferencialmente, o desamparo de Jéssica. Foi somente depois de um tempo que percebeu que aquele pai também precisava ser um usuário do CAPS AD. Os profissionais identificaram um padrão de relacionamento simbiótico com o filho. Jéssica tentou refletir com esse pai a respeito daquele tipo de relação pai-filho, mas ele manifestou uma profunda resistência. Segundo Jéssica, ele não desejava mudar porque não queria “abandonar o filho à própria sorte”, argumentando que “esse filho nunca o abandonou”.

Imaginei que a história vivida por esse pai tenha sido marcada por abandonos, reais ou imaginários, que o deixaram paralisado diante das experiências da vida. O abandono me remeteu à impotência vivida pela participante e ao impacto contratransferencial que eu experimentava. Com o tempo, a sensação de impotência foi sendo substituída pela curiosidade. Jéssica se recordou que o seu trabalho de conclusão de curso da faculdade de Psicologia foi justamente sobre o atendimento aos familiares. Depois de rirmos da coincidência no tema, ela resgatou a memória do primeiro grupo de familiares em que participou quando ainda era estudante de Psicologia...

Entrei na sala quietinha. Sentei e fiquei observando a interação. Confesso que eu não gostei do jeito da psicóloga! Achei esquisito... Ela não deixava os familiares falarem! Era um estilo muito psicoeducativo e eu senti que aqueles familiares queriam algo mais...

| | |
|---|----------------------|
| MOACIR | |
| <i>“Esse cuidado não pode acontecer no CAPS AD”</i> | |
| Idade: 32 anos | Profissão: Psicólogo |

Cheguei no CAPS AD e Moacir⁴³ já me aguardava para a entrevista. Havíamos combinado de realizá-la no ateliê, mas fomos surpreendidos pelo fato de que uma médica atendia no local. Descobrimos que as outras salas do CAPS também estavam ocupadas e decidimos aguardar na cozinha até que um dos espaços estivesse disponível.

Moacir me convidou a tomar um chá e ficamos conversando sobre a faculdade de Psicologia, a rotina de trabalho do CAPS e a perspectiva de redução de danos. Moacir é um profissional carismático e que apresenta uma boa argumentação de ideias. Assim que avistamos a médica saindo do serviço, retomamos o rumo para o ateliê. Lá eu apresentei os detalhes da pesquisa e a NI. Após um tempo de silêncio, Moacir preferiu ditar a continuação daquela história. Assim anotei:

– Mas deixa eu te perguntar uma coisa: o Osvaldo bate em você ou ele só fica violento com as palavras?

Maria Amélia fica constrangida e diz que é mais com as palavras, mas que ele já chegou a empurrá-la para o chão. Que ele é muito ciumento, mas também é um homem bom, esforçado e trabalhador e que é só a pinga que atrapalha. E que depois que ele perdeu o emprego, por causa da pinga, ele bebe toda hora.

Dona Mercedes fala que já viu muito homem que bate na mulher por causa de bebida e que isso não é desculpa para bater. Dona Maria Amélia, constrangida, fala que violento mesmo ele não é (assim de bater).

⁴³ Nome fictício atribuído ao participante.

Uma das pessoas que conduz o grupo intervém e questiona se violência é somente quando alguém bate, ou seja, quando acontece uma agressão física.

Dona Mercedes fala que ela já teve um relacionamento e que o ex-marido batia nela. O pior não era o tapa, mas sim as coisas que ele falava. Às vezes, uma palavra dói mais que um soco.

A pessoa que conduz o grupo pergunta:

- Qual coisa é pior que um soco?

Dona Maria Amélia fala que, às vezes, ele chega em casa e fica procurando homem dentro da casa ou vigiando quando ela sai. Que ele fala alto na frente do filho e que os vizinhos escutam frases como: “Ela não presta, é mulher da vida!”.

Isso a deixa chateada porque ela sempre foi uma pessoa muito certa.

Dona Mercedes conta que seu ex-marido era muito ciumento quando bebia. E que por muito tempo ela aceitou as agressões dele porque ele era um bom pai. Hoje, ela está no grupo porque o filho tem problemas com droga e bebida.

Rita perguntou para Maria Amélia e Mercedes:

- Mas se esses homens são assim quando bebem e se eles bebem todos os dias, então eles são assim sempre? Certo?!

Fica um silêncio no grupo.

O profissional que conduz o grupo retoma que o uso de bebida pode facilitar as situações de violência, mas que isso não é desculpa. Ele afirmou que é importante o tratamento para as pessoas com problemas com qualquer droga. Inclusive ele apontou que essas pessoas devem ser responsabilizadas pelas coisas que fazem, mesmo que seja por via judicial, pois violência é crime.

Dona Maria Amélia conta que o filho diz a mesma coisa para ela. Ele fala que ela tem que denunciar o pai, e que ela não pode aceitar essas agressões. Maria Amélia

diz que já chegou a chamar a polícia, mas que a polícia disse que era briga de marido e mulher. Que se ela quisesse mesmo denunciar eles a levariam junto com o marido para a delegacia e que provavelmente ele seria preso. Ela ficou com medo e com pena do marido.

O assunto segue mais um pouco com outros familiares trazendo experiências semelhantes e comentando até o final do grupo...

No final do grupo uma das profissionais que conduziam pede para ficar a sós com a dona Maria Amélia. Ela a orienta a buscar uma Delegacia da Mulher (DDM). Dona Maria Amélia fica muito resistente e a profissional sugere procurar um centro de atendimento a saúde da mulher, pois lá ela teria apoio profissional de psicólogo e assistente social de forma sigilosa para falar sobre a violência do marido.

Após completar a NI, convidei Moacir a narrar o que lhe vinha à mente enquanto ditava a história.

A NI é uma história rotineira aqui no serviço. Porém, tem um problema sério na narrativa! Não são todos os casos que tem violência doméstica! Há o risco da gente ficar preso ao tema da violência associado ao uso problemático do álcool. Acho isso perigoso pois favorece preconceitos!

Fiquei surpreso com a crítica de Moacir. Compreendi a sua preocupação em desconstruir preconceitos. Para ele, a NI contém o risco de estigmatizar o uso do álcool. Todavia me recordei que ela foi elaborada a partir das vivências dos participantes do mestrado e da literatura consultada, somado ao fato do próprio Moacir afirmar que ela apresenta “uma história rotineira no serviço”. Talvez seu alerta fosse quanto ao risco de culpabilizar o usuário tanto pelo uso da substância quanto pelo sofrimento da família. Tal atitude negligenciaria o fato de que o próprio usuário também sofre emocionalmente. E Moacir me convida a refletir:

Vamos analisar a violência contra a mulher. Ela é rotineira no serviço, mas é um fenômeno independente do uso problemático de álcool. Não dá para juntar tudo, simplificar e correr o risco de achar que todo usuário é agressivo!

Moacir explica que os familiares chegam ao CAPS AD com múltiplas expectativas, porém duas são as mais frequentes no cotidiano do serviço. A primeira é a crença dos familiares de que existe um remédio que cura o uso dependente do álcool. Seria a fantasia da “pílula mágica”, segundo Moacir, capaz de eliminar todas as dores emocionais e sintomas físicos vividos pelo usuário. Já a segunda expectativa é a internação do usuário no CAPS AD, tal como ocorre nas comunidades terapêuticas. Moacir menciona que os familiares manifestam desprezo ou hostilidade com o serviço quando descobrem que o CAPS não trabalha com a lógica da internação e, portanto, que o tratamento de álcool ou drogas é em liberdade e no território em que a família vive.

São múltiplas as demandas dos familiares e a gente não consegue trabalhar tudo no CAPS. Vamos pensar a questão do desemprego que é bem comum hoje no Brasil. O desemprego traz sofrimento e pode facilitar o uso problemático do álcool. Essa questão pode ser abordada no grupo de familiares, mas não dá para trabalhar tudo. Por isso é necessário orientar e até encaminhar para a Rede de Atenção Psicossocial.

Naquele momento da entrevista, Moacir assumiu um tom professoral. Ele destacou que o modelo de atendimento do CAPS AD surge com a proposta de Franco Basaglia, psiquiatra italiano. Enfatiza que o CAPS é um equipamento de saúde que compreende o cuidado em rede e não circunscrito a uma unidade de atendimento. E, portanto, na concepção de Moacir, o atendimento aos familiares não pode acontecer exclusivamente no CAPS AD.

A saúde mental brasileira funciona em rede. Portanto, esse cuidado não pode acontecer no CAPS AD. Ele tem que ser pensado em rede! No caso da dona Maria Amélia, por exemplo, eu a encaminharia para uma instituição especializada em violência doméstica, para

psicoterapia individual e outros atendimentos. Aqui no serviço só conseguimos fazer o grupo de familiares e é dessa atividade que ela continuaria participando aqui.

Atender em rede. Recordei que essa proposta visa romper com as instituições totais. É um dos objetivos da Reforma Psiquiátrica implodir as práticas totalitárias dos manicômios através de novos serviços e práticas ambulatoriais inseridos no território e que distribuem entre diversas unidades a responsabilidade pelo cuidado dos usuários. A Unidade Básica de Saúde (UBS), o Centro de Convivência (CV), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Centros especializados em Álcool e Drogas (CAPS AD) são exemplos de serviços inseridos no território e que compartilham entre si o cuidado da população. Concordei com o argumento de Moacir quanto à necessidade de se pensar em um cuidado inserido na RAPS, mas me questionei internamente: será que não existem práticas de cuidado afinadas às necessidades dos familiares no CAPS AD? Moacir segue inflexível:

O CAPS não tem como atender! A gente está supersaturado de usuários e com poucos profissionais. Há uma série de fatores que impedem o trabalho com os familiares: falta de verba para a manutenção do serviço, carência de profissionais e a constante ameaça do fim das políticas públicas que defendem a liberdade.

Diante da escassez de recursos físicos, humanos e políticos, tive de concordar com Moacir. Ele pondera que para encaminhar a família na RAPS é necessário que o profissional do CAPS entre em contato com outro serviço, discuta o caso e acompanhe o processo vivido pelos familiares. Questionei nosso participante sobre o que fazer diante da possibilidade dos familiares encontrarem dificuldades para conseguir o atendimento nos demais equipamentos e serviços da RAPS. Moacir respondeu que “o CAPS pode se deparar com essas falhas do Estado” e encerrou a nossa entrevista dizendo que “a única

saída para essa conjuntura é a organização social, política e coletiva em prol da Reforma Psiquiátrica e do direito à liberdade”.

| | |
|--|-------------------|
| CÉSAR | |
| <i>“Na Saúde Mental, se você não trabalha com a família, talvez o próprio PTS do usuário fique fragilizado!”</i> | |
| Idade: 62 anos | Profissão: Médico |

O médico César⁴⁴ me recebeu no CAPS AD. Conversamos sobre a reunião da qual ele havia acabado de sair. Os profissionais estavam discutindo a respeito do desmonte das políticas públicas e da necessária participação de todos nas decisões coletivas do CAPS. Apresentei a NI e o convidei a lhe dar um desfecho. Porém, César preferiu falar diretamente sobre as suas experiências e afetos, ao invés de completar a história. Apesar disso, César fez uso da NI para fundamentar suas ideias. Para ele, o grupo terapêutico é a grande estratégia de cuidado aos familiares.

Se eu fosse a Rita eu iria acolher Maria Amélia e depois abrir a palavra para que as pessoas do grupo compartilhassem as suas experiências e estratégias de solução dos problemas.

Percebi que César é um facilitador das interações grupais, capaz de otimizar as relações e os processos terapêuticos. Ele destacou que o grupo de familiares vai contruindo uma “cara própria” (sic) ao longo do tempo. Na sua forma de ver, o enquadre do grupo deve começar aberto e depois de admitir um número considerável de integrantes deve mudar para a condição de grupo fechado.

Fiquei interessado em seu relato sobre o grupo de familiares que ofereceu no CAPS AD. Imaginei César atendendo semanalmente dez familiares que compartilhavam as suas experiências. Diante do sofrimento emocional vivido por essa população, ele acredita que sejam necessárias diferentes práticas de cuidado no CAPS e nos demais equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). César acredita na inclusão da

⁴⁴ Nome fictício atribuído ao participante.

família no PTS do usuário como atividade ética e capaz de potencializar a assistência psicossocial do CAPS:

Cara, a gente precisa cuidar dos familiares! Na Saúde Mental se você não trabalha com a família, talvez o próprio PTS do usuário fique fragilizado. A gente tem que incluir a família! Ajudá-la a enfrentar as dificuldades da convivência com o uso de bebida do usuário.

Achei curiosa a fantasia do participante quanto à personalidade do profissional responsável em abordar e acolher os novos familiares que chegam ao CAPS AD. Esse profissional seria fundamental para vincular o familiar ao seu próprio tratamento, assim como colaborar no tratamento do usuário. Para sustentar o seu raciocínio, César resgatou as personagens da NI, o que atesta o seu uso diferenciado durante a Entrevista Transicional (ET).

Sabe a Rita da NI? Então, eu acho que ela seria ideal para acolher os novos familiares. Ela é uma pessoa gentil, meiga e afetiva! Maria Amélia já deve ter percebido essas características nela e por isso se sentiu acolhida para participar do grupo de família.

Fiquei meditando sobre a palavra “família”. Senti que César estava adotando uma postura compreensiva e paternal em relação às necessidades dos familiares. Atencioso aos familiares e crítico aos colegas de trabalho, César foi tecendo críticas aos colegas que soltavam frases preconceituosas sobre o sofrimento da família. Expressões como “mãe de fulano está dando piti” (sic); “essa mulher gosta de sofrer”; ou a “família reclama demais”, deixavam César absurdamente triste e irritado. No seu entender, há uma cultura de violência simbólica aos familiares que é reproduzida por membros da equipe multiprofissional.

Sabe, a gente não pode se corromper com essa cultura da violência! Familiares e usuários precisam de cuidado! Ambos precisam elaborar as experiências e os afetos que são vividos! E nós que somos os profissionais não podemos reproduzir essa cultura do ódio e da exclusão!

César se manifesta com tanta convicção que, por um breve momento, se emociona. Depois passou a resgatar memórias da infância para anunciar que sabia como era a experiência dos familiares que se viam sozinhos e sem apoio profissional. César havia sofrido na sua própria família as consequências do uso dependente de álcool de um parente.

Saiba que a minha mãe bebia todos os dias, de segunda a segunda. Isso atrapalhava a rotina da casa e eu me sentia sozinho. Foi bem confuso, triste e dolorido. Hoje eu já ressignifiquei o passado, mas sei como é a experiência dos familiares. Deve ser por isso que eu gosto tanto de trabalhar com a família! Fui pioneiro aqui no serviço em pensar um grupo para a família. Por onde eu passo invento novas estratégias de cuidado que envolvam essa população.

Achei curioso o fato de César nunca ter antes trabalhado na clínica de álcool e drogas. Agora, já inserido no cotidiano de um CAPS AD, ele buscava referências teórico-práticas para elaborar o cuidado aos familiares. Apesar de suas tentativas de encontrar material bibliográfico especializado na área, sentia uma profunda carência de recursos teóricos e técnicos. César defendia a formação continuada sobre o cuidado à família e apostava na criação de novas práticas no CAPS AD.

Eu acredito que a família precisa de mais espaço no CAPS! Seria muito bom se tivéssemos mais terapeutas ocupacionais para diferentes atividades. Eu acho que a nossa população precisa de um cuidado próximo e concreto... nada de falas muito abstratas ou difíceis de entender...

César resgatou a lembrança de uma família que buscava atendimento no CAPS AD. Percebi que César sentiu compaixão daquela família humilde, composta por um jovem em uso dependente do álcool e sua mãe. O rapaz não via perspectivas futuras para si diante da pobreza, do desemprego e da violência em seu bairro. O álcool havia se tornado o seu método de enfrentamento das dificuldades.

César o atendeu na presença da mãe e aproveitou a ocasião para lhe dirigir algumas palavras de esperança. O médico destacou as qualidades do jovem, a potencialidade do seu futuro e fortaleceu a mãe na sua tarefa de acompanhá-lo ao tratamento. Apesar de nosso participante os perceber totalmente esvaziados do sentido criativo e pessoal que dá ânimo ao viver, ele buscou oferecer para aquela pequena família o melhor atendimento possível.

A gente tem que resgatar a autoestima dessa gente marcada pela pobreza e pela falta de perspectiva de futuro. Usuários e familiares sofrem com o álcool, mas também com a fome e com a impossibilidade de realizarem os seus sonhos. É por isso que eu aposto na terapia ocupacional ou em outras práticas que possibilitam sonhar ou devanear. Porque eu acho que ambos, o usuário e o familiar, precisam urgentemente acreditar no amanhã!

CAPÍTULO 6: INTERLOCUÇÕES REFLEXIVAS

No presente capítulo tecemos interlocuções reflexivas a partir do material narrativo que compõe o *corpus* da presente pesquisa a fim de compreender o imaginário coletivo de profissionais do CAPS AD sobre o cuidado a familiares de pessoas que fazem uso dependente de álcool. Para alcançar esse objetivo, trabalhamos com os sentidos criados e encontrados (Winnicott, 1945/2000) pelo pesquisador ao utilizar o método psicanalítico (Herrmann, 1979/2001) nesta pesquisa qualitativa de orientação psicanalítica (Brunet, 2009).

Inspirados nas reflexões de Herrmann (2004) quanto ao uso do método psicanalítico, nos colocamos em uma postura de atenção flutuante diante das associações dos participantes apresentadas nas NI e NT. Em seu objetivo de comunicar o drama vivido (Politzer, 1928/1998), usualmente expresso pelo gênero narrativo, a escrita da NT pode promover uma (re)vivência imaginativa, por meio da qual o leitor se aproxima da experiência concreta dos participantes e não de dados estatísticos ou de um conjunto de informações de caráter impessoal.

A escrita freudiana está de tal forma impregnada pela experiência concreta, pelas coisas vistas e ouvidas, lidas, sonhadas e pensadas em primeira mão, que, sem que isto constitua qualquer paradoxo, preenche o que se espera da ciência e o ultrapassa em direção a uma relação com o mundo histórico e psíquico que só poderíamos qualificar de ficcional. Não é a ficção, neste sentido, um passo atrás com respeito ao realismo científico, senão um passo adiante. Ela torna imediata e presente a própria vida (...). Escrever com Freud, seguir seu modelo, ainda que jamais alcançando o mesmo resultado, significa deixar-se igualmente impregnar pela experiência concreta, de dentro e de fora do consultório (Herrmann, 2004 p.103).

Impregnados pela experiência concreta dos participantes e, após a obtenção de consenso no grupo de pesquisa (Stake, 2011), criamos e/ou encontramos (Winnicott, 1945/2000) dois campos de sentido afetivo-emocional, que possibilitam uma

interpretação psicanalítica (Ricoeur, 1991) que articula o imaginário coletivo dos participantes.

O primeiro campo de sentido nos permite compreender como se dá o enfrentamento das situações de crise do usuário e dos familiares que, por sua vez, impacta no cuidado dispensado pelos profissionais. Recorremos às principais situações de crise que convocam os profissionais do CAPS AD a elaborarem um conjunto de intervenções breves e pontuais para “apagar os incêndios” com que se defrontam cotidianamente. Já o segundo campo alude ao mal-estar vivido pelos profissionais quando se deparam com o sofrimento crônico dos familiares. Compreendemos que esse mal-estar engendra divergências entre os profissionais entrevistados que podem dificultar o manejo das necessidades dos familiares.

O conceito de campo de sentido afetivo-emocional está fundamentado nas contribuições de Bleger (1958/1963) que defende que toda conduta humana advém de um campo de relações interpessoais, e de Herrmann (2004) que elabora uma Teoria dos Campos⁴⁵. Dessa forma, compreendemos que os campos de sentido são substratos afetivo-emocionais que sustentam as condutas, regidos, portanto, por uma lógica afetivo-emocional ou regra inconsciente.

A Teoria dos Campos considera que cada conjunto de relações é determinada por regras que lhes dão sentido, regras não expressas nem sequer pensáveis enquanto o sujeito permanece no âmbito do seu domínio, regras que, não obstante ou até por isso mesmo, têm eficácia absoluta, inquestionável: regras inconscientes, no sentido mais forte do termo. Tais regras formam o campo dessas relações, mas também se poderia dizer, sem medo de errar, constituem seu *inconsciente relativo* – relativo, porque pertinente às relações que determina e nas quais se descobriu (Herrmann, 2004, p. 124).

Apresentamos duas informações que visam facilitar a compreensão deste capítulo.

Primeiramente, selecionamos textos de autores da psicanálise, particularmente Bleger

⁴⁵ Teoria dos Campos é uma formulação psicanalítica elaborada pelo psiquiatra e psicanalista brasileiro Fábio Antônio Herrmann.

(1963/1958) e Winnicott (1971/1975) que discutem o cuidado emocional afinado às necessidades. Também incluímos artigos de nosso grupo de pesquisa e de autores que trabalham com a psicanálise, assim como de autores de outras perspectivas teóricas que discutem o tema do cuidado aos familiares de pessoas que fazem uso dependente de álcool.

Como segunda informação, destacamos que nossas considerações psicanalíticas se fundamentam na crítica de Bleger (1963/1984) a respeito da substancialização dos sentidos humanos ao longo da história da psicanálise. De acordo com o autor, o sentido das condutas humanas provém do drama vivido pelos indivíduos e, portanto, não deve ser atribuído a entidades intrapsíquicas, energéticas ou metafísicas que estão distantes do viver. Para Bleger (1963/1984), a psicologia e a psicanálise devem observar os seus pressupostos teórico-metodológicos e criticar os mitos⁴⁶ que inviabilizam o estudo dos “seres humanos reais e concretos” (p. 15).

O sentido de uma conduta não é um conteúdo ou equivalente substancial da conduta (...). Quando em uma determinada situação, um indivíduo adota atitudes corporais cujo significado, por exemplo, é de que o indivíduo está irritado ou agressivo, esse significado é inerente à atitude ou ao gesto e não preexiste como conteúdo mental prévio, do qual o gesto ou a atitude sejam um simples veículo. Se o indivíduo não tem conhecimento de seu gesto ou de sua atitude, esses são inconscientes, da mesma forma que o é o significado, mas de nenhuma maneira o inconsciente é um conteúdo que reside como substância numa suposta parte de uma hipotética mente. Em outros termos, o significado pode ser, em si, inconsciente, mas de nenhuma maneira é um conteúdo substancial (Bleger, 1963/1984, p.88).

Finalmente, ressaltamos que a nossa interpretação abarca dois campos de sentido afetivo-emocional que articulam o imaginário coletivo dos participantes. Contudo, outros campos de sentido poderiam ser criados ou encontrados (Winnicott, 1945/2000) na medida em que o fenômeno humano é transbordante - apesar da adequação do método ao

⁴⁶ Bleger (1963/1984) discorre sobre os mitos do Homem Natural, Isolado e Abstrato como concepções idealistas da Psicologia Clássica que, por sua vez, foi duramente criticada por Politzer (1928/1998). De acordo com Bleger, esses mitos inviabilizam a elaboração de uma psicanálise concreta e afinada ao estudo do drama humano.

objeto de estudo. Considerando que a psicanálise é uma hermenêutica (Ricoeur, 1991), não pretendemos alcançar conclusões totalizantes, mas facilitar os processos reflexivos sobre o tema deste estudo.

| |
|-----------------------------|
| CAMPO 1 |
| “APAGANDO INCÊNDIOS” |

O presente campo de sentido afetivo-emocional contém a metáfora do incêndio para ilustrar o mundo vivencial habitado pela equipe do CAPS AD no exercício do cuidado nas situações de crise vividas pelos usuários e, por consequência, seus familiares. Nesse campo, observamos que os profissionais buscam manejar urgências⁴⁷ emocionais dos usuários e familiares e estabelecer estratégias de enfrentamento no contexto do atual desmantelamento dos equipamentos de saúde mental de base comunitária.

Nesse campo em que impera a lógica da urgência e da sobrevivência prevalece uma abordagem multiprofissional que visa diminuir o potencial destrutivo da crise que afeta o usuário e seus familiares. Tais intervenções, portanto, possuem um caráter breve e focal. Nesse campo de sentido afetivo-emocional, os profissionais imaginam a família como rede de apoio ao usuário que deve ser capacitada para manejar situações de crise. Os profissionais partem de um objetivo comum —“apagar incêndios”— e utilizam diferentes estratégias de cuidado aos familiares que visam alcançar esse objetivo.

⁴⁷ Segundo o dicionário Aurélio (Ferreira, 1999, p. 2034) a palavra “urgência” possui a qualidade de urgente, ou seja, aquilo que urge, que é necessário ser feito com rapidez. O mesmo dicionário (Ferreira, 1999, p. 736) informa que a palavra “emergência” significa uma “situação mórbida inesperada e que requer tratamento imediato”. Deste modo urgência e emergência não são sinônimos. Urgência é toda situação que requer uma intervenção rápida, porém não imediata. Já a emergência é toda situação que requer uma intervenção imediata em função do risco iminente para a sobrevivência física ou psíquica.

Deste modo, defendemos que o presente campo de sentido se organiza ao redor da crença (Hermann, 2001/2004) de que diante da emergência de uma crise, os profissionais do CAPS AD assumiriam o papel de resgate das vivências de aniquilação do usuário e seus familiares, tal como os bombeiros agem para “apagar incêndios”. Isto significa dizer que eles agem segundo protocolos para garantir a sobrevivência física e psíquica das pessoas. Há, ainda, a considerar que a situação de emergência mobiliza contratransferencialmente a equipe que se vê, frequentemente, sobrecarregada pelas situações-limites do cotidiano do CAPS AD.

De acordo com nossa percepção, foram dois os tipos de crise ou de “incêndio emocional” relatados pelos profissionais. Primeiro, destacam-se as urgências dos usuários e dos familiares e, depois as urgências sócio-políticas dada a atual conjuntura de desmantelamento dos equipamentos de saúde da Reforma Psiquiátrica, como o próprio CAPS AD.

Dada a complexidade do assunto, organizamos a nossa argumentação em subitens. No primeiro, discorremos sobre as crises que são vividas pelos usuários e pelos familiares. Na sequência, apresentamos as estratégias utilizadas pelos profissionais do CAPS AD para lidar com as crises familiares. E, finalmente, abordamos a carência de recursos humanos e financeiros nos equipamentos de saúde mental da Reforma Psiquiátrica como contexto que facilita a emergência de novas crises.

A crise vivida pelo usuário e pelo familiar

Resgatamos a expressão popular “Estar de Fogo”⁴⁸ como emblemática dos sentidos que se constelam nesse campo. Essa expressão alude à vivência da pessoa que faz uso dependente de álcool após consumir a substância, dado o calor corporal provocado

⁴⁸ Segundo a definição do dicionário Aurélio (Ferreira, 1999, p. 921) “estar de fogo” é uma expressão que significa: “estar embriagado”.

por esse consumo. O “fogo” ou o “incêndio” vivido pelo uso do álcool não se limita a uma sensação corporal, mas simbolicamente invade outras esferas do viver e impacta a experiência vivida pelos familiares.

A equipe de profissionais do CAPS AD frequentemente se depara com o impacto dos indivíduos e coletivos que estão alcoolizados. Os profissionais são convocados a “apagar o incêndio” vivido pelo usuário, frequentemente intoxicado pelo álcool e em estado de desorganização emocional. Nessa tarefa, é comum que a equipe acione os equipamentos de urgência e emergência da RAPS para garantir a saúde física e/ou mental.

Os familiares também “queimam” nesse fogo metafórico que é produzido pelo álcool e seu poder destrutivo e que os torna vulneráveis a novas crises emocionais. Os relatos dos profissionais entrevistados nos permitem entrever a desorganização emocional familiar diante da crise vivida pelo usuário.

Desse modo, este campo de sentido alude à situação de crise vivida pelo usuário, tendo como repercussão a crise dos familiares e a mobilização da equipe. A crise é uma experiência aguda, intensa, momentânea, na qual há sofrimento físico, mental e social devido ao consumo da substância. Destacamos como exemplo emblemático de crise no CAPS AD uma urgência ou emergência médica do usuário e seu respectivo impacto emocional nos familiares. Como exemplo de crise secundária temos os conflitos de comunicação e as diferentes manifestações de violência intrafamiliar que podem culminar na agressão física ou psicológica.

Sustentamos que, segundo o imaginário dos participantes, a crise vivida pelo usuário facilita a crise emocional dos familiares. Em seus relatos, identificamos a imagem de uma família que busca o equipamento de saúde para “salvar” o usuário de uma situação de crise ou para reclamar dessa situação-limite, de sorte que os familiares se mostram desesperados, cansados, impotentes ou emocionalmente desorganizados. Enquanto uns

quase derrubam os portões do CAPS AD para salvar o parente da intoxicação de álcool, outros são vistos pelos profissionais como omissos no atendimento à crise do usuário.

De todo modo vemos uma teoria subjacente dos profissionais de que os familiares são sempre inadequados, ora exagerando na sua tentativa de salvar o usuário, ora negligenciando o parente que está em tratamento no CAPS AD. Na diversidade de relatos dos profissionais, há familiares que manifestam seu desespero, outros se esquivam do contato com a crise do usuário e há aqueles que culpabilizam os equipamentos de saúde pela experiência vivida.

Também identificamos um protocolo para o atendimento do público e das diferentes necessidades que precisam ser satisfeitas no contexto da crise. Primeiro, a crise do usuário precisa ser estabilizada, seja por meio do acolhimento ou de estratégias medicamentosas. Depois a crise emocional do familiar pode ser acolhida e trabalhada, embora nem todos os profissionais entrevistados refiram essa etapa. Quando há menção ao acolhimento familiar vemos que os profissionais se valem da ideologia do SUS e da Reforma Psiquiátrica, além de intuição empática para elaborar as práticas de cuidado.

Resgataremos algumas cenas de crises ou de “incêndios” narradas pelos participantes com o intuito de aprofundar nosso conhecimento sobre as situações de crise do usuário que desencadeiam a crise emocional dos familiares. Na sequência, exploraremos a regra inconsciente (Hermann, 2001/2004) que estrutura o presente campo de sentidos: *O primeiro passo é apagar o fogo!*

Começamos pelos incêndios presentes na narrativa de Rafael. O participante que atua na função de enfermeiro acolhe no CAPS AD um casal acompanhado de dois policiais. O primeiro incêndio já começou na casa do casal quando o marido alcoolizado agrediu a esposa. Já o segundo incêndio aconteceu no CAPS AD. Rafael vê o conflito entre o homem alcoolizado e outro usuário do serviço. O participante desvela que

conseguiu “apagar o fogo” (sic) quando manejou o conflito e convidou o homem alcoolizado a participar da avaliação médica. Após estabilizar o conflito provocado pelo usuário, Rafael foi conversar com a esposa desse homem. Durante a conversa, acolheu suas angústias e tentou diminuir a intensidade da crise emocional que ela vivia.

Já na narrativa de Cláudia identificamos outras três cenas significativas. Na primeira, um sobrinho liga para Cláudia e pede orientações sobre como ajudar o tio alcoolizado e caído no meio da rua. Em outra, Cláudia recebe a ligação de uma esposa desesperada que pede ajuda porque o marido bebeu e passava mal. Na última, Cláudia atende o telefone e escuta a dor e a revolta de uma esposa, recentemente diagnosticada com câncer de mama, que culpabiliza o marido que faz uso dependente de álcool pela sua atual condição de saúde.

Há associações que pertencem a esse campo de sentido na fala de Jessé sobre as práticas que objetivam “apagar os incêndios” (sic), mas que não alcançam a origem do fogo. Já Eduardo se depara com o incêndio emocional vivido pela esposa de um homem alcoolizado e delirante. Nosso participante narra a cena em que testemunha esse homem acusando a esposa de infidelidade, enquanto a equipe se mobiliza para acolher o caso que inspirava cuidado multiprofissional. Durante o tempo em que o marido estava se recuperando do delírio na enfermaria do CAPS AD, Eduardo se disponibiliza para conversar com a esposa do usuário, talvez com a intenção de apagar o “incêndio emocional” vivido por ela.

Eu puxei assunto e nós começamos a conversar. Ela disse que estava cansada de viver aquela situação! Todo dia era a mesma coisa! Ele bebia e chegava em casa delirando! (Jessé)

Essas são algumas das situações em que os profissionais são convocados a “apagar incêndios”. Refletimos que o símbolo do fogo produzido pelo álcool adquire neste campo de sentido um importante valor para a compreensão da experiência vivida e do seu

impacto afetivo. À semelhança de bombeiros que devem apagar o incêndio e salvar vidas, os profissionais do CAPS AD se sentem igualmente mobilizados a controlar a crise do usuário e do familiar e criar práticas afinadas a essa demanda. Agora cabe-nos interrogar: Se usuários e familiares sofrem em função deste “fogo” produzido pelo álcool, quais são os fatores ou contextos que facilitam esses incêndios?

O que facilita a emergência de crises?

Interessados em aprofundar a nossa discussão, mas cientes da complexidade do tema, selecionamos dois fatores associados às crises dos usuários e dos familiares, segundo o relato de nossos participantes. O primeiro fator para a crise dos familiares é a vulnerabilidade na saúde física, mental ou cognitiva da pessoa que faz uso dependente de álcool. Os profissionais descrevem cenas em que os familiares ficam emocionalmente abalados em função do adoecimento e das urgências ou emergências do parente que consome a substância.

Para tecer considerações sobre o assunto, recuperamos pesquisas que tomam como objeto de estudo a saúde física, mental ou cognitiva das pessoas que fazem uso dependente de álcool. Nossa intenção é mostrar que essas condições de saúde impactam na qualidade de vida de todos os envolvidos, principalmente em seus momentos de crise.

Reconhecemos que essa breve seleção de estudos tem sua perspectiva limitada ao seu foco, como é de se esperar de um estudo científico, na medida em que as pessoas que fazem uso dependente de álcool ou outras drogas também vivenciam experiências de saúde, bem-estar, garantia de direitos e reabilitação psicossocial. Porém, servem a nosso propósito de ilustrar o impacto da vulnerabilidade na saúde do usuário na qualidade de vida dos familiares, produzindo um estado de constante vigilância, ansiedade, medo ou tristeza nos momentos de crise.

Schuckit (2001) e Whitbourne e Halgin (2015) argumentam que o uso crônico do álcool favorece o aparecimento de doenças físicas. Dentre as patologias apresentadas por esse público, destaca-se o comprometimento da função hepática, gastrites e úlceras, alterações da memória e maior incidência de câncer. Os autores também abordam os riscos do uso de álcool com outras substâncias psicoativas, produzindo graves efeitos colaterais e exigindo intervenções de cuidado que pertencem ao âmbito das urgências ou emergências.

Já Maciel e Kerr-Côrrea (2004) apresentam as complicações da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA), condição clínica que precisa de acompanhamento especializado. Na SAA há sinais e sintomas como ansiedade, agitação, taquicardia, vômitos, tremores, alterações de humor e hipertensão arterial devido à ausência ou diminuição dos níveis de álcool no sangue. A SAA precisa ser manejada por uma equipe especializada no tratamento de álcool e drogas a fim de evitar a evolução do quadro que pode culminar em convulsões, *delirium tremens* (DT) e até em morte.

Outra condição que afeta o usuário crônico de álcool é a Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Trata-se de uma doença causada pela carência de tiamina (vitamina B1) em razão da má alimentação quando o indivíduo está bebendo. A Síndrome de Wernicke-Korsakoff afeta a coordenação motora e a capacidade cognitiva da pessoa que faz uso dependente de álcool. Dentre os distúrbios cognitivos destacam-se o estado confusional, a fala desorganizada e a dificuldade para a retenção de memórias (Zubaran et al., 1996).

Também destacamos, a título de ilustração, a cirrose de origem não-viral (Portugal et al., 2015), o câncer de boca (Carrad et al., 2008), câncer nas regiões do trato aerodigestivo superior (Santos et al., 2012), acidentes de trabalho em razão da intoxicação pelo álcool (Caracciolo-Júnior, 1991) assim como os traumas cranioencefálicos em razão dos acidentes automobilísticos (Grzelczak, Ceccon, Guetter & Pimentel, 2019).

Já o sofrimento do indivíduo que advém da relação entre o uso dependente de álcool, alexitimia⁴⁹, neuroticismo⁵⁰ e depressão (Maciel & Yoshida, 2006) convoca os familiares a assumirem a tarefa de cuidadores que se sentem sobrecarregados (Maciel et al., 2018), principalmente nos contextos de crise ou, conforme nossa metáfora de devastação e contágio, de “incêndio emocional”.

Essa sobrecarga dos familiares também se faz presente quando o usuário vive outras comorbidades, como o uso do álcool com diferentes substâncias psicoativas, hipertensão arterial, diabetes, doenças pulmonares, varizes do esôfago, tentativas de suicídio, transtornos de personalidade, esquizofrenia, dentre outras condições de saúde mental (Portugal, Côrrea & Siqueira, 2010).

Observando o impacto na saúde física, mental e cognitiva da pessoa que faz uso de álcool, supomos a angústia vivida pelos familiares ao acompanharem o seu sofrimento. Os momentos em que o usuário sofre física ou emocionalmente convoca os familiares a viverem as situações de crise que ora teorizamos a partir do relato dos profissionais do CAPS AD.

Já o sofrimento que advém do colapso das defesas (Winnicott, 1963/1994) dos familiares produz novo incêndio emocional, dada a sobrecarga desse público. Cláudia e Rafael, por exemplo, percebem os familiares “cansados” (sic) e desprovidos de recursos para manejar as crises do parente que consome a substância.

A partir das NT dos profissionais, concluímos que o segundo fator dos “incêndios” diz respeito à dinâmica familiar que se instaura com dificuldades de comunicação e do estabelecimento de acordos, bem como da pouca efetividade na resolução de problemas. Nossos participantes narram conflitos entre usuários e familiares e reconhecem o risco

⁴⁹ Alexitimia é uma dificuldade do indivíduo em expressar e elaborar os próprios sentimentos (Maciel & Yoshida, 2006).

⁵⁰ O neuroticismo é um fator de personalidade associado a interpretação negativa de experiências da vida (Maciel & Yoshida, 2006).

iminente de uma crise nas relações interpessoais, capaz de culminar em violência física ou psicológica. Supomos que essa concepção dos profissionais advenha tanto da experiência concreta do trabalho quanto da NI que apresenta uma situação emblemática de violência na família.

Buscamos selecionar estudos que nos auxiliassem a compreender as dificuldades do segundo fator nas situações de crise vivida pelos familiares. Ressaltamos que, assim como no primeiro fator, há uma limitação decorrente do foco dessa seleção de estudos, na medida em que há famílias de pessoas que fazem uso dependente de álcool que não vivenciam situações graves e/ou crônicas de conflito interpessoal. Mais uma vez, nossa intenção é contextualizar dificuldades frequentes nas relações familiares a fim de elaborar uma reflexão.

Haverfiel, Theiss e Leustek (2015) analisam a resposta de familiares do indivíduo que faz uso dependente de álcool quanto à comunicação no seio familiar. Os autores identificam agressividade nas condutas do parente e dos seus respectivos familiares. Essa agressividade se manifesta em atos ou palavras ofensivas que tensionam as relações interpessoais. Dentre as ações do usuário e dos familiares destaca-se o conflito elevado, a comunicação tensa e desconfortável e a calúnia secreta em que prevalecem intrigas e deprecições.

De acordo com os mesmos autores, os familiares desenvolvem uma comunicação defensiva que visa proteger o *self* dos impactos negativos do consumo dependente da substância. Nessa comunicação, destacam-se a superficialidade dos familiares nos assuntos do lar, a comunicação indireta e a tentativa do cônjuge sóbrio de esconder dos filhos as ações e falas do cônjuge alcoolizado. Apesar da desconfiança gerada no seio familiar, há experiências de superação das dificuldades de comunicação, após a ressignificação das experiências do passado.

No que concerne à dinâmica da família, Rossato e Kirchof (2006) relatam as dificuldades dos familiares em estabelecer com o parente que faz uso de álcool um diálogo claro e objetivo. Distorções comunicacionais, ambivalência de afetos e não divisão de tarefas foram os elementos destacados pelas autoras como potencializadores dos conflitos interpessoais. Dentre os dramas vividos pelos familiares entrevistados no estudo, destaca-se a presença de mulheres que estão sobrecarregadas emocionalmente por assumirem a função de alicerce da família e de sustento da casa.

Já Ferraboli et al. (2015) focalizam as vivências e os sentimentos manifestos pelos familiares. Os autores observam que as famílias apresentam histórico de transtornos por uso de substâncias, relações frágeis, carência de diálogo, exaustão emocional, afastamentos ou rupturas familiares, violência física e/ou psicológica e inversão de papéis entre os membros, como, por exemplo, quando os filhos assumem responsabilidades precoces para suprir a negligência parental.

Articulando a literatura sobre a experiência vivida pelos familiares com o relato de nossos participantes sobre a presença desse público no CAPS AD, supomos que os familiares sofrem com ansiedade, medo, impotência, frustração e tristeza em razão da crise ou do incêndio emocional produzido por conflitos nas relações interpessoais (Lopes, Ganassin, Marcon & Decesaro, 2015; Zambilio & Canci, 2014).

A título de ilustração sobre os afetos vividos pelos familiares, recuperamos o desfecho dado por Joana à NI de forma a comunicar uma das facetas do medo vivido pelos familiares. Joana é uma profissional do CAPS AD que conviveu durante toda a sua infância e adolescência com um tio em uso dependente do álcool. Na sua NI, a personagem Maria Amélia teme a represália do marido, ao lhe oferecer o tratamento de álcool e drogas do CAPS AD.

Maria pede orientações para Rita para procurar esses espaços onde Osvaldo poderia fazer um tratamento. Mas, ao mesmo tempo, Maria se pergunta se fará essa abordagem com Osvaldo pois ele não se vê como um dependente de álcool. Ele não aceitaria o tratamento!

- Ele pode até me xingar se eu propor um tratamento! E caso eu insista ele pode querer me bater!

Vale destacar que não foi possível identificar nas associações dos profissionais entrevistados uma teoria comum sobre o sofrimento vivido pelos familiares durante as situações de crise. A nosso ver, cada profissional interpreta a seu próprio modo a necessidade do familiar em crise e, a partir dessa percepção, elabora uma ação de cuidado.

No contexto da crise do usuário, alguns participantes acreditam que as necessidades dos familiares serão satisfeitas com informações sobre o uso dependente da substância, sobre o manejo de crise e sobre o funcionamento do SUS. Essa visão se fundamenta em uma concepção pedagógica de cuidado ao familiar, cujo sofrimento estaria mais associado à ignorância que a seu estado emocional. Nessa ótica, o familiar parece figurar como auxiliar na terapêutica do usuário e, portanto, sem lugar no plano de cuidado estabelecido pela equipe.

Todavia, dentre nossos entrevistados também havia profissionais que trabalhavam com uma concepção de acolhimento da crise do usuário conjugado ao acolhimento da crise emocional dos familiares. Nessa perspectiva, podíamos identificar uma escuta para as necessidades dos familiares diante da crise vivida, conduta esta que desvela uma visão mais ampliada sobre os impactos que o uso dependente do álcool produz no cotidiano e na qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas.

Considerando a nossa experiência clínica e produção acadêmica na área de família e dependência química (Carias, 2018; Carias & Granato, 2020; Carias & Granato, 2021;

Carias & Granato, no prelo) supomos que a família do usuário possui uma demanda singular de cuidado emocional. Dada as características do presente campo de sentido, nos interrogamos: como podemos interpretar psicanaliticamente a crise emocional dos familiares?

Uma breve reflexão winnicottiana sobre a crise emocional dos familiares

Fazer uma reflexão winnicottiana sobre o sofrimento emocional dos familiares neste ponto de nossa argumentação nos permitirá chegar a algumas conclusões a respeito das práticas de cuidado multiprofissional mediante a articulação entre o relato de nossos participantes, a literatura científica da área e estudos anteriores realizados em nosso grupo de pesquisa.

Para a concretização dessa proposta, iniciaremos por uma seleção das ideias winnicottianas que nos parecem especialmente profícuas para nosso tema. De acordo com Fulgêncio (2010; 2014; 2015), Winnicott elaborou uma psicanálise que rejeita as abstrações da metapsicologia para dialogar com o existencialismo moderno. Destacam-se nesta perspectiva os conceitos existenciais de ser, continuidade de ser⁵¹, *self*, criatividade primária e gesto espontâneo⁵². Winnicott cria conceitos a partir de sua síntese pessoal das contribuições de Freud, Melanie Klein e do paradigma fenomenológico-existencial (Abram & Hirschelwood, 2018; Loparic, 1995).

Segundo a psicanálise winnicottiana, poderíamos falar em saúde psíquica quando o indivíduo consegue viver criativamente e se adaptar às demandas da realidade⁵³, conciliando forças inicialmente antagônicas em cujos polos encontraríamos psicopatologia. Nessa ótica, o sofrimento adviria da impossibilidade de ser autêntico

⁵¹ Sensação ou sentimento de continuar sendo ao longo do tempo (Abram, 2000).

⁵² Gesto espontâneo ou gestualidade espontânea é um conceito winnicottiano que se refere a condutas que comunicam sobre o verdadeiro *Self* e o projeto existencial do indivíduo (Abram, 2000).

⁵³ “Objetivo ser eu mesmo e me portar bem” (Winnicott, 1962/1990, p. 152).

quando da submissão do *self* a um ambiente invasivo e desorganizador. Nessas condições a criatividade do indivíduo fica inibida e os processos de adoecimento psíquico se instalam (Winnicott, 1962/1990a; 1962/1990b).

É através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida. Em contraste, existe um relacionamento de submissão com a realidade externa, onde o mundo em todos os seus pormenores é reconhecido apenas como algo a que ajustar-se ou a exigir adaptação. A submissão traz consigo um sentido de inutilidade e está associada a ideia de que nada importa e de que não vale a pena viver a vida. Muitos indivíduos experimentaram suficientemente o viver criativo para reconhecer, de maneira tantalizante, a forma não criativa pela qual estão vivendo, como se estivessem presos à criatividade de outrem, ou de uma máquina. Essa segunda maneira de viver no mundo é identificada como doença, em termos psiquiátricos. De uma ou de outra forma, nossa teoria inclui a crença de que viver criativamente constitui um estado saudável, e de que a submissão é uma base doentia para a vida (Winnicott, 1971/1975c, p.95)

A vida criativa e com sentido pessoal postulada por Winnicott (1971/1975a; 1971/1975b; 1971/1975c) começa na experiência de ilusão do bebê. Nessa experiência estruturante do *self*, o bebê alucina a satisfação das suas necessidades, visto que desconhece a existência do cuidado concreto e sensível exercido pelos cuidadores primários⁵⁴ (Winnicott, 1958/1993; 1960/1993a). O cuidado parental garante a sobrevivência, filtra os estímulos do mundo externo e facilita essa ilusão, na qual o bebê vive pré-reflexivamente a satisfação das suas necessidades como uma experiência mágica e carregada de sentido pessoal (Winnicott, 1960/1993c; 1962/1990a; 1962/1990b).

À medida que os cuidadores primários apresentam doses da realidade compartilhada, o bebê vivencia um saudável processo de desilusão (Winnicott, 1957/1982), mas não sem antes ter podido viver a ilusão. Assim, permanece naqueles que chegam a viver essa experiência a esperança de que a vida seja um palco para as experiências criativas e dotadas de sentido pessoal (Winnicott, 1962/1990b; Pires, 2010).

⁵⁴ Fizemos um uso intencional do termo “cuidadores primários” em função das atuais discussões sobre gênero e cuidado parental. Apesar de Winnicott teorizar a partir da figura da mãe, nós preferimos ampliá-lo de modo a contemplar as discussões pós-winnicottianas e de gênero (Miranda, Timo & Belo, 2019).

Se o cuidado oferecido ao bebê garante o sentido de continuidade de ser e protege o *self* contra a intrusão ambiental desorganizadora, o indivíduo encontra condições facilitadoras para o amadurecimento emocional saudável (Winnicott, 1960/1990a).

Portanto, Winnicott (1971/1975a; 1971/1975b; 1971/1975c; 1971/1975d) compreende que o ser humano é criativo e capaz de alcançar uma integração psicológica e existencial. Porém, a criatividade humana é ameaçada quando o ambiente interpessoal ou social apresenta falhas ou intrusões ambientais capazes de ameaçar o *self*. Nessas condições, o registro existencial criativo ou brincante (Aiello-Vaisberg, 2012) é abandonado em prol de um registro defensivo ou dissociado. Nesta última modalidade, observamos o movimento do indivíduo no sentido do uso de defesas primitivas que visam conter ou manejar as angústias impensáveis (McWillims, 2014).

A partir do relato dos profissionais do CAPS AD somado a evidências de estudos anteriores desenvolvidos em nosso grupo de pesquisa (Carias, 2018; Carias & Granato, 2020; Carias & Granato, 2021), supomos que as situações de crise ou de “incêndio emocional” descritas pelos profissionais são experiências imprevisíveis (Winnicott, 1960/1993b; 1969/1993), capazes de romper a continuidade de ser dos familiares.

Retomando a metáfora do incêndio que queima e destrói, assim é a intrusão ambiental em seu potencial desorganizador do psiquismo. As cenas narradas ou imaginadas pelos profissionais do CAPS AD desvela um contexto de agonias impensáveis quando os familiares temem pela saúde do usuário ou quando sofrem os impactos da convivência com a violência física ou psicológica.

A nosso ver, a intensidade da intrusão ambiental é capaz de inibir a gestualidade espontânea dos familiares e fortalecer defesas que visam a proteção do verdadeiro *self*. É comum que os familiares orbitem em torno das necessidades e desejos do usuário e se sintam sobrecarregados pelas demandas que surgem nos relacionamentos interpessoais

(Cavalheri, 2010). Há estudos que indicam que os familiares seguem cuidando do usuário, enquanto negligenciam as próprias necessidades (Abadi, Vand & Agahae, 2015; Melo & Cavalcanti, 2019), o que desvela as ressonâncias da convivência com o parente que faz uso dependente do álcool na possibilidade de viver uma vida realizadora. Em outras palavras, há familiares que desenvolvem um padrão de reação ao ambiente (Abram, 2000; Carias, 2018), dada a agonia desencadeada pela crise do usuário.

Outros buscam elaborar uma teoria explicativa para estabelecer algum sentido para a instabilidade que torna o ambiente familiar imprevisível. Resgatamos, a título de ilustração, o caso de Rosa Vermelha (Carias & Granato, 2020) e sua busca de uma explicação plausível para a instabilidade do lar de origem. Para cada explicação criada, Rosa elaborava uma nova estratégia para proteger o seu verdadeiro *self*. Uma de suas teorias caiu por terra quando Rosa, ainda menina, descobriu que jogar as garrafas de álcool do pai não o livraria da dependência. Pelo contrário, atiçaria o seu ódio. Foi com o sofrimento que se desdobrou ao longo do tempo que Rosa percebeu que o consumo de álcool de seu pai não era determinado, nem controlado, pela conduta dos familiares.

Assim como Rosa, reconhecemos que os familiares elaboram estratégias defensivas para conter o sofrimento que advém da imprevisibilidade do ambiente (Carias, 2018; Carias & Granato, 2021), seja em razão do adoecimento do usuário ou em razão dos conflitos e dilemas que se expressam nas relações familiares.

Partindo do pressuposto de que a crise ou incêndio emocional vivido pelo familiar é fruto da intrusão ambiental, supomos a necessidade de um manejo multiprofissional que acolha as agonias impensáveis dos familiares. No âmbito dessas reflexões, convém perguntar: quais estratégias de cuidado são elaboradas pelos profissionais do CAPS AD para aliviar a crise emocional dos familiares?

Estratégias de cuidado da equipe do CAPS AD para as crises dos familiares

Exploramos no presente subitem as associações dos profissionais que nos permitem entrever as estratégias utilizadas para aliviar o sofrimento familiar que advém das crises do usuário do CAPS AD. Chamou a nossa atenção que a conduta da maioria dos participantes para acolher os familiares e atenuar as crises se dava por meio de intervenções breves e pontuais.

Observamos uma diversidade de estratégias que convergiam para um mesmo propósito: aliviar o sofrimento dos usuários e familiares em crise. Não encontramos nenhuma das intervenções tal como são praticadas em outros contextos, como o Método dos 5 Passos, utilizado no Reino Unido, com foco na crise emocional dos familiares (Copello, Templeton, Orford & Velleman, 2010). Descobrimos que as práticas do CAPS AD derivam das recomendações do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da intuição empática dos profissionais.

Alguns participantes chegaram a nomear as intervenções frequentemente usadas no SUS, como a “mediação” ou a “escuta qualificada”, mas não discorrem a respeito dos fundamentos teórico-metodológicos dessas intervenções. Na verdade, as utilizam ao seu modo, de forma criativa e espontânea e em conformidade com a necessidade dos casos.

Formulamos uma síntese interpretativa das estratégias terapêuticas referidas pelos profissionais para atenuar a crise dos familiares no intuito de compreender e sistematizar o que os profissionais entrevistados imaginavam como sendo os elementos essenciais do cuidado a ser dispensado ao usuário e à sua família nos momentos de crise.

1. Acolher e Escutar: no acolhimento, o profissional oferece um ambiente seguro e confiável para que o familiar possa se expressar. Na escuta, o profissional busca por meio da compreensão empática promover o diálogo e a reflexão do familiar sobre a experiência emocional daquele momento.

Acolher e Escutar são práticas de cuidado previstas no SUS. Ao recuperar a Política Nacional de Humanização do SUS (Humaniza SUS) vemos que as condutas de acolhimento e escuta são consideradas fundamentais para a concretização do cuidado integral (Brasil, 2004a). Ambas as práticas possibilitam uma aproximação sensível às demandas de sofrimento físico, social e/ou psicológico de usuários e familiares.

A riqueza do acolhimento e da escuta reside na criação de condições para a valorização da subjetividade e para a recuperação da cidadania de indivíduos e coletivos (Vasconcelos, 2014). Dado que nosso país é marcado pela desigualdade social e exclusão (Iamamoto, 2018), essas duas práticas possibilitam uma experiência de reintegração social, valorização da história de vida e compreensão das necessidades físicas, emocionais e sociais das pessoas.

Quanto ao acolhimento, Carvalho et al. (2008) apresentam uma interessante revisão de literatura sobre diferentes visões quanto a essa prática. Os autores observam em alguns estudos o acolhimento sendo definido como o envolvimento dos profissionais com a história de vida do usuário, a singularização do tratamento e as posturas de etiqueta e/ou educação dos profissionais. Em outros estudos, o acolhimento é visto como escuta clínica, focalizada na queixa-problema. Já em um terceiro grupo de trabalhos, o acolhimento se assemelha a um pronto-atendimento às necessidades dos acolhidos, o que nos sugere a lógica afetivo-emocional do campo “Apagando incêndios” guiando as práticas dos profissionais.

Já a escuta é frequentemente nomeada no SUS como “Escuta Qualificada”. Nesta prática, amplamente utilizada nos serviços do SUS, o profissional assume a postura ética de conhecer a singularidade do indivíduo e, assim, facilitar um encontro genuíno para o cuidado integral (Brasil, 2004a).

Apresentamos dois estudos emblemáticos para contextualizar a Escuta Qualificada nos equipamentos do SUS. Maynard, Albuquerque, Brêda e Jorge (2014) estudam a perspectiva de usuários do CAPS sobre essa prática⁵⁵. Os autores identificam que os usuários sentem que a Escuta Qualificada facilita o tratamento na medida em que fortalece os sentimentos de bem-estar, segurança, satisfação e confiança que são ingredientes essenciais para o cuidado terapêutico. Já Raimundo e Cadete (2012) estudam a perspectiva dos profissionais da saúde sobre essa prática. Os autores identificam profissionais que conseguem “colocar entre parentêses” os seus pressupostos culturais para acolher as experiências dos usuários e familiares, enquanto outros não possuem essa habilidade e não sabem o que é uma escuta acolhedora e qualificada. Esse resultado sugere a necessidade da formação continuada na área da saúde mental, ecoando a fala de alguns dos profissionais entrevistados no CAPS AD.

Como os nossos participantes acolhem e escutam os familiares em crise? Vemos que Rafael acolhe um casal no CAPS AD e, posteriormente, escuta a esposa agredida pelo marido alcoolizado. O mesmo participante, junto a outros profissionais, acolhe uma mãe que bate na porta do CAPS em busca de auxílio para o filho.

Cláudia acolhe o sofrimento vivido pelos familiares em seus momentos de angústia e desespero, enquanto Eduardo escuta as vivências da esposa de um usuário alcoolizado e delirante. Francisco percebe a importância do acolhimento de uma mãe que tinha suas necessidades emocionais negligenciadas. E Jessé valoriza a escuta acolhedora capaz de diminuir o incêndio que vê no “desespero no olhar” dos familiares.

O que a gente pode fazer? Eu acho que nós profissionais podemos **escutar** os familiares. **Ouvir** é o primeiro passo para diminuir o sofrimento. (Jessé)

⁵⁵ Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um equipamento de saúde do SUS para tratamento e reinserção social de usuários com necessidades decorrentes de transtornos mentais graves.

Apesar do empenho de nossos participantes em acolher e escutar os usuários e familiares nos momentos de crise, também notamos seu desamparo para sustentar essas intervenções. Visto que os profissionais estão sobrecarregados diante da carência de recursos humanos e financeiros e de fundamentação teórico-metodológica em seu trabalho, ponderamos sobre o risco de que o acolhimento e a escuta se tornem práticas automatizadas e, portanto, esvaziadas de seu sentido original.

De nosso ponto de vista, vemos que ambas as práticas, quando realizadas com ética e dedicação, carregam a potencialidade terapêutica do *holding* winnicottiano. De acordo com nossa compreensão de que o familiar é emocionalmente invadido pela crise do usuário, o *holding* presente no acolhimento e na escuta empática favoreceria o processo de elaboração do vivido. O leitor poderia se perguntar: mas o que é *holding*?

De acordo com Winnicott (1990a, 1990b), *holding* é a sustentação física e emocional fornecida pela mãe e/ou cuidador primário ao seu bebê. Essa sustentação marcada pela presença, cuidado e afeto que se mantêm no tempo contribui para os sentimentos de segurança e continuidade de ser do bebê e torna o ambiente humano confiável para o pleno desenvolvimento das capacidades inatas do bebê.

Por meio do *holding* o cuidador primário preserva o bebê do excesso de estímulos ambientais, dosando-os conforme os recursos do bebê (Winnicott, 1990a, 1990b). Nesse contexto de sustentação emocional, torna-se viável a satisfação das necessidades básicas do bebê e o estabelecimento da mutualidade mãe-bebê, ou seja, uma comunicação íntima entre duas pessoas (Abram, 2000).

Na vida adulta o *holding* também será uma necessidade quando nos depararmos com crises e sofrimentos radicais. Diagnósticos de graves doenças, perdas de entes queridos, separações conjugais, desemprego e outras condições sociais ou ambientais convocam o *holding* como o cuidado psicológico por excelência, dado que as

intervenções de caráter interpretativo que visam o autoconhecimento podem ser vividas pelas pessoas em crise como uma nova invasão ambiental.

Em sua exploração sobre as dimensões do *holding*, Medeiros e Aiello-Vaisberg (2006) propõem quatro aspectos do *holding* que guiariam o profissional em seu trabalho clínico. O primeiro seria **suportar** os sentimentos contratransferenciais despertados pelo encontro com as vulnerabilidades dos pacientes. O profissional deve estar presente e inteiro na experiência com o paciente e, portanto, não se entrincheirar em suas próprias defesas a fim de ofertar uma escuta devotada e afinada às demandas do paciente.

Na sequência, o segundo aspecto do *holding* é **olhar e nomear** as experiências emocionais do paciente. Aqui o profissional faz uso da função especular para compreender as nuances emocionais da experiência vivida e, assim devolver para o paciente os aspectos do si-mesmo que foram dissociados. Segundo as autoras, nomear/olhar⁵⁶ é uma face do *holding* que possibilita “a experiência de ser compreendido verdadeiramente sem precisar de palavras” (Medeiros & Aiello-Vaisberg, 2006, p. 43).

Já o terceiro aspecto é **conviver** e abarca a potencialidade terapêutica das experiências compartilhadas. E, finalmente, **agir** como quarto e último aspecto do *holding*. Neste, o profissional seleciona ações de cuidado com os pacientes, visando satisfazer suas necessidades emocionais. Essa conduta se diferencia do *acting-out*, consistindo em uma atenção devotada às necessidades do indivíduo conforme o seu nível de regressão ou amadurecimento pessoal (Medeiros & Aiello-Vaisberg, 2006).

2. Mediar: segunda modalidade interventiva de acordo com as referências dos profissionais do CAPS AD para as crises dos familiares. Na mediação, os profissionais assumem o papel de facilitadores do diálogo e da resolução de problemas. Eles auxiliam

⁵⁶ Apesar das diferenças paradigmáticas, vemos semelhanças entre o processo de nomear/olhar do *holding* descrito por Medeiros e Aiello-Vaisberg (2006) com o conceito de compreensão empática de Carl Rogers.

os usuários e os familiares a elaborarem as experiências vividas e a alcançarem uma comunicação assertiva e não-violenta.

A mediação se manifesta de duas formas nas narrativas de nossos participantes. A primeira é a mediação dos conflitos interpessoais entre usuários e familiares, já a segunda é a mediação realizada pelo profissional do CAPS AD para que familiares e usuários sejam atendidos em outros equipamentos de saúde ou de assistência social.

De acordo com Muszkat (2008), a mediação é uma estratégia de cuidado que diminui a rivalidade entre as partes envolvidas. O mediador assume a função de facilitador do diálogo, na medida em que se abre para as diferentes narrativas do conflito. Torna-se fundamental o respeito às diferenças e a elaboração de estratégias para a solução dos problemas. O mediador é um facilitador da cultura da paz que busca auxiliar ambas as partes no sentido da diminuição do impacto emocional e social da crise vivida.

A mediação é uma prática de cuidado frequentemente utilizada nos equipamentos do SUS. Parisi e Silva (2018) analisam o uso da mediação em diferentes equipamentos do SUS e concluem que ela interrompe a violência nos discursos e facilita a elaboração dos conflitos. O mediador se vale de uma escuta sensível e afinada aos significados presentes nas narrativas dos envolvidos, com o intuito de criar um clima emocional propício para a ressignificação das experiências. De acordo com as autoras, a mediação é uma estratégia de cuidado condizente com as premissas e princípios do SUS.

Vejamos como se dá o uso da mediação pelos profissionais do CAPS AD, conforme as narrativas de nossos participantes. Aline se recorda das experiências em que precisou mediar para conter a crise entre usuários e familiares. Numa situação de conflito entre mãe e filha, Aline escutou a ambas e auxiliou no diálogo e resolução dos problemas. Em outra ocasião, ela ajudou um casal com dificuldade para acessar um aplicativo para receber um benefício social. A participante ficou surpresa quando, no dia seguinte,

recebeu uma caixa de bombons como agradecimento pelo seu gesto. Numa terceira experiência, Aline descreve o reencontro entre um filho adulto e sua mãe idosa que faz uso dependente do álcool. Nesta cena, a participante vive o impacto emocional desse reencontro e, ao seu modo, tenta facilitar a reaproximação entre mãe e filho.

A gente faz a **mediação** dos conflitos familiares. Isso favorece a comunicação, o bem-estar e fortalece os vínculos entre os usuários, familiares e profissionais do CAPS AD. (Aline)

Cláudia é outra participante que menciona as inúmeras mediações que realizou com os equipamentos de saúde, assistência social e segurança nos contextos de crise. Diante da complexidade dos casos, Cláudia aciona diferentes serviços que compõem a RAPS para socorrer as urgências ou emergências vividas pelos usuários e familiares, o que inclui o SAMU, o Conselho Tutelar, a Unidade Básica de Saúde e até a Polícia Civil e/ou Militar.

Eduardo é outro participante que utiliza a mediação como estratégia de cuidado. No desfecho de sua NI, observamos a presença do personagem-usuário Osvaldo no grupo de familiares. Na cena construída pelo participante, o terapeuta do grupo busca mediar o conflito entre Maria Amélia e Osvaldo a partir de ambas as versões do casal.

Neste ponto, chegamos com nossos participantes à conclusão de que a boa mediação interrompe o ciclo da violência. Durante uma crise, os usuários e familiares estão impossibilitados de refletir sobre o vivido dada a desorganização psíquica desencadeada pelo conflito que leva ao impasse. Mediar interrompe o movimento defensivo de ambas as partes e inaugura uma condição emocional para a escuta e o diálogo. Apesar das dificuldades inerentes a esta prática, os ganhos ficam evidentes nas narrativas dos participantes. Os envolvidos no conflito passam a se comunicar, resolver problemas e/ou fazer acordos.

Passamos a nos questionar sobre os desafios que a construção de uma mediação “suficientemente boa” suscita. Há sempre o risco de que a mediação tenha como foco apenas a crise do usuário, apesar do familiar ser escutado quanto ao conflito vivido. Nesse caso, assim como no desfecho da NI de Eduardo, vemos um profissional que busca atenuar a crise emocional do usuário, relegando o familiar à posição de mero informante sobre aquela ocorrência. Nesse caso, os familiares carecem de um manejo sensível e adaptado a sua própria crise, na medida em que estão tão implicados quanto o usuário. É fato que as premissas do SUS e da Reforma Psiquiátrica incluem a família no cuidado integral, enquanto o PTS está centrado no usuário.

A nosso ver, relegar a família a posição de informante é reproduzir o modelo médico de assistência e, em última análise, as proscritas condutas manicomiais. Historicamente, a família sempre foi excluída da saúde mental, ocupando o lugar de informante dos sinais e sintomas do paciente (Moreno & Alencastre, 2003; Sei & Santiago, 2019). Já a proposta humanitária e audaciosa da Reforma Psiquiátrica inclui os membros da família como cidadãos e protagonistas envolvidos no cuidado do usuário. Desse modo, os familiares precisam ser considerados como rede de apoio do usuário e como coletivo que sofre e que tem direito à atenção profissional especializada para as suas necessidades existenciais.

Na situação de crise, tanto familiares quanto usuários serão beneficiados pelo manejo profissional afinado às suas necessidades (Winnicott, 1960/1990a; 1962/1990a). Se o usuário precisa de um ambiente capaz de se adaptar às suas vulnerabilidades, devido aos riscos da recaída no uso do álcool, os familiares também precisam de um ambiente previsível, seguro e confiável para que possam elaborar os afetos mobilizados pela crise, retomar o sentido existencial da vida e, assim, continuar exercendo a função de rede de apoio do usuário.

Acreditamos que a mediação “suficientemente boa”, ou seja, aquela que inclui o familiar como cidadão e protagonista, é uma expressão de manejo terapêutico. Há outros manejos possíveis a serem pensados na prática profissional, como aquele que deriva da escuta que leva em conta as expectativas e fantasias da família quanto ao tratamento e à cura do parente que faz uso dependente de álcool.

O manejo “suficientemente bom” poderia aproximar os familiares das possibilidades e das dificuldades inerentes ao tratamento do uso de substâncias, afastando-os tanto da idealização quanto da decepção que paralisam o processo. Supomos que, por meio deste manejo sensível e adaptado, os familiares são convidados a assumir a função de rede de apoio do usuário assim como o próprio autocuidado, independente da motivação do usuário para o tratamento.

Compreendemos que quando o familiar se sente amparado ele consegue ser uma efetiva rede de apoio no tratamento do usuário. Do contrário, quando o familiar é relegado a segundo plano e/ou está cansado ou desesperado, não encontrará recursos emocionais para cumprir essa tarefa. Supomos que quando há intensa sobrecarga e desamparo, o familiar fantasia com a internação do usuário, como um último recurso para conter a imprevisibilidade do ambiente que invade o *self* (Carias, 2018) no contexto de crise ou de incêndio emocional.

Os profissionais do CAPS AD se deparam e se queixam da busca familiar por internação. Porém, o que chama a nossa atenção é o desencontro de expectativas entre profissionais e familiares. Nossos participantes acreditam que essa expectativa esteja associada a um desconhecimento dos familiares sobre o funcionamento dos serviços da Reforma Psiquiátrica, referindo-se a questões quase-burocráticas que precisam ser informadas. A nosso ver, essa expectativa desvela o estado agônico em que os familiares se encontram. Eles desejam a internação do usuário no intuito de restabelecer o senso de

continuidade de ser que vem sendo repetidamente interrompido pela violência das crises. Tal angústia não nos parece estar encontrando um espaço de escuta e elaboração no CAPS AD. Em vez de terem seu sofrimento validado, os familiares recebem informações sobre o transtorno do parente e sobre o projeto para o cuidado à saúde mental no SUS. De informante a informado, o familiar fica rodeado de dados, recomendações, regras, ideologias e responsabilidades com os quais pode concordar, se submeter, ou se revoltar.

3. Psicoeducar: terceira e última modalidade interventiva que visa conter a crise dos familiares. Nessa estratégia, a equipe do CAPS AD oferece informações com o intuito de conscientizar os familiares sobre as características do uso dependente da substância, dos equipamentos e serviços públicos, dos direitos sociais ou de outros temas. O objetivo é capacitar os familiares para o enfrentamento e solução dos problemas.

A psicoeducação é uma estratégia frequentemente usada pelos profissionais da saúde que visam a mudança psíquica através da conscientização dos indivíduos sobre uma determinada doença ou sobre uma condição histórico-social. O profissional capacita o usuário ou o familiar com informações científicas a respeito de uma condição que impacta a sua vida. Acredita-se que, de posse dessas informações, o usuário ou o familiar saberá resolver problemas, solucionar conflitos, tomar decisões informadas e/ou procurar ajuda especializada (Vasconcelos et al., 2014).

Desse modo, a psicoeducação se torna importante recurso para o cuidado a usuários e familiares nas situações de crise. Estar ciente das características do uso dependente da substância desconstrói crenças que se apoiam no senso comum, como a de que o usuário usa o álcool em razão de um problema de caráter ou motivado pela presença de alguma “entidade espiritual”. Nesse processo, usuários e familiares se beneficiam do conhecimento historicamente produzido, mas inacessível para algumas populações. Informar sobre a condição de saúde vivida e sobre o tratamento disponível é um direito

do cidadão brasileiro garantido na Lei do SUS (Brasil, 1990) e na Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001).

A psicoeducação promove reflexão sobre a condição de saúde vivida e facilita a conscientização social. No relato dos participantes deste estudo, encontramos cenas em que a conscientização social acontece via diálogo psicoeducativo. Vemos que psicoeducar também significa discutir sobre luta de classes, opressão de gênero ou desigualdade social e sua relação com a crise emocional vivida.

Vejam alguns exemplos. Cláudia orienta por telefone os familiares quanto aos sinais vitais do usuário já desacordado em razão da intoxicação pelo álcool. Ela também informa os familiares quanto aos equipamentos de saúde que compõe a RAPS e os orienta sobre como proceder em situações de crise, urgência ou emergência. Já Felipe destaca a importância de os familiares conhecerem o SUS, na medida em que esse conhecimento os auxiliará no cuidado a longo prazo e nas situações de crise que ora discutimos.

Jéssica também aposta na psicoeducação dos familiares como estratégia de mudança psíquica pela via da desconstrução social. Em sua NI, Jessica nos permite entrever um manejo psicoeducativo que visa desconstruir a naturalização da violência doméstica nos relacionamentos em que o álcool está presente.

Convidamos o leitor para um exercício imaginativo. Imagine a experiência de uma mulher que não compreende a razão do consumo dependente de álcool do marido. Ela pode interpretar que o consumo de álcool seja em razão do seu comportamento como esposa e não como um problema de saúde complexo que exige cuidado multiprofissional.

Diante da imprevisibilidade do lar, marcado pela violência doméstica, essa mulher cria teorias pessoais para dar conta do vivido. Uma destas teorias pode ser a crença de que é culpada pela agressão vivida, ou que merece ser castigada, dado que teria supostamente falhado como esposa, ou ainda espelhar-se em sua própria mãe e

conformar-se com o “destino feminino”. Se essa mulher compreender via estratégia psicoeducativa que o uso dependente de álcool é um problema de saúde mental que pouco tem a ver com a sua conduta, mas que ainda assim ela pode ajudar, possivelmente terá mais recursos para compreender e lidar com o que vive na relação com o marido.

Porém, apesar de seus benefícios, a estratégia psicoeducativa não é capaz de acolher a agonia vivida pela contínua exposição do *self* a um ambiente familiar invasivo. Consultando a literatura científica, observamos uma ênfase nas intervenções pedagógicas junto aos familiares, particularmente nos momentos de crise, ao lado de uma carência de intervenções de acolhimento e suporte emocional. Similarmente, alguns dos profissionais entrevistados expressaram esse movimento de contenção da crise familiar pelo uso exclusivo de estratégias psicoeducativas.

Rane et al. (2017), por exemplo, realizaram uma revisão da literatura sobre intervenções psicossociais aos familiares. Após a seleção e análise dos trabalhos, os autores identificaram práticas psicoeducativas centradas no enfrentamento e solução de problemas. Apesar da potencialidade das estratégias psicoeducativas, questionamos o uso excessivo dessas práticas. Partindo do pressuposto psicanalítico de que o ser humano é tomado por angústias e defesas conforme o campo do vivido (Bleger, 1958/1963; 1963/1984; McWilliams, 2014), destacamos a importância de outras intervenções capazes de abordar esses e outros afetos vividos pelos familiares, como o desamparo, o vazio e a agonia. Acreditamos que haja espaço no CAPS AD para o manejo combinado do sofrimento psíquico de usuários e familiares, mas sabemos que há um outro fator a considerar. É o que discutiremos abaixo.

Desmonte do SUS e da Reforma Psiquiátrica: novos incêndios emocionais

Neste último item em que discutimos o campo de sentido “Apagando incêndios”, trataremos do impacto do processo de desmonte do SUS e da Reforma Psiquiátrica sobre o cuidado aos familiares. Argumentamos que a atual precarização do trabalho em saúde mental inibe a criatividade da equipe que, à semelhança do que ocorre com os familiares do usuário, também se sente sobrecarregada e desamparada no exercício profissional. Diante da falta de recursos materiais e humanos, os profissionais vivenciam crises e se veem impotentes diante da crise do usuário e do familiar.

Nossos entrevistados descrevem os sentimentos de impotência, confusão e incerteza no cuidado aos familiares em crise. Moacir, participante do presente estudo, defende a impossibilidade do CAPS AD acolher os familiares, dada a precariedade em que se encontram os equipamentos da Reforma Psiquiátrica.

O CAPS não tem como atender! A gente está supersaturado de usuários e com poucos profissionais. Há uma série de fatores que impedem o trabalho com os familiares: falta de verba para a manutenção do serviço, carência de profissionais e a constante ameaça do fim das políticas públicas que defendem a liberdade (Moacir).

O CAPS AD é um equipamento do SUS e da Reforma Psiquiátrica para o tratamento de usuários e familiares (Brasil, 2004a; 2017). A equipe multiprofissional de um CAPS AD costuma se reunir para elaborar ou discutir o PTS do usuário e as estratégias de cuidado à família. No CAPS AD busca-se uma horizontalidade dos saberes profissionais visto que cada uma das áreas de conhecimento contribuem para a compreensão das experiências vividas pelos usuários. Em oposição ao hospital psiquiátrico que privilegia o discurso médico, o CAPS AD e os demais equipamentos que

substituíram os manicômios valorizam a diversidade de saberes e práticas profissionais, tal como idealizado por Franco Basaglia (Basaglia, 1979).

Segundo Tenório (2001) esses equipamentos de saúde têm um trabalho psicossocial, ou seja, que extrapola a clínica oferecida em um ambulatório de saúde mental com atendimentos individuais ou grupais de caráter semanal. No trabalho psicossocial do CAPS há atividades diárias que visam a reabilitação do usuário. São cursos, oficinas, terapias de grupo, atividades esportivas, atividades artísticas, dança ou teatro, dentre outras estratégias que visam socializar os usuários e facilitar o cuidado integral. Portanto, no CAPS AD observamos uma clínica ampliada capaz de auxiliar o usuário nas dificuldades concretas da vida (Tenório, 2001).

Apesar dos avanços conquistados pelos movimentos que defendem o SUS e a Reforma Psiquiátrica, observamos na atualidade uma política de desmonte dos equipamentos e serviços públicos brasileiros. Marques, Roberto, Gonçalves e Bernardes (2019) buscam discutir o desmonte nacional e seu impacto na subjetividade dos indivíduos. Segundo as autoras, as peças ou engrenagens que operam o desmonte são a redução do financiamento nos serviços públicos, a instabilidade e precarização dos empregos e os projetos ou emendas constitucionais que restringem os direitos dos brasileiros.

Na visão de Marques et al. (2019), o desmonte impacta na qualidade de vida da população, particularmente dos grupos mais vulneráveis. Há uma tensão entre as políticas públicas e a investida neoliberal atualmente em destaque no país. Se as políticas públicas asseguram o direito do cidadão a serviços de qualidade financiados pelos impostos, a investida neoliberal carrega uma intenção política de fragmentar esses serviços e vendê-los como produtos a serem consumidos. Esse cenário facilita a retirada de direitos e a transformação dos cidadãos em potenciais consumidores, excluindo aqueles que não

possuem renda para acessar os serviços vendidos. Portanto, na perspectiva das autoras a exclusão produzida pelo desmonte neoliberal é capaz de promover a morte de indivíduos e coletivos.

Mbembe (2016) apresenta interessantes reflexões sobre a política de morte que legitima quem deve viver ou quem deve morrer conforme a cultura e a história de cada país. O autor, inspirado na contribuição foucaultiana sobre o biopoder, explora os conceitos de estado de soberania, estado de exceção e estado de sítio para discutir a história da necropolítica ou política de morte nas sociedades modernas. Mbembe observa que em cada nação e momento histórico é eleito um inimigo do Estado que sofrerá perseguição e morte legitimadas socialmente. Desse modo, há estruturas sociais visíveis e/ou invisíveis que visam destruir determinados grupos sociais a partir do racismo, da violência física ou simbólica e da retirada de direitos.

As ideias de Mbembe (2016) sobre a Necropolítica nos ajudam a compreender o desmonte do SUS e da Reforma Psiquiátrica enquanto política de morte capaz de afetar a sobrevivência da população por meio da restrição de seu acesso a serviços essenciais de saúde. O sofrimento físico e emocional das pessoas se tornará plenamente visível quando os equipamentos e serviços do SUS e da Reforma Psiquiátrica forem desativados e a população se encontrar totalmente desamparada.

Os profissionais do CAPS AD que participaram deste estudo expressam sua angústia pelas limitações vividas em razão da escassez de verbas, de profissionais e da carência de formação continuada. Acreditamos que o desmonte do SUS e da Reforma Psiquiátrica convoca contratransferencialmente os profissionais a lutarem pela sobrevivência dos equipamentos substitutivos. Nesse contexto em que impera a lógica da sobrevivência, há uma carência de condições objetivas para se pensar o cuidado

emocional dos familiares, salvo as intervenções breves e pontuais que objetivam “apagar os incêndios”.

A nosso ver, assim como o usuário e os familiares vivenciam crises ou incêndios emocionais, os profissionais do CAPS AD vivenciam crises paradigmáticas e/ou emocionais quando se deparam com o desmonte neoliberal, sentindo-se igualmente desamparados, cansados, impotentes, confusos e inseguros.

Apresentamos duas falas de participantes que ilustram essa relação entre desmonte e crise. Na primeira, Jessé associa a respeito das limitações da sua prática profissional enquanto médico do CAPS AD. Ele percebe que sua prática é limitada em função da complexidade dos casos e da escassez de recursos.

Eu me vejo enxugando gelo aqui no CAPS! Foi um processo muito doloroso entender que não vou salvar todo mundo. Precisei elaborar isso! E acho que o mesmo raciocínio se aplica aos familiares!” (Jessé)

Também Jéssica descreve a sua angústia em não saber o que fazer com as demandas emocionais dos familiares, particularmente nos momentos de crise. Supomos que diante do desmonte a angústia da participante se intensifique em função da carência de formação continuada e da carência de supervisão na área do cuidado à família.

Tem horas que eu não sei o que fazer com os familiares! Há uma carência de recursos teóricos e técnicos! A equipe fica sem repertório para o cuidado! Por isso a importância da formação continuada nas capacitações que estamos planejando. (Jéssica)

Nesse contexto de desinvestimento na saúde mental pública (Onocko-Campos, 2019) nossos entrevistados são convocados a lutar pela sobrevivência do CAPS AD. Resgatamos a contribuição de Winnicott (1971/1975c) que diferencia o viver do

sobreviver, a fim de compreender os impactos do desmonte neoliberal no planejamento do cuidado aos familiares.

Segundo Winnicott (1971/1975a; 1971/1975b) o viver está marcado pela espontaneidade existencial, por condições concretas que possibilitam abrigo e alimentação e pelos sentimentos de segurança e confiança. Já no registro da sobrevivência destacam-se a falha na provisão ambiental e a estruturação de defesas para a sobrevivência física e emocional.

Em uma leitura winnicottiana, nossos entrevistados desvelam um contexto de falhas ambientais nas “falhas do Estado”, tal como narrado por Moacir em sua entrevista: “o CAPS pode se deparar com essas falhas do Estado”. Nesse cenário, os profissionais são convocados a reagir às invasões ambientais que, por sua vez, inibem processos criativos na elaboração das suas práticas. Tal condição também inviabiliza uma reflexão dos profissionais sobre o sofrimento crônico dos familiares, tema do próximo campo de sentido, dada a constante luta pela sobrevivência do CAPS AD.

Acreditamos que o desmonte do SUS e da Reforma Psiquiátrica potencializa novas crises a serem vividos pelos usuários, familiares e profissionais. A compreensão desses incêndios e das práticas que objetivam “apagá-los” deveria ser, a nosso ver, objeto de futuras pesquisas compreensivas.

Afinados com Bleger (1958/1963) defendemos o direito da população a serviços de saúde mental pública. Defendemos o investimento no SUS e na Reforma Psiquiátrica para que se constitua um solo previsível (Winnicott, 1971/1975a; 1971/1975b) para que os profissionais do CAPS AD se sintam seguros para criar novas práticas de cuidado emocional aos familiares. Assim haverá condições propícias para que os profissionais consigam identificar, nomear e manejar o sofrimento crônico da família do usuário.

CAMPO 2**“O PESO DAS CINZAS”**

O presente campo de sentido afetivo-emocional ilustra o mundo vivencial habitado pela equipe do CAPS AD quando se depara com o sofrimento familiar que extrapola a situação de crise. Esse sofrimento é crônico, existencial e advém da convivência diária com o parente cujo uso dependente do álcool gera impacto social, financeiro e emocional em todos os membros da família.

Se no primeiro campo o foco da equipe é “apagar o incêndio”, no segundo contemplamos “o peso das cinzas”. O uso dessa metáfora no título deste campo alude a intensidade do sofrimento dos familiares e sua capacidade em angustiar os profissionais. Destaca-se a sensação de impotência dos entrevistados para aliviar o sofrimento crônico ou existencial da família e a consequente carência de intervenções para essa finalidade.

O título deste campo contém um interessante paradoxo que merece ser explorado. Quando uma folha de papel é queimada, ela produz cinzas que são facilmente levadas pelo vento dada a sua leveza. Porém, aqui contemplamos a imagem de cinzas pesadas, densas, sufocantes. Há uma imensidão de cinzas produzidas após os incêndios. Elas representam o sofrimento existencial da família que é capaz de sufocar a equipe e impedir a visão do caminho a ser seguido.

Se o sofrimento agudo da crise advém de conflitos interpessoais ou da descompensação na saúde do usuário, o sofrimento crônico ou existencial que teorizamos advém da sensação dos membros da família em perder a própria história ou a espontaneidade para se submeter a dinâmicas familiares que giram em torno do usuário (Carias, 2018). Padrões de relacionamento disfuncionais em que filhos amadurecem precocemente e assumem tarefas parentais, ou cônjuges que se autosacrificam até

vivenciarem vulnerabilidade psíquica e social são exemplos emblemáticos deste sofrimento crônico ou existencial vividos pela família do usuário.

A partir do relato dos participantes e da literatura científica consultada, supomos que a família esteja sobrecarregada pela sucessão de crises e pela convivência diária com a instabilidade emocional do lar, sendo subjetivamente marcada por um sofrimento dilacerante. Aproveitamos a metáfora do incêndio usada no primeiro campo para pensar esse sofrimento crônico que se instala e se alimenta de cada crise vivida pela família. À semelhança do trabalho de limpeza, resgate e reconstrução que se segue aos grandes incêndios, os profissionais se veem convocados a lidar com as cinzas geradas pela destruição a qual afeta a todos – usuários e familiares.

Entendemos que os familiares são afetados no âmbito físico, emocional e social, sentindo-se angustiados ou traumatizados com as experiências vividas, e experimentando significativas dificuldades nas relações interpessoais (Albuquerque, Heimerdinger & Rodrigues, 2016; Carias, 2018; Carias & Granato, 2020; Carias & Granato, 2021; Carvalho, 2005; Hinrichs, Defire & Wester, 2011; Lopes, Marcon & Decesaro, 2015; Manguiera & Lopes, 2014). Nesse sentido, podemos supor que tais “cinzas” são como marcas subjetivas, sendo imprescindível que se elaborem intervenções voltadas para o sofrimento dessa população (Paz & Colossi, 2013; Pereira et al., 2015; Silva et al., 2011; Teixeira et al., 2015; Trindade & Costa, 2012; Woodside, 1988).

Cavalheri (2010) destaca que os familiares se sentem “usurpados do próprio eu” (p. 53), dada a sobrecarga vivida e a impossibilidade de agir espontaneamente em seu cotidiano. Numa perspectiva winnicottiana, a inibição do gesto espontâneo dos familiares em razão de um ambiente intrusivo e imprevisível produz o sofrimento crônico ou existencial que ora teorizamos (Carias & Granato, 2020; Carias & Granato, 2021). Deste modo, a carência de um ambiente familiar seguro e confiável (Winnicott, 1960/1993a,

1960/1993b, 1969/1993) gera angústias que são manejadas por meio de estratégias defensivas (Carias, 2018).

Os familiares desenvolvem padrões de reação ao ambiente, traumas, dificuldades de socialização, dependência emocional, dentre outras formas de reagir que, por sua vez, impactam sua qualidade de vida e as relações interpessoais (Reis, 2014; Silva, Hildebrant, Stumm, Leite & Piovesan, 2011; Sobral & Pereira, 2012; Souza & Carvalho, 2005; Trindade & Costa, 2012). São marcas subjetivas que inviabilizam a vida autêntica e significativa e precisam de cuidado especializado em prol do “resgate emocional”.

Nossa hipótese é que os profissionais do CAPS AD se deparam com esse sofrimento e se angustiam. Assim como a família do usuário, eles vivenciam “o peso das cinzas” quando se sentem impotentes, confusos ou divergentes sobre como aliviar um sofrimento tão duradouro e marcado pela desesperança. Desse modo, podemos concluir que a regra lógico-emocional deste campo de sentido se apresenta como uma dúvida inconsciente que atormenta os profissionais do CAPS AD: *“O que fazer para aliviar o crônico sofrimento da família?”*.

Se no primeiro campo de sentido a crise convoca práticas profissionais pontuais e breves, aqui temos uma situação diferente: dado o sofrimento existencial da família convém às intervenções a longo prazo. Porém, segundo o relato dos participantes, elas são escassas no CAPS AD. Os profissionais se vêem sem repertório clínico para o manejo desta demanda. Há carência de verbas, de formação continuada e de diálogo sobre o cuidado à essa população. Há resistência de alguns profissionais em reconhecer e compreender o sofrimento existencial dos familiares. Supomos que essa resistência alude a reprodução histórica da exclusão da família na saúde mental (Moreno & Alencastre, 2003).

Interpretamos que a histórica exclusão social da família da rede de saúde mental brasileira contribui para o mal-estar sobre o qual ora nos debruçamos. Durante o período manicomial, a família tinha o papel de informante dos sinais e sintomas do paciente, mas nunca como rede de apoio qualificada ou como um coletivo que sofre e necessita de cuidado especializado (Moreno & Alencastre, 2003). Embora a Reforma Psiquiátrica tenha proposto a inclusão da atenção à família do usuário, alguns desafios ainda não foram superados, como a sobrecarga dessa população diante da carência de auxílio do Estado (Duarte, Souza, Kantorski & Pinho, 2007; Gambato & Silva, 2006; Porto, Rezende & Gomes, 2016).

Os profissionais vivenciam um profundo mal-estar quando se deparam com o sofrimento da família. Supomos que essa sensação é intensificada com a carência de recursos humanos e financeiros no CAPS AD, particularmente numa conjuntura sócio-política de desmonte da Reforma Psiquiátrica (Onocko-Campos, 2019). Também supomos que há outros fatores que intensificam a sensação de mal-estar dos profissionais. Um deles é a cobrança da família pela “cura” do usuário. Dado que o uso dependente de álcool é uma condição crônica que pôde ser cuidada, mas jamais curada, os membros da equipe se incomodam com essa exigência da família. Possivelmente irritados, os profissionais interpretam o pedido da família pela internação do usuário como carência de informação sobre a Reforma Psiquiátrica e sobre o tratamento do uso de substâncias. Porém, supomos que a família está reagindo ao sofrimento existencial que ora teorizamos e quando não encontra um espaço para elaborar as próprias experiências, enxerga como única saída a internação do usuário.

Aqui há um desencontro entre profissionais e familiares. De um lado a família está angustiada com esse sofrimento crônico e dilacerante. Do outro, há profissionais que se angustiam com o sofrimento da família, mas cobram deste público um papel

idealizado de rede de apoio ao usuário. A família muitas vezes é vista como onipotente, perfeita, resolvedora de problemas, capaz de suportar conflitos, sustentar emocionalmente ou financeiramente o usuário. Essa é uma visão idealizada da família. Na verdade, ela está desamparada, angustiada, sufocada e necessitada de cuidado especializado para alcançar a condição de verdadeira rede de apoio do usuário.

Os membros da equipe do CAPS AD também estão angustiados e se sentindo sufocados pelas cinzas. Os profissionais não conseguem respirar tamanha é a quantidade das cinzas, ou seja, do sofrimento existencial dos familiares. Outra cena metafórica que alude a esta experiência é os profissionais não conseguirem enxergar os caminhos para cuidar das necessidades dos familiares, visto a intensidade das cinzas em poluir o campo visual. Selecionamos alguns trechos emblemáticos das NT para ilustrar o mal-estar dos profissionais. Nossa proposta é mostrar que esse mal-estar marcado pela sensação de impotência e desesperança impacta na elaboração das práticas de cuidado aos familiares. Chama a nossa atenção a surpresa dos participantes quando não conseguem manejar o crônico sofrimento da família do usuário.

Francisco se surpreende com o *feedback* do grupo terapêutico que conduzia. Na ocasião, o participante soube que os familiares não se sentiam compreendidos e satisfeitos com a intervenção grupal. Jéssica desvela a sua sensação de incapacidade para cuidar das necessidades da família, apesar da sua busca contínua de supervisão clínica e diálogo com os pares. Jessé também descreve o sentimento de impotência em face do caráter crônico da dependência de álcool e do sofrimento da família. O participante explica que precisou de tempo para reelaborar o seu papel profissional, dado que a sua formação médica enfatizava a cura e não o cuidado aos pacientes. Em nossa interpretação Jessé está acostumado a “apagar incêndios”, mas se sente confuso quando se depara com o “peso das cinzas”, ou seja, quando vivencia o sofrimento existencial da família.

Observamos que tanto as angústias quanto os recursos defensivos mobilizados pelos familiares afetam os profissionais do CAPS AD. A NI elaborada para este estudo se organiza em torno de uma cena de angústia quando a personagem Maria Amélia comparece a um grupo de familiares e solicita auxílio dos profissionais. A análise dos desfechos das NI e dos relatos das entrevistas desvela os inúmeros desafios com que o profissional se defronta para o cuidado dos familiares em seu sofrimento existencial. Desafios que nos levam a supor o mal-estar do profissional que se sente frustrado ou despreparado para lidar com a demanda dos familiares. Entendemos que a intensidade desse mal-estar pode inviabilizar a reflexão e a discussão coletiva dos profissionais sobre as estratégias de cuidado que responderiam ao “peso das cinzas”, ou seja, ao sofrimento existencial da família.

Se no primeiro campo o cuidado profissional é guiado pelo objetivo comum de “apagar o incêndio”, em meio a uma diversidade de estratégias referidas pelos participantes, neste os profissionais parecem sofrer com as divergências da equipe quanto a concepções de sofrimento, objetivos e estratégias de cuidado. Alguns profissionais se valem de certezas rigidamente construídas, enquanto outros admitem que a carência de formação, de recursos e de tempo tem um papel importante em suas dificuldades de acolher a família. Além disso, conforme expomos anteriormente, o atual cenário de desmantelamento da Reforma Psiquiátrica (Onocko-Campos, 2019) intensifica o mal-estar da equipe e torna imperativa a discussão sobre o apoio qualificado a essa categoria que luta com o crônico sofrimento do usuário e de sua família, bem como com a sobrevivência do CAPS AD.

Destacamos algumas questões com que nos deparamos ao considerar as divergências entre os profissionais diante do sofrimento crônico da família do usuário: *O familiar é uma rede de apoio ou é merecedor de cuidado? O CAPS AD deve acolher ou*

encaminhar os familiares? Que intervenções aliviam o sofrimento existencial dessa população? Segundo nossa percepção, há profissionais que vivenciam essas dúvidas cotidianamente, embora não consigam ainda nomeá-las, o que certamente impacta o manejo multiprofissional. Tais dúvidas, que geram desconforto e insegurança, poderiam ser elaboradas por meio do diálogo e da reflexão que acontece no seio da própria equipe do CAPS AD. Porém, o elevado número de usuários e familiares que acorrem ao serviço, a intensidade e a frequência das crises, além da escassez de recursos materiais e humanos parece esvaziar qualquer possibilidade de atuação efetiva fora da crise. Nessa perspectiva, os profissionais se veriam apenas “apagando incêndios” e se questionando: “O que fazer com o sofrimento duradouro da família?”.

Para ilustrar esse contexto de desafios em que há divergências e/ou antagonismos nas práticas profissionais quando o foco do cuidado é o sofrimento crônico da família do usuário, selecionamos algumas passagens emblemáticas das entrevistas. Primeiramente, observamos que à personagem Maria Amélia (NI) são atribuídas diferentes funções conforme a perspectiva que o profissional tem sobre o cuidado que deve ser dispensado à família. Alguns participantes incluíram na NI o personagem Osvaldo (marido e usuário) em um suposto grupo de familiares, focalizando a interação do casal. Enquanto alguns participantes privilegiavam as necessidades pessoais de Maria Amélia, outros se ocupavam de Osvaldo. Nesta última situação, a esposa era retratada ora como auxiliar terapêutica da equipe, ora como informante de sinais e sintomas.

No desfecho que Cláudia deu para sua NI, vemos que o terapeuta do grupo valida as experiências de Maria Amélia e Osvaldo. Ambos os personagens – marido e mulher – são acolhidos e orientados sobre o tratamento no CAPS AD. Já Eduardo e Moacir divergem de Cláudia, apresentando uma imagem da família como informante de sinais e sintomas do usuário. Enquanto na NI de Eduardo, Maria Amélia fornece informações

sobre o marido e o terapeuta do grupo dirige a palavra apenas para Osvaldo, na NI de Moacir temos um terapeuta que deixa Maria Amélia constrangida, ainda que de maneira sutil:

– Mas deixa eu te perguntar uma coisa: o Osvaldo bate em você ou ele só fica violento com as palavras?

Maria Amélia fica constrangida e diz que é mais com as palavras, mas que ele já chegou a empurrá-la para o chão.

O mal-estar vivido pelos profissionais do CAPS AD

No presente subitem aprofundamos nossa reflexão sobre o mal-estar vivido pelos profissionais do CAPS AD no encontro com “o peso das cinzas”, ou seja, com o sofrimento crônico ou existencial dos familiares. Compreendemos esse mal-estar como um lugar de confluência de diferentes fatores que facilitam ou intensificam o seu surgimento. O atual cenário de desmantelamento dos serviços da Reforma Psiquiátrica (Onocko-Campos, 2019), a carência de verbas e de recursos humanos (Vasconcelos, 2014), a sobrecarga e a complexidade da demanda dos usuários (Jafelice & Marcolan, 2017) são fatores que intensificam o mal-estar. Nesse contexto de cansaço da equipe (Macedo, 2007), é possível que a própria demanda familiar acabe reativando ou intensificando o mal-estar do profissional que, por sua vez, compromete a sua disponibilidade para os familiares.

Conforme exposto anteriormente, observamos no relato dos participantes que os membros da família costumam questionar os profissionais do CAPS AD sobre o tratamento do usuário. Supomos que haja uma cobrança explícita ou implícita quanto à cura da dependência de álcool, apesar do seu caráter crônico. Em razão dessa cobrança,

acreditamos que os profissionais se sintam pressionados e vivenciem dificuldades no manejo dos familiares.

Segundo Rafael, a família bate no portão do CAPS AD e exige solução para o consumo dependente de álcool do seu parente. Aparecida refere a cobrança dos familiares como mobilizadora de sentimentos de surpresa, angústia e raiva nos profissionais. De acordo com a participante, há familiares que exigem a internação do usuário e que não se mostram disponíveis para conversar com os profissionais. Presumimos que o impacto dessa experiência produza nos profissionais sentimentos desagradáveis como tristeza e raiva.

Entretanto, supomos que o profissional também se angustie com o crônico sofrimento da família. Felipe fala sobre a dificuldade dos seus colegas em identificar e manejar esse sofrimento dos familiares. No seu primeiro emprego em um CAPS AD, ficou surpreso com um grupo terapêutico em que os familiares disputavam entre si a narrativa de maior sofrimento. O que chamou a atenção do participante foi o movimento reativo dos profissionais que viam como única solução o encerramento do grupo de familiares. As sessões que eram semanais, passaram a ser quinzenais e depois mensais. Diante da ameaça de extinção do grupo, Felipe aproveitou uma reunião da equipe para refletir junto aos colegas sobre o que poderia ser feito para aliviar o crônico sofrimento dessa população. Diante do silêncio dos colegas, Felipe compreendeu que estava só e que precisava elaborar um novo enquadre para o grupo terapêutico.

O que teria levado os colegas de Felipe a diminuir a frequência do atendimento grupal rumo a sua extinção? É possível que os profissionais tenham concluído que os familiares não estavam aproveitando o apoio mútuo. No entanto, parece-nos que o mal-estar gerado pela falta de recursos para responder à demanda do grupo de familiares tenha levado os profissionais ao afastamento do grupo.

Jéssica desvela o seu mal-estar diante da tarefa de aliviar o crônico sofrimento de uma determinada família. Ela atende um homem de meia-idade, pai de um jovem que faz uso dependente de álcool. Jéssica fica profundamente identificada com o sofrimento desse pai e, impotente, sofre com a ineficácia de suas estratégias de cuidado.

Enquanto eu o acolhia, me senti identificada com ele! Sozinha como esse pai! A equipe não soube o que propor para ele... Além de sozinha e identificada, também senti raiva do usuário pela falta de crítica e consideração pelo pai.

Para diminuir os sentimentos de desamparo e impotência, Jéssica está sempre em busca de aprimoramento das intervenções. Faz supervisão clínica dos casos em que a família do usuário está incluída e debate com os colegas de trabalho novas estratégias para amenizar o sofrimento dessa população. Contudo, ela também se frustra com a supervisora que lhe parece não compreender a experiência da família. Jéssica reconhece uma resistência dos colegas em abordar o tema do cuidado aos familiares e volta a se sentir sozinha e desamparada nessa tarefa.

Joana duvida que a equipe do CAPS AD em que trabalha seja realmente capaz de compreender o sofrimento existencial da família. A participante, que é profissional da saúde e também parente de uma pessoa em uso dependente de álcool, revela o seu mal-estar ao perceber que o serviço não tem estrutura para acolher a demanda dos familiares. Durante a entrevista, Joana idealiza um “CAPS do Familiar”, especialmente desenhado para o atendimento desse público. Assim a participante comunica seu desejo de prover um cuidado suficientemente bom (Winnicott, 1960/1993b; 1969/1993) à família em suas necessidades pessoais.

Francisco descreve a sua experiência como terapeuta de um grupo de familiares para o qual endereçava um conjunto de perguntas com o objetivo de facilitar a elaboração das estratégias de enfrentamento e solução de problemas. No desfecho que Francisco dá à sua NI, encontramos esse estilo de manejo terapêutico. Francisco se surpreende com a

resposta dos familiares que manifestam sua indignação com aquele tipo de intervenção. Disseram-lhe que não se sentiam escutados e que a intervenção do terapeuta não passava de mera repetição das dúvidas que eles estavam vivendo. É evidente que Francisco se sente mal com essa devolutiva, mas apesar do impacto afetivo ele não desiste de buscar a escuta afinada às necessidades pessoais dos familiares.

Jessé descreve o seu mal-estar diante da impotência no cuidado ao usuário e à família. Dado que sua formação médica tem como ideal a cura, Jessé sofre com as limitações da sua prática, com o “desespero no olhar dos familiares” e com a sensação de jamais alcançar seu objetivo. Diante do caráter crônico do sofrimento do usuário e da família, Jessé se sente desprovido de recursos emocionais e técnicos para manejar determinados casos.

Para finalizar a nossa argumentação sobre o mal-estar do profissional do CAPS AD retomaremos as narrativas de Moacir e César. Moacir associa o seu mal-estar à cobrança social que recai sobre o CAPS AD. Ele argumenta que o equipamento de saúde em que trabalha está sobrecarregado em meio a uma profunda carência de verbas e de profissionais. Já César refere o próprio mal-estar quando testemunha o preconceito dos colegas em relação à família do usuário. O participante se sente incomodado com as situações em que a família é negligenciada ou alvo de falas preconceituosas. Para César a família precisa de acolhimento e cuidado especializado no CAPS AD, assim como em outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Compreendemos que o mal-estar vivido pelos profissionais que trabalham em condições inóspitas, como no CAPS AD, esteja na base da falta de integração ou disposição para cuidar do sofrimento da família. A metáfora do incêndio pode nos auxiliar nesta reflexão. Se uma cidade está sendo destruída pelo fogo, espera-se que os bombeiros apaguem o incêndio e resgatem as pessoas dos escombros. Imaginemos que

os profissionais entrevistados são como bombeiros que apagam o incêndio das crises dos usuários e dos familiares. No entanto, dada a sobrecarga de tarefas e a carência de recursos, supomos que a energia da equipe esteja sendo consumida para debelar o fogo. Restam poucos recursos para o resgate dos sobreviventes (familiares), dado o histórico de exclusão da família do usuário na saúde mental brasileira, da carência de formação continuada e do contexto de desmantelamento da Reforma Psiquiátrica. O resultado é a negligência da família, embora não intencional.

Para concluir, destacamos a experiência de Rafael como emblemática do mal-estar vivido pelos profissionais. Durante a entrevista, o participante refere o cansaço dos profissionais e dos familiares, como se ambos refletissem a condição crônica do uso dependente da substância que esgota os recursos daqueles que exercem o papel de cuidadores. Rafael ilustra sua angústia com a experiência dos familiares em três cenas significativas. Na primeira, ele conversa com a esposa de um usuário e sofre ao imaginar a frustração dessa mulher diante das futuras recaídas do marido. Na segunda cena, os familiares batem no portão do CAPS AD enquanto Rafael e seus colegas hesitam sobre a melhor forma de cuidar dessa população. Na última cena, Rafael se mostra apreensivo com o relato de um casal de idosos que frequentava o grupo terapêutico. O casal foi encorajado a resgatar momentos de lazer como forma de aliviar a constante preocupação com o filho que faz uso dependente do álcool. O casal não sabia como se divertir. Foi somente quando eles pararam na frente de uma enorme caixa de som que puderam relaxar. Talvez essa última cena nos ajude a compreender o mal-estar dos familiares que precisam da ajuda especializada dos profissionais para aliviar o fardo de lidar diariamente com o intenso barulho das emoções.

O mal-estar contratransferencial do pesquisador

Como na pesquisa qualitativa de orientação psicanalítica, a contratransferência do pesquisador contribui para a compreensão do objeto de estudo (Aiello-Vaisberg, 2004; McWilliams, 2014), incluiremos a descrição do pesquisador sobre sua sensação de mal-estar vivida durante a leitura das NI e NT dos participantes. Dada a angústia dos profissionais diante do crônico sofrimento dos familiares, o autor desta tese também se viu angustiado e confuso sempre que se debruçava sobre o material narrativo que sustenta o presente campo de sentidos.

As discussões com a orientadora e com os colegas do grupo de pesquisa possibilitaram a compreensão do movimento contratransferencial vivido pelo pesquisador e que informava, ainda que sob a forma de obstáculo, a experiência emocional da equipe. Assim como os profissionais do CAPS AD, o pesquisador estava vivendo um intenso mal-estar ao se deparar com o crônico sofrimento dos familiares, o qual se expressava por dúvidas e divergências dos profissionais.

Os fenômenos da transferência e da contratransferência são alvo de debate na literatura psicanalítica. Freud (1912/2006) o compreende como a repetição das condutas que possuem uma raiz histórica na vida emocional dos indivíduos. Para o autor, a transferência é um fenômeno emocional presente em todas as interações humanas, mas potencializado na relação analítica, dado o seu enquadre de atendimento que prevê o uso do método psicanalítico. Apesar de Freud (1912/2006) valorizar o estudo da transferência, ele via a contratransferência com maus olhos, considerando-a como uma perturbação neurótica do próprio analista. Na época, a sua recomendação era que o analista buscasse resolver a contratransferência na sua análise pessoal.

Klein (1948/1991) contribui com essa discussão quando elabora o conceito de identificação projetiva. A autora argumenta que conteúdos emocionais primitivos e não-

verbais são projetados no analista e que são capazes de afetá-lo subjetivamente. Heimann (1960), discípula de Klein, avança na discussão e propõe o uso da contratransferência como um caminho heurísticamente fecundo para acessar os conteúdos emocionais inconscientes do analisando. Na visão desta autora, cabe ao analista compreender a contratransferência que é composta por elementos não-verbais de identificação projetiva, fantasias, angústias e defesas. Na sequência, o analista elaboraria uma interpretação mutativa capaz de facilitar o *insight* emocional e a mudança psíquica (Joseph, 1985/1990).

Bleger (1979/2011) recomenda o estudo da contratransferência para a compreensão do mundo emocional do entrevistado ou analisando. Por meio desse estudo, o psicólogo de orientação psicanalítica analisa o impacto emocional por ele vivido durante uma entrevista ou encontro analítico, considerando esse impacto como comunicação primitiva e inconsciente. Para Bleger essa qualidade de comunicação desvela aspectos do campo psicológico que foi estabelecido na interação entre o psicólogo e o indivíduo. De acordo com Bleger, analisar a contratransferência é um caminho heurísticamente fecundo para o estudo compreensivo da subjetividade.

Transferência e contratransferência são fenômenos que aparecem em toda relação interpessoal e, por isso mesmo, também ocorrem na entrevista. A diferença é que na entrevista devem ser utilizados como instrumentos técnicos de observação e compreensão. A interação transferência-contratransferência também é estudada como uma atribuição de papéis por parte do entrevistado e uma percepção deles por parte do entrevistador. Se, por exemplo, a atitude do entrevistado irrita e provoca rejeição no entrevistador, ele deve procurar estudar e observar a sua reação como efeito do comportamento do entrevistado, para ajudá-lo a corrigir aquela conduta, de cujos resultados ele mesmo pode queixar-se (...). Se o entrevistador não for capaz de objetivar e estudar a sua reação, ou reagir com irritação e rejeição (assumindo o papel projetado), indicará que a manipulação que faz da contratransferência está perturbada e que, portanto, está se saindo mal na entrevista (Bleger, 1979/2011, pp. 23-24).

Amparados nessas contribuições, defendemos que o pesquisador qualitativo de orientação psicanalítica observe a contratransferência para ampliar sua compreensão do

objeto de estudo. Ao considerar as próprias associações, emoções, impulsos e ações o psicanalista consegue compreender o mundo emocional do seu paciente ou participante de pesquisa, dado que admite o impacto contratransferencial como fonte rigorosa de informação (Akhtar, 2016).

A nosso ver a indagação do autor desta tese quanto à contratransferência vivida facilitou a elaboração e a teorização do presente campo de sentido. Após a escrita do primeiro campo, foi preciso mergulhar vivencialmente no segundo campo, dedicando tempo e diálogo com outros profissionais e pesquisadores para que o pesquisador aprendesse com a experiência (Bion, 1969).

Assim como no primeiro campo, acreditamos que os profissionais do CAPS AD estejam mergulhados vivencialmente no segundo campo de sentido quando a crise do usuário e do familiar é atenuada. Talvez eles se sintam confusos sobre como ajudar os familiares, passadas essas situações de crise. Acreditamos que o diálogo entre os profissionais, supervisões com especialistas na área de família e dependência química, formação continuada e troca de experiências no tema pudessem viabilizar saídas criativas para a elaboração de estratégias de cuidado afinadas às necessidades dos familiares.

Todavia, compreendemos que o mal-estar dos profissionais diante do sofrimento crônico da família fomenta desafios como as divergências observadas na conduta profissional. Diante desse pressuposto, elaboramos uma distinção entre duas divergências que marcam o cotidiano dos profissionais, cuja motivação nos parece não totalmente consciente para alguns dos profissionais entrevistados. Nossa proposta é apresentar as divergências e refletir sobre o seu impacto nas estratégias de cuidado multiprofissional para o sofrimento existencial da família.

Divergência 1: O papel da família no CAPS AD

Como primeira divergência, o papel da família no CAPS AD é alvo de controvérsias entre os profissionais. Apesar da legislação contemporânea prever o atendimento ao familiar inserido no PTS do usuário (Brasil, 2001; 2004a, 2004b, 2012, 2017) os profissionais divergem sobre como efetuar esse atendimento em função do papel a ser atribuído a família. Para alguns participantes, a família é apenas uma rede de apoio do usuário, enquanto para outros ela é um coletivo que sofre e que merece atenção especializada. Essa divergência se converte em desafio, ou sofrimento, para os profissionais que não se interrogam sobre o papel da família no CAPS AD.

Encontramos referência a essa divergência na literatura científica. A classificação de Copelo, Templeton e Velleman (2006) toma como guia o lugar social que o familiar ocupa nas intervenções e nos equipamentos de saúde mental. Na primeira categoria vemos que os familiares são convocados a assumir seu lugar na rede de apoio, como “coterapeutas” ou “auxiliares” da equipe, no tratamento da pessoa que faz uso dependente da substância. É considerado como cuidado aos familiares um conjunto de práticas de treinamento que visam preparar a família para ser uma rede de apoio qualificada. Chama a atenção o fato de que essa é a modalidade de cuidado que predomina ao redor do mundo. Supomos o risco dos familiares se sentirem sobrecarregados quando são expostos a uma frequência excessiva de treinamentos ou cobrança dos profissionais.

Já na segunda categoria, o lugar reservado ao familiar é o de sujeito implicado em uma dinâmica de relações que produz sofrimento emocional. Portanto, usuário e familiar participam da mesma sessão e/ou grupo terapêutico com o intuito de discutir conflitos, facilitar o diálogo, estabelecer metas e/ou acordos, além de trabalhar a autopercepção quanto ao impacto das condutas e/ou estratégias de sobrevivência emocional de cada indivíduo – usuário ou familiar - no seio das relações interpessoais (Copelo et al. 2006).

Na terceira e última modalidade, o foco das intervenções recai sobre as necessidades pessoais e/ou existenciais dos familiares. Nesta perspectiva, o lugar social da família é o de coletivo que sofre e, portanto, necessita de cuidado profissional especializado (Copelo et al. 2006). Dado que essa modalidade é historicamente mais recente, podemos supor certa resistência das instituições de saúde em reconhecer as necessidades emocionais dos familiares e criar serviços e estratégias especializados. Entretanto, na atualidade, já se observa o crescimento de práticas que visam aliviar o crônico sofrimento dessa população (Rane et al., 2017).

A classificação de Copelo et al. (2006) revela um processo histórico que caminha da perspectiva em que os familiares são apenas a rede de apoio do usuário até a perspectiva mais contemporânea que inclui as necessidades pessoais desse público. Como cada perspectiva sobre o papel da família convoca estratégias de cuidado diferentes, torna-se imprescindível o debate sobre as perspectivas que orientam o cuidado aos familiares no CAPS AD.

Se o propósito do cuidado é capacitar a família como rede de apoio qualificada, as demandas do usuário ganham primazia. O familiar é treinado em estratégias de enfrentamento e solução de problemas vividos pelo usuário no percurso do tratamento. Nesta perspectiva destacamos o estudo de Gonçalves e Galera (2010) que desenvolveram um curso de técnicas de solução de problemas para familiares. Durante o treinamento os familiares aprendiam técnicas de solução de problemas e puderam compartilhar suas experiências na função de rede de apoio do usuário.

Entretanto, se o propósito do cuidado é escutar as necessidades existenciais da família, dado o sofrimento crônico vivido, as demandas do familiar é que ganham primazia. Nesta proposta, o familiar narra as suas experiências e encontra acolhimento para elaborar suas angústias e defesas ativadas pela convivência cotidiana com um

parente que faz uso de álcool. Nesse processo há um movimento de autoconhecimento sobre as próprias necessidades e limites na convivência interpessoal. O estudo de Reis (2014) apresenta um grupo terapêutico em que os familiares puderam elaborar as experiências vividas. A autora observa que, em um primeiro momento do processo grupal, os familiares usavam o grupo para falar mal do usuário, para depois idealizarem a terapeuta como uma pessoa capaz de aliviar o sofrimento. Já na terceira e última etapa do processo, os familiares assumiram uma postura mais amadurecida de acolhimento fraterno, empatia e elaboração conjunta de estratégias para resolver problemas.

De nossa parte, faremos o exercício de acompanhar essa divergência no relato de nossos participantes. Para Aparecida, a família ocupa o papel de rede de apoio do usuário, de onde se depreende que os familiares devem ser capacitados para cuidar das necessidades do parente que faz uso do álcool. Aparecida acredita que os familiares necessitam de palestras e cursos como práticas de cuidado afinadas ao seu papel social. Na sua perspectiva, o grupo de familiares tem como objetivo facilitar a catarse de afetos e a diminuição do sentimento de solidão.

Moacir defende que o grupo tem como único objetivo fortalecer a família como rede de apoio ao usuário. Na sua perspectiva, as outras demandas emocionais dos familiares devem ser encaminhadas para diferentes equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Moacir argumenta que há carência de recursos humanos e de condições financeiras para planejar intervenções afinadas às necessidades da família. Quando foi questionado sobre o risco de os familiares não encontrarem serviços capazes de atender às suas necessidades, Moacir ressalta a responsabilidade do Estado e a importância da luta política.

Eduardo também acredita que a família cumpre apenas a função de rede de apoio do usuário. No desfecho de sua NI, vemos a carência de uma fala empática para a

personagem Maria Amélia, sugerindo uma concepção da família como rede de apoio que deve estar sempre pronta e disponível para auxiliar os profissionais no tratamento do usuário. Acreditamos que a rigidez dessa concepção inviabiliza o contato com a vulnerabilidade dos familiares que, dada a sobrecarga, necessitam de acolhimento especializado.

Eduardo manifesta hostilidade contra os familiares. Durante a entrevista ele se recorda de situações em que os familiares lhe pareceram interesseiros ou mentirosos. O seu relato sobre a visita domiciliar comunica uma vivência de decepção com esse público, decepção que provém da expectativa de que a família esteja sempre na posição de coterapeuta no tratamento do usuário.

Agora, na perspectiva que defende o acolhimento no CAPS AD do crônico sofrimento dos familiares, encontramos o relato de Jéssica que destaca o desamparo vivido pela família e a importância de serviços especializados. A participante informa sobre a carência de fundamentação teórico-metodológica na maioria das intervenções, possivelmente em razão da novidade do cuidado às demandas pessoais dos familiares. Jéssica percebe as práticas existentes como rígidas e distantes das experiências desse público e afirma que o diálogo entre profissionais e familiares é a chave para a criação de novas práticas.

Segundo Eva, o CAPS AD é um equipamento de saúde capaz de cuidar do sofrimento crônico dos familiares. A participante defende o uso de estratégias especializadas e ressalta a importância da escuta empática para que os familiares atendidos sintam-se verdadeiramente compreendidos. De acordo com Eva, o CAPS pode estabelecer parcerias com outros equipamentos da saúde e da assistência social para viabilizar o cuidado ampliado para as demandas da família.

Já César revela que a sua mãe fez uso dependente de álcool. Agora, na função de médico, ele espera que o CAPS AD atenda às necessidades pessoais dos familiares. Ele fica indignado com os colegas de trabalho que não incluem a família no equipamento de saúde. Na sua opinião, há profissionais que naturalizam a violência verbal ou simbólica para com os familiares, particularmente quando expressam o desprezo ou a resistência em cuidar desse público.

Cara, a gente precisa cuidar dos familiares! Na Saúde Mental se você não trabalha com a família, talvez o próprio PTS do usuário fique fragilizado. A gente tem que incluir a família! Ajudá-la a enfrentar as dificuldades da convivência com o uso de bebida do usuário. (César)

Inspirados nos princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001; Brasil, 2011; Vasconcelos et al., 2014) e nas reflexões de Basaglia (1979) e Bleger (1958/1963; 1984/1963) que defendem a integralidade do cuidado, entendemos que a família tem um duplo papel no CAPS AD. O primeiro é o de rede de apoio do usuário dado que o parente que usa álcool vivencia múltiplas vulnerabilidades que convocam o cuidado familiar. O segundo parte da constatação que a família é um coletivo que sofre e que, portanto, merece uma atenção especializada e personalizada. Salientamos que esses papéis não são antagônicos, mas complementares, visto que o cuidador também precisa ser cuidado (Bueno-Arnau, Goberna-Tricas & López-Matheu, 2018; Damas, Munari & Siqueira, 2004). Ressaltamos que, dado seu caráter inclusivo, essa visão de que os familiares ocupam um duplo papel diminui significativamente as divergências entre os profissionais e inspira novas práticas de cuidado no cotidiano do CAPS AD.

Excluir a família do CAPS e/ou demais equipamentos de saúde da RAPS é reproduzir o modelo manicomial de atendimento, em que a família é relegada ao papel de informante de sinais e sintomas (Moreno & Alencastre, 2003). Quando os membros

da família não encontram espaço nos equipamentos de saúde para fortalecer a sua função de apoio ao usuário e elaborar as próprias experiências como coletivo em sofrimento emocional, corre-se o risco de os familiares resistirem ao tratamento que o CAPS AD ou outros equipamentos de saúde ofereçam ao usuário.

Incluir a família é investir na eficácia do tratamento do usuário e concretizar a proposta da Reforma Psiquiátrica para o cuidado integral (Vasconcelos, 2014, Schimoguiri & Serralvo, 2017). Talvez, sem o saber, alguns profissionais do CAPS AD seguem trabalhando numa perspectiva médico-centrada que inviabiliza o cuidado familiar. Nessa lógica médico-paciente, o doente é a pessoa em uso do álcool e todos os demais são pessoas saudáveis e devem se mobilizar para curá-lo. Dado que o “doente” é o usuário, os familiares ocupam o papel de “auxiliares” da equipe cuja expectativa é que estejam constantemente disponíveis para auxiliar o serviço. Contudo, os familiares também sofrem e como todas as pessoas vivem vulnerabilidades, necessidades e limites pessoais.

Essa ótica que coloca o usuário como o “doente” e, portanto como o “centro das atenções” a ponto de negligenciar os demais envolvidos naquele drama foi referida pelos participantes do estudo de Carias (2018). Os filhos cujo pai fazia uso dependente de álcool descreveram uma dinâmica familiar – que nomeamos como Sua Majestade: o Alcoolista – que se organizava em torno das necessidades e desejos do pai. Neste estudo que ora relatamos, vemos a mesma dinâmica embasando as práticas de alguns profissionais do CAPS AD e nos interrogamos sobre a experiência de desamparo dos familiares.

Rosa (2005) corrobora nosso argumento quando destaca que são poucos os profissionais que incluem os familiares no cuidado dos equipamentos de saúde. Aqueles que os incluem tendem a perceber a família como onipotentemente disponível para apoiar o usuário. Além disso, Rosa explicita que o modelo de família nuclear é o dominante, o

que nos leva a interrogar como as demandas de familiares de usuários que fogem ao modelo nuclear e cisheteropatriarcal são atendidas.

Enfim, nossa percepção se afina à de Duarte, Souza, Kantorski e Pinho (2007) quanto ao duplo desamparo, a saber que os familiares não encontram espaço para apoio emocional e elaboração das experiências e que os profissionais não se sentem apoiados e capacitados para cuidar das demandas dos familiares. Nas entrevistas de pesquisa para este estudo, identificamos esse mesmo desamparo nos profissionais que demandam formação continuada e condições dignas de trabalho. Porém, dado o atual cenário de desmantelamento dos equipamentos de saúde mental (Onocko-Campos, 2019), podemos supor que profissionais, usuários e familiares fiquem totalmente desamparados.

Divergência 2: A compreensão sobre o sofrimento crônico dos familiares

A segunda divergência que identificamos se refere à compreensão sobre o sofrimento crônico dos familiares. Os profissionais entrevistados elaboram diferentes “teorias explicativas” sobre esse sofrimento das quais emergem determinadas práticas. Supomos que essas teorias ou concepções sobre o sofrimento não estejam conscientes para os próprios profissionais, na medida em que não conseguem identificá-las como o fundamento teórico que guia as suas práticas. Tais concepções são de caráter intuitivo, embora baseadas na experiência pessoal, na cultura e na formação acadêmica de cada profissional, o que por si só merece um espaço de reflexão e elaboração neste estudo e no cotidiano do próprio CAPS AD.

Faremos uma breve exposição das principais hipóteses ou teorias explicativas que identificamos nas narrativas de nossos participantes para depois compor uma breve reflexão sobre o tema. Começamos com Jessé que concebe o sofrimento dos familiares em razão da impossibilidade de viver o “sonho da família feliz”. Ele argumenta que a

família não vive experiências satisfatórias capazes de fortalecer o vínculo. Festas tradicionais como Páscoa, Natal e Ano-Novo são vividas por esse público como momentos tristes, dado o impacto do consumo de álcool do parente. Inspirado nessa ideia sobre o crônico sofrimento da família, Jessé acredita que o CAPS AD deva oferecer uma experiência de “sentir-se em casa”.

Eva explica que o sofrimento existencial da família provém de duas fontes. A primeira é que a família vive em permanente estado de ambivalência, ou seja, ela ama e odeia o usuário. Essa situação desencadeia conflitos interpessoais e dificuldades para a família exercer o papel de rede de apoio. Eva não discorre sobre como cuidar da ambivalência dos familiares, porém, levanta como segunda fonte de sofrimento um luto não elaborado. De acordo com essa segunda hipótese, a família perde a imagem idealizada de um parente quando este passa a consumir o álcool regularmente. Inspirada nessa perspectiva de sofrimento, Eva destaca a importância de uma escuta sensível e acolhedora ao luto familiar no CAPS AD.

Rafael e Aline referem diferentes situações de estresse vividas pelos familiares como explicação para o sofrimento emocional. De acordo com essa perspectiva, os familiares estariam cansados e carentes de experiências de gratificação. Vemos que Rafael e Aline convidam os familiares a aproveitarem o CAPS AD como um ambiente de apoio emocional e buscam ajudá-los a encontrar novas fontes de descanso e prazer. Assim, cada leitura de sofrimento guia o raciocínio do profissional quanto às práticas ou orientações a serem dispensadas à família.

Eduardo acredita que os familiares sofrem porque não colaboram com o tratamento do usuário, o que tem como consequência a manutenção do padrão de consumo de álcool que, por sua vez, mantém o sofrimento da família. O participante destaca cenas em que os familiares mentem para a equipe. Para Eduardo, a solução do

crônico sofrimento da família começa com a conscientização sobre o apoio honesto ao tratamento do usuário.

Como último participante que ilustra essa segunda modalidade de divergência, destacamos César e sua percepção de que a violência física, psicológica ou simbólica é a fonte do sofrimento existencial da família. Segundo o participante, além da violência doméstica, os familiares são vítimas de violência institucional nos equipamentos de saúde mental quando são desprezados ou negligenciados. No seu modo de ver, a proteção contra a violência seria a solução para esse sofrimento, o que exige dos profissionais uma consciência crítica e uma formação continuada.

De nossa parte, resta-nos refletir sobre a diversidade de concepções e sua relação com as intervenções ou práticas de cuidado. Se cada concepção convoca um discurso, intervenção ou prática que visa aliviar o sofrimento emocional, a gama de perspectivas e condutas profissionais podem ser convergentes, divergentes ou até antagônicas.

Se há diálogo no âmbito do cuidado à família no interior do CAPS AD, podemos supor que essa diversidade de concepções seja heurísticamente fecunda para criar intervenções inovadoras e afinadas às necessidades familiares. Em contrapartida, as práticas de cuidado precisam de um amadurecimento teórico-metodológico que possibilita uma leitura do sofrimento emocional afinada a uma teoria da mudança, ou seja, uma leitura de sofrimento que seja coerente com as intervenções realizadas (Cassel, 2014).

Já no contexto das entrevistas realizadas, observamos uma carência no amadurecimento teórico-metodológico das intervenções idealizadas, o que revela a falta de diálogo da equipe no tema do cuidado ao sofrimento existencial da família. Nesse caso, a diversidade de concepções favorece o aparecimento de práticas divergentes ou antagônicas no manejo do sofrimento dos familiares. Nesse último cenário, cada

profissional imagina uma explicação diferente para o sofrimento e elabora condutas divergentes ou até antagônicas para aliviá-lo.

A Reforma Psiquiátrica acontece quando há diálogo e integração de saberes na equipe (Peduzzi, 2001). Porém, o atual cenário de desmantelamento (Onocko-Campos, 2019) e a excessiva carga de trabalho dos profissionais (Duarte et al. 2007) prioriza intervenções que visam a “apagar incêndios” dada a frequência e a intensidade das crises de usuários e familiares. Por meio do relato de nossos participantes, observamos que há uma carência de condições concretas para a integração de saberes que resultaria em um melhor atendimento. O resultado é a dificuldade dos profissionais abordarem a angústia dos familiares e, conseqüentemente, elaborar intervenções afinadas a esse sofrimento existencial.

Recorremos à literatura científica em busca das racionalidades que unem concepções sobre o sofrimento familiar e práticas destinadas ao seu alívio. Encontramos uma diversidade de racionalidades sobre o sofrimento crônico da família nos serviços de saúde de outros países, além do constante risco de divergência ou antagonismo nas condutas profissionais na ausência de diálogo sobre o tema. Quando a equipe integra saberes torna-se possível uma escolha informada e que permita um alinhamento entre teoria e prática.

Selbekk, Sagvaag e Fauske (2014) apresentam dois modelos que guiam o raciocínio clínico psicológico durante as intervenções que visam aliviar o sofrimento dos familiares. O primeiro é denominado de Estresse-Tensão-Enfrentamento-Suporte. Ele considera os familiares como pessoas saudáveis e independentes do padrão de consumo de álcool de um parente. De acordo com esse modelo, os familiares são vistos como vítimas das situações de estresse, impulsividade ou agressividade presentes na convivência com o usuário da substância. E, por conseguinte, as intervenções visam

diminuir o impacto emocional e auxiliar os familiares a elaborar estratégias de enfrentamento e de solução de problemas.

Já o segundo modelo é denominado de Sócio-ecológico e parte do pressuposto de que os familiares estabelecem entre si relações interpessoais capazes de gerar sofrimento. Partindo de teorias sistêmicas e psicanalíticas, as intervenções que pertencem a esse modelo visam facilitar *insights* sobre os padrões de relacionamento familiar e propor estratégias ou reflexões para diminuir conflitos e o uso dependente de substâncias psicoativas por um ou mais parentes. Nessa perspectiva, a mudança acontece via conhecimento sobre a repetição de padrões de conduta na dinâmica familiar (Selbekk et al. 2014).

A codependência ou dependência emocional do familiar é outra concepção de sofrimento presente na literatura científica. Essa perspectiva compartilha o pressuposto de que o familiar apresenta um padrão de conduta que produz sofrimento. Por razões emocionais e inconscientes, o familiar se autonegligencia e/ou se sacrifica para resolver os problemas das outras pessoas. A figura da pessoa codependente está usualmente associada à esposa do dependente de álcool que vai assumindo todas as responsabilidades do marido, na medida em que o vê como uma pessoa vulnerável e que sempre necessitará dos seus cuidados. Nesse processo, a esposa tenta curar o marido por meio do controle, adjetivado como cuidado, sem se dar conta de que o seu envolvimento é demasiado, e que negligencia as próprias necessidades emocionais. As intervenções focadas na codependência buscam desenvolver no familiar o *insight* sobre o seu padrão de conduta. Segundo essa proposta, para a mudança é preciso ajudar o familiar a perceber a sua dependência emocional em relação ao parente que faz uso do álcool e a priorizar ou valorizar as suas próprias necessidades físicas ou emocionais (Abadi, Vand & Aghae,

2015; Melo & Cavalcanti, 2019; Sobral & Pereira, 2012; Xavier, Gomes, Nunes & Silva, 2015).

O estudo de Carias e Granato (no prelo) ⁵⁷ auxilia na discussão sobre as concepções de sofrimento emocional em sua relação com as intervenções ou práticas de cuidado. Os autores investigam as racionalidades teórico-metodológicas que guiam o raciocínio clínico psicológico nas intervenções que são destinadas a aliviar o crônico sofrimento da família e identificam seis diferentes racionalidades que se organizam em torno de conceitos-chave sobre o sofrimento dessa população.

Partindo do pressuposto de que o familiar sofre por intenso estresse, a primeira racionalidade propõe intervenções que visam aliviar essa qualidade de sofrimento, como por exemplo, as práticas de meditação e o Método dos 5 Passos⁵⁸. Já na segunda racionalidade há o pressuposto das teorias sistêmicas de que o familiar sofre em razão da dinâmica familiar e contém um conjunto de intervenções que visam desvelar essa dinâmica aos integrantes da família.

O pressuposto de que o familiar sofre porque carece de repertórios de comportamentos para conviver com o usuário fundamenta a terceira racionalidade. Nessa perspectiva, há práticas que visam desenvolver nos familiares novos repertórios por meio de palestras, treinamentos e cursos. A codependência ou dependência emocional do familiar é a quarta racionalidade e abriga as intervenções que visam auxiliar esse público a identificar o padrão de relacionamento codependente na história de vida.

⁵⁷ Para o leitor interessado recomendamos a leitura de Carias, A.R. & Granato, T.M.M. (no prelo). Theoretical-Methodological Rationales in Caring Relatives of People with Alcohol Use Disorders. *Estudos de Psicologia* (Campinas), Brasil. (Previsão de publicação no volume 40 de 2023).

⁵⁸ Destacamos que o Método dos 5 Passos é uma intervenção profissional desenvolvida no Reino Unido e que visa diminuir o impacto de uma crise emocional vivida pelos familiares. Cada passo funciona como um guia de atendimento a ser usado pelos profissionais (Copello, Templeton, Orford & Velleman 2010; Templeton, 2010; Templeton & Sipler, 2014). Não há relação entre o Método dos 5 Passos e os 12 Passos usados nos Grupos de Mútua Ajuda como, por exemplo, nos grupos dos Alcoólicos Anônimos (AA) e nos Grupos de Familiares de Alcoólicos Anônimos (AL-ANON).

O uso intenso e rígido das defesas psíquicas é a quinta racionalidade sustentada por uma orientação psicanalítica e um conjunto de práticas focadas em diminuir a angústia e facilitar o *insight* sobre o movimento defensivo. Já na sexta e última racionalidade temos o pressuposto de que a família sofre porque não encontra um ambiente salutar para trocar experiências e se desenvolver. Nessa perspectiva de orientação existencial-humanista a relação terapêutica e as experiências compartilhadas ganham primazia para o alívio do sofrimento emocional dessa população (Carias & Granato, no prelo).

Finalmente, enfatizamos a importância da formação continuada na área de família e dependência química para que os profissionais façam uma escolha informada das intervenções. Compreendemos que o conhecimento das racionalidades ou o diálogo sobre as concepções de sofrimento emocional no imaginário da equipe são estratégias interessantes para evitar a falta de integração entre as condutas profissionais de uma equipe. Um exemplo didático é a concomitância de uma prática focada na codependência do familiar e uma prática que treina o familiar para adquirir o repertório de manejo das contingências. Enquanto na primeira o foco é auxiliar o familiar a perceber o seu padrão codependente de conduta e a desenvolver recursos de autocuidado (Abadi, Vand & Aghae, 2015; Melo & Cavalcanti, 2019; Sobral & Pereira, 2012; Xavier, Gomes, Nunes & Silva, 2015), a segunda convoca o familiar a manejar as contingências do ambiente para evitar as recaídas do usuário (Archer et al., 2019; Meyers, Miller & Tonigan, 1998). Dada a divergência entre as intervenções, cremos que o profissional do CAPS AD deve fazer uma escolha consciente conforme a necessidade emocional do familiar, o objetivo terapêutico a ser alcançado, o paradigma teórico-metodológico que guia o raciocínio clínico e os recursos humanos e financeiros do serviço de saúde em que trabalha. Porém,

quando isso não é possível, malogra o necessário amadurecimento de ideias sobre os fundamentos das intervenções aos familiares.

O impacto das divergências nas estratégias de cuidado

No presente subitem refletimos sobre o impacto das divergências nas estratégias de cuidado ao sofrimento crônico dos familiares. Conforme exposto anteriormente, identificamos duas divergências básicas no relato dos participantes. O entendimento sobre o lugar da família no CAPS AD constitui a primeira divergência e a carência de diálogo multiprofissional sobre as concepções de sofrimento que guiam o raciocínio das práticas de cuidado leva a uma segunda divergência entre os profissionais.

Quando essas divergências não são elaboradas, elas intensificam o mal-estar dos profissionais e comprometem uma avaliação das intervenções em termos de sua sensibilidade para aliviar o sofrimento familiar. Chamou a nossa atenção a carência de fundamentação teórico-metodológica em algumas das intervenções descritas pelos profissionais durante as entrevistas. Se resgatarmos a narrativa de Felipe veremos que o participante conseguiu manejar um grupo de familiares quando elaborou um fundamento teórico-metodológico para a sua prática. Na ocasião, Felipe consultou os textos da faculdade, os livros de Paulo Freire e Pichon-Rivière para elaborar um novo enquadre para o grupo terapêutico. Supomos que um dos motivos para que os antigos terapeutas desse grupo não tenham conseguido sustentar o atendimento tenha sido a carência de uma fundamentação sólida que guiasse o raciocínio clínico e as intervenções terapêuticas.

Rafael aceita conduzir um grupo de familiares sem conseguir nomear o fundamento teórico que guia a sua intervenção a esse público, embora ele parta intuitivamente de sua observação empírica de que os familiares sofrem porque estão cansados e estressados. Em razão dessa concepção, ainda que baseada em evidências de

seu cotidiano no CAPS, Rafael orienta os familiares a aproveitar ou buscar momentos de lazer. O que está em questão aqui não é se Rafael está certo ou errado, mas que uma orientação mais firmemente articulada o ajudaria a propor práticas de autocuidado aos familiares de maneira mais sistemática e mais ampliada, alcançando inclusive outros grupos familiares do CAPS.

Durante a entrevista, Jéssica comunica o seu desamparo diante da carência de fundamentos teórico-metodológicos para as intervenções. Ela reconhece que precisa de uma equipe “que fale a mesma língua” (sic), que dialogue e elabore estratégias de cuidado a partir de um raciocínio clínico informado. A participante vê a formação continuada dos profissionais como uma “luz no fim do túnel” para elaborar as intervenções aos familiares. Porém, sabe que há um caminho a ser trilhado pela equipe nessa direção.

Vamos imaginar o seguinte: se na NI fosse eu quem estivesse conduzindo o grupo, com toda certeza eu estaria sozinha! A equipe carece de recursos teóricos e técnicos para planejar um atendimento aos familiares. Eu preciso de uma equipe afinada, que fale a mesma língua! Não dá para bancar sozinha um grupo, ainda mais sem uma perspectiva de continuidade (Jéssica).

Jéssica defende o diálogo entre profissionais e familiares para a construção do cuidado afinado à demanda, senão as práticas se tornam rígidas e defasadas. Observamos essa rigidez no enquadre proposto por Francisco ao conduzir um grupo terapêutico de familiares. Ao invés de responder, Francisco devolvia as perguntas que os familiares faziam no grupo, numa atitude investigativa, provocativa ou questionadora. O resultado foi frustrante para ambos os lados –familiares insatisfeitos e terapeuta impotente para ajudá-los.

Concordamos com o argumento de Jéssica sobre o valor do diálogo entre profissional e familiar do usuário para a efetivação das estratégias de cuidado. O diálogo

poderá prover o profissional dos recursos que lhe faltam para compreender as necessidades pessoais dos familiares. Afinal, são estas necessidades que deveriam guiar a escolha do paradigma teórico-metodológico que fundamentará as suas intervenções.

Identificamos três modalidades de intervenção no CAPS AD para aliviar o crônico sofrimento da família. Porém, em razão do impacto das divergências apresentadas, também observamos um conjunto de visões antagônicas até quando os profissionais descrevem a mesma modalidade interventiva.

O grupo de familiares é a primeira modalidade que apresentamos. O objetivo desse grupo estará alinhado com a perspectiva do profissional sobre o lugar da família no CAPS AD. Quando o profissional acredita que a família figura apenas como rede de apoio do usuário, o grupo é geralmente concebido como um espaço informativo para a qualificação da rede de apoio. Contudo, quando o grupo é concebido como um espaço terapêutico para compartilhar e elaborar as experiências, supomos a crença profissional de que a família é um coletivo que sofre e que necessita atenção especializada para as próprias necessidades.

Podemos observar a pertinência desse argumento nas narrativas dos nossos entrevistados. Aparecida afirma que o grupo é o único atendimento que o CAPS deve oferecer a família e que seu objetivo é o de informar os familiares sobre os conceitos de dependência química para qualificá-los como rede de apoio. Já Aline, César, Felipe e Rafael entendem o grupo como um espaço de compartilhamento e elaboração das experiências, onde os familiares devem encontrar acolhimento, apoio mútuo, reflexão e autoconhecimento sobre as suas próprias necessidades.

Partindo do pressuposto de que a família é rede de apoio do usuário e coletivo que sofre e necessita atenção especializada, ambas as estratégias grupais se mostram adequadas e úteis no cotidiano do CAPS AD. Porém, quando não há integração entre os

profissionais, corre-se o risco de expor os familiares a condutas antagônicas por parte dos profissionais cujas práticas passam a ser concorrentes e não complementares. Além disso, voltamos a enfatizar a importância da construção de um raciocínio clínico coletivo que contemple as diferentes abordagens teóricas da equipe e as diferentes demandas dos familiares. Neste caso não teríamos as divergências que geram conflito, mas a diversidade que enriquece as práticas.

Para aprofundar a nossa reflexão sobre os grupos de familiares, buscamos na literatura o que vem sendo elaborado e construído como proposta de cuidado no SUS e no CAPS AD. Spagnol (2018) descreve as características das intervenções desenvolvidas nos serviços da RAPS. A autora identifica que os grupos terapêuticos de caráter semanal constituem a maioria dos atendimentos oferecidos a essa população. Já o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) figura como o principal equipamento de saúde onde ocorre o cuidado aos familiares, apesar da carência de intervenções especializadas para esse público.

Interessados em compreender as intervenções psicossociais aos familiares, Cavagioni et al. (2017) revisaram a literatura e encontraram três modalidades de grupos. Na primeira modalidade, temos os Grupos de Orientação, cujo objetivo é que os familiares aprendam sobre o uso dependente das substâncias psicoativas⁵⁹. Já nos Grupos de Apoio ou de Suporte Emocional, que constituem a segunda modalidade, os familiares compartilham as suas experiências enquanto os profissionais facilitam a interação entre eles por meio da elaboração de sínteses e reflexões⁶⁰. Na terceira e última modalidade

⁵⁹ Para o leitor interessado nos Grupos de Orientação recomendamos a leitura do artigo de Figlie, Pillon, Dunn e Laranjeira (1999) que analisam 26 grupos de Orientação Familiar no Brasil, bem como o artigo de Matos (2008) que analisa os impactos de um Grupo de Orientação de Familiares.

⁶⁰ Para o leitor interessado nos Grupos de Apoio e/ou Suporte Emocional recomendamos o estudo de Alvarez, Gomes, Oliveira e Xavier (2012) que identificam o potencial terapêutico da troca grupal de experiências.

destaca-se a Terapia Comunitária Integrativa (TCI)⁶¹. Nesta intervenção de caráter grupal, os profissionais utilizam ideias antropológicas, sistêmicas e da obra de Paulo Freire⁶² para facilitar o *insight* e a expressão emocional dos familiares.

Inspirados na revisão de Cavaggioni et al. (2017) podemos concluir que há no mínimo duas possibilidades de enquadre para os grupos de familiares no CAPS AD. O Grupo de Orientação possui um caráter informativo e seria o primeiro enquadre de atendimento para auxiliar o familiar na sua tarefa como rede de apoio do usuário. Já o Grupo de Apoio e/ou de Suporte Emocional seria uma segunda proposta de enquadre para acolher as angústias e necessidades pessoais da família do usuário.

Ambas as propostas demandam uma fundamentação teórico-metodológica que guie o raciocínio do profissional. Se o familiar frequenta o Grupo de Orientação, torna-se heurísticamente fecunda a reflexão da equipe sobre quais informações são úteis, terapêuticas e facilitadoras da mudança. Do mesmo modo, se o familiar participa de um Grupo de Apoio e/ou de Suporte Emocional torna-se pertinente a compreensão que o profissional alcança sobre o sofrimento emocional dos familiares e a forma de aliviá-lo.

Nosso argumento sobre as lacunas teórico-metodológicas nas práticas voltadas aos familiares no CAPS AD se alinha ao de Spagnol (2018) quando descreve que as intervenções aos familiares na RAPS ainda carecem de “detalhamento da orientação ou abordagem utilizada, a descrição dos métodos e a sistematização dos conhecimentos que sustentam essa prática profissional” (p.41).

Encaminhar para um serviço de saúde ou de assistência social é a segunda modalidade de atendimento ao familiar. O encaminhamento é uma estratégia de cuidado que visa oferecer ao indivíduo um serviço que melhor atenda às suas necessidades. Dada

⁶¹ Para saber mais sobre a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) recomendo a obra de Barreto (2008).

⁶² Paulo Freire, educador, professor universitário e pesquisador brasileiro, considerado patrono da Educação no Brasil (Oliveira, 2017).

a complexidade dos casos, o encaminhamento é uma prática comum entre os equipamentos de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Entretanto, o encaminhamento se dá de acordo com a visão de cada profissional sobre o lugar da família no CAPS AD. Eva, por exemplo, ressalta a importância do encaminhamento para outros equipamentos da RAPS com o intuito de alcançar a proposta do cuidado integral. Na sua concepção, o encaminhamento se soma a outras intervenções do CAPS que visam atender as necessidades dos familiares do usuário.

A família é importantíssima e deve ser inserida no CAPS AD! Temos que oferecer um espaço de escuta e reflexão. Oferecer atendimentos individuais, oficinas e até encaminhamentos para outros serviços. O Centro de Saúde pode ser um bom parceiro.
(Eva)

Com uma visão diferente de Eva sobre o lugar da família no CAPS, Moacir pensa que essa população deve ser atendida em outros equipamentos de saúde ou assistência social. Para ele, o encaminhamento é uma estratégia de cuidado necessária dada a carência de estrutura e recursos para atender os familiares no CAPS. Durante a entrevista, o participante explicou o funcionamento da RAPS e sua visão sobre o encaminhamento. Moacir vê essa prática como a principal estratégia de cuidado para a família do usuário. Na sua visão, cabe ao profissional identificar a característica da vulnerabilidade psicossocial do familiar e encaminhá-lo ao serviço do SUS ou do SUAS que é especializado na demanda.

A saúde mental brasileira funciona em rede. Portanto, esse cuidado não pode acontecer no CAPS AD. Ele tem que ser pensado em rede! No caso da dona Maria Amélia, por exemplo, eu a encaminharia para uma instituição especializada em violência doméstica, para psicoterapia individual e outros atendimentos. Aqui no serviço só

conseguimos fazer o grupo de familiares e é dessa atividade que ela continuaria participando aqui (Moacir).

Concordamos com Moacir quando destaca a necessidade do trabalho em rede, o que supõe superar a onipotência do profissional, ainda que bem-intencionado, mas discordamos quando afirma que o cuidado dos familiares “não pode acontecer no CAPS AD”. Apesar da carência de recursos humanos e financeiros, excluir a família do cotidiano do CAPS via encaminhamentos não nos parece uma boa opção, exceto em casos de alta complexidade, como ele mesmo sublinhou. Além disso, nos parece reproduzir o modelo manicomial que exclui a família do cotidiano dos pacientes, inviabilizando a qualidade da rede de apoio do usuário e os processos de mudança dos próprios familiares.

O atendimento familiar individual no CAPS AD é a terceira e última modalidade de intervenção que apresentamos. Spagnol (2018) percebe uma carência de intervenções individuais aos familiares na RAPS. De nossa parte, apesar do menor número de referências quanto ao uso dessa estratégia pelos nossos participantes, vemos que ela ainda é utilizada para aliviar o sofrimento crônico da família do usuário.

Destacamos a entrevista de Franciso como caso emblemático dessa proposta. Após um frustrante desfecho de um grupo de familiares, o participante se questiona sobre os motivos do sofrimento desse grupo. Ele se sente particularmente mobilizado pelo desamparo da mãe de um usuário. Essa senhora ligava compulsivamente no CAPS AD para obter informações sobre o filho. Percebendo que alguns colegas de trabalho zombavam da conduta dessa mulher, Francisco resolve atender uma de suas ligações e oferecer atendimento. Francisco narra a evolução do processo terapêutico e as graduais conquistas dessa mulher no âmbito da autonomia e do autoconhecimento.

Assim como os grupos terapêuticos, os atendimentos individuais se justificam pelo embasamento teórico que guia a intervenção profissional. Francisco não declara

uma teoria ou autor que fundamente a sua prática, o que nos leva à suposição de que trabalha com a ideia de que os familiares sofrem de estresse e cansaço, para os quais as experiências de lazer e gratificação pessoal seriam o melhor remédio. Além disso, é possível que sua escolha tenha sido informada pela teoria da codependência, abordada anteriormente como uma das racionalidades que guiam o raciocínio clínico no atendimento aos familiares (Carias & Granato, no prelo). De acordo com essa teoria, o foco do profissional é auxiliar o familiar a perceber o seu padrão de autossacrifício na convivência com o usuário.

Quando o atendimento individual ao familiar carece de um fundamento teórico-metodológico, é provável que se assente sobre a concepção de sofrimento emocional do profissional. Entendemos que, nesse caso, tais concepções se originem da intersecção entre as vivências pessoais do profissional, sua formação acadêmica, classe social, etnia, gênero, orientação sexual dentre outras condições de vida.

Há profissionais que não estão conscientes do que guia o seu manejo clínico com os familiares. Quando é uma concepção preconceituosa, há o risco do profissional reproduzir discursos e/ou estratégias que culpabilizam ou estigmatizam a família do usuário, intensificando o sofrimento dessa população. Além disso, quando não há diálogo sobre a diversidade de concepções no cotidiano do CAPS AD, práticas antagônicas podem comprometer o sucesso terapêutico do atendimento familiar.

Finalizamos o presente campo de sentido destacando a importância do trabalho coletivo e da formação continuada sobre a família e a dependência química. Por meio dessas duas vias de diálogo e construção de conhecimento será possível criar condições para a elaboração das divergências, minimizando seu impacto nas práticas de cuidado e no mal-estar dos próprios profissionais. Sabemos que o sofrimento existencial da família desafia o profissional, dada a intensidade afetiva que é mobilizada. Assim, concluímos

que o cuidado no CAPS AD não deve se limitar ao usuário e ao familiar, alcançando as necessidades dos profissionais que frequentemente se vêm sozinhos e desamparados nas suas práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou compreender o imaginário coletivo de profissionais do CAPS AD sobre o cuidado à família da pessoa em uso dependente de álcool. Identificamos em nossas entrevistas dois campos de sentido afetivo-emocional que se articulam no imaginário dos participantes. No primeiro campo, destacam-se as estratégias de cuidado para as crises dos familiares, enquanto no segundo observamos o mal-estar da equipe ao se deparar com o sofrimento existencial da família, dado o convívio diário com a dependência de álcool de um parente. Diante desse mal-estar que atinge os profissionais, refletimos sobre os desafios enfrentados pela equipe no exercício do cuidado à família do usuário.

Ressaltamos o que diferencia os dois campos de sentido. No primeiro – “Apagando Incêndios” – há uma certeza que é partilhada entre os entrevistados: a urgência em extinguir as crises. Nesse campo, há uma perspectiva de cura e solução de problemas na elaboração das práticas multiprofissionais. Já no segundo campo – “O Peso das Cinzas” – em que os profissionais são mobilizados a manejar o sofrimento crônico dos familiares, destacamos duas divergências: o lugar dessa população no CAPS AD e a carência de diálogo sobre as concepções de sofrimento que orientam as intervenções. O sentimento de impotência e incerteza da equipe sobre como aliviar o sofrimento existencial dessa população é parte do mal-estar referido neste campo.

Observamos que a perspectiva de cura e solução de problemas agudos não é capaz de sustentar as intervenções no segundo campo de sentido. Aqui torna-se pertinente a perspectiva do cuidado a longo prazo, ou seja, o cuidado que acolhe e suporta o sofrimento crônico, o que exige resiliência e disponibilidade afetivo-emocional dos profissionais para sustentar no tempo uma escuta acolhedora e empática.

Na articulação entre os dois campos de sentido – o primeiro como o campo das certezas e o segundo como o campo das incertezas – observamos certa disputa entre os paradigmas médico e psicológico, uma vez que neste predomina a ideia de cuidado e naquele a ideia de cura. Essa difícil convivência interparadigmática parece habitar e confundir o profissional que lida com a saúde mental, sobretudo nos casos abarcados pelo segundo campo, quando o “incêndio” já foi apagado e começa o lento trabalho de reconstrução, reestruturação e cuidado às feridas que foram abertas.

Em contrapartida, há que se considerar a atual condição de desmantelamento da Reforma Psiquiátrica (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020; Marques, Roberto, Gonçalves & Bernardes, 2019), como um dos principais desafios para a construção efetiva de um cuidado a longo prazo, na medida em que equipes reduzidas e extenuadas pela crescente demanda de trabalho tendem a dirigir seus esforços para as situações de crise.

Pareceu-nos pairar uma dúvida no imaginário dos profissionais do CAPS AD: Seria a família vítima ou algoz do usuário? Sabemos que a família não é vítima e nem algoz, mas um coletivo em sofrimento junto ao indivíduo que faz o uso dependente da substância. Assim como o usuário, a família sofre e manifesta a sua dor psíquica por meio da somatização, irritabilidade ou revolta com o tratamento do usuário. Refutamos, portanto, interpretações maniqueístas sobre a conduta do usuário ou de seus familiares as quais só distanciam o profissional de uma abordagem mais humanizada.

Dentre os autores que fizeram uma crítica pertinente à instituição família na socialização primária dos indivíduos, destacamos a obra de Cooper (1974/1994)⁶³, psiquiatra anti-manicomial, sobre a morte simbólica da instituição família. Cooper argumenta que a família é uma instituição social abstrata capaz de produzir inibições e

⁶³ No ano de 1974, o psiquiatra sul-africano David G. Cooper (1931-1986) escreveu o livro “A Morte da Família”. Nessa obra, o autor argumenta que a instituição família inviabiliza o livre arbítrio dos indivíduos e facilita o sofrimento emocional por meio dos tabus e regras sociais. David G. Cooper é um dos autores do movimento de Ruptura Manicomial descrito no segundo capítulo desta tese.

traumas na subjetividade de seus membros. O autor destaca os tabus e a inibição da espontaneidade individual em função da organização das famílias nucleares. Para Cooper o “poder da família reside na sua função de mediação social” (p. 8) dada a sua potencialidade como dispositivo de “condicionamento ideológico” (p.7) das classes dominantes.

A crítica de Cooper (1974/1994) à família como instituição é pertinente para uma reflexão contemporânea sobre os preconceitos e tabus sociais presentes na socialização primária e que impactam a vida adulta dos indivíduos. Contudo, torna-se imprescindível uma leitura crítica e contextualizada da obra do autor para evitar uma interpretação enviesada ou dogmática que legitima a exclusão social da família no cuidado multiprofissional do CAPS AD. Conforme exposto anteriormente, no período manicomial a família era excluída da convivência com o usuário e excluída do cuidado especializado e afinado às suas necessidades.

Winnicott (1962/1990) concebe a família como um contexto ambiental para o cuidado suficientemente bom que dá sustentação para o amadurecimento emocional e a integração das experiências da criança. Winnicott argumenta que os membros da família precisam de apoio para a conquista das suas capacidades. No contexto da parentalidade, o autor destaca a sustentação afetiva que um dos cônjuges oferece ao outro para o exercício da tarefa parental. Winnicott também menciona a importância da rede de apoio familiar que oferece aos pais condições para o exercício do cuidado infantil, da mesma forma que supomos que a família do usuário precise de apoio e cuidado até para conseguir ajudar o usuário.

Quanto à sensibilidade empática dos profissionais para as necessidades da família, observamos um fato curioso. Aqueles que conviveram ou convivem com um parente que faz uso dependente de álcool apresentam um discurso mais sintonizado com as demandas

dos familiares. Os relatos de Joana e César são emblemáticos dessa condição de proximidade afetiva com o drama por terem convivido com um parente intoxicado pelo álcool. Ambos mencionam os desafios que enfrentam para acolher e elaborar estratégias de cuidado para essa população. César se incomoda com o discurso dos colegas que culpabilizam a família e/ou negligenciam as suas demandas emocionais. Joana sonha com um “CAPS do Familiar” porque supõe que o CAPS AD não esteja disponível ou preparado para acolher os familiares. Em ambos os casos, os profissionais manifestam uma visão singular da experiência desse público porque já viveram ou ainda vivem essa condição existencial, identificando-se, portanto, com a família do usuário. Em vez de julgar ou excluir essa população, eles buscam cuidar das suas necessidades, inserindo-a no cotidiano do CAPS AD e/ou de outros equipamentos da RAPS.

Subscrevemos à conclusão de Lee et al. (2012), sobre o sucateamento dos serviços de saúde, a sobrecarga dos profissionais, o conflito no papel profissional entre cuidar do usuário ou cuidar da família e a carência de formação continuada na área constituírem um conjunto de fatores que dificultam o cuidado especializado às necessidades dos familiares. Diante desse cenário, torna-se urgente o debate sobre as condições de trabalho no CAPS AD que inviabilizam o cuidado integral proposto nas diretrizes do SUS (Brasil, 1990) e da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001). Além disso, é fundamental a mobilização social e política em prol de condições dignas de trabalho para os profissionais da saúde mental.

Quanto às limitações do estudo, fizemos algumas reflexões. Diante da necessidade de foco no CAPS AD, nossos resultados não permitem uma extensa generalização para outros equipamentos de saúde ou assistência social que trabalham com o tratamento em álcool e drogas, como é o caso dos ambulatórios especializados em dependência química que funcionam semanalmente em hospitais gerais. Apesar de serem constituídos por

equipes multiprofissionais, novos estudos qualitativos nesses ambulatórios ou em outros equipamentos de saúde ou assistência social nos parecem necessários para compreender as particularidades desses serviços.

Outra limitação deste estudo é sua condição geográfica e histórica, na medida em que seus achados refletem uma realidade do estado de São Paulo em um dado contexto histórico e cultural. Torna-se, portanto, recomendável a ampliação deste estudo para outros estados da federação para compreender como se articula o imaginário dos profissionais do CAPS AD sobre o cuidado aos familiares do usuário.

Como terceira e última limitação deste estudo, recordamos que a maioria dos nossos participantes são jovens e com pouca experiência de trabalho no CAPS AD. Esse fato nos leva a supor que os nossos resultados se limitam a uma determinada faixa etária e tempo de experiência profissional. Talvez se nossas entrevistas fossem realizadas com profissionais mais velhos e experientes na área de álcool e drogas, nossos resultados e análise interpretativa seriam diferentes. Desse modo, recomendamos novos estudos qualitativos para compreender a percepção dos profissionais sobre o cuidado aos familiares, conforme o seu tempo de experiência na área de álcool e drogas.

Destacamos, ainda, a importância de novos estudos na área de intersecção entre família e dependência química. Acreditamos que a compreensão aprofundada sobre a perspectiva de usuários, familiares e profissionais sobre o cuidado ao familiar contribua para a construção de novas práticas no cotidiano profissional. Além disso, sublinhamos a relevância de novas pesquisas sobre as racionalidades teórico-metodológicas que guiam o raciocínio clínico dos profissionais da saúde mental, para que façam uma escolha informada e fundamentada em sua prática.

Consideramos que a presente pesquisa oferece ao leitor uma compreensão teórica sobre como se articula o cuidado multiprofissional aos familiares no CAPS AD. No

âmbito das pesquisas qualitativas, o fenômeno humano é sempre transbordante apesar da adequação do método ao seu objeto de estudo. Desse modo, outras interpretações sobre o imaginário do cuidado aos familiares são possíveis e necessárias para o avanço do conhecimento científico.

De nossa parte, esperamos que o presente estudo contribua para qualificar as intervenções a usuários e familiares, assim como para identificar as necessidades dos profissionais do CAPS AD que atualmente sofrem com o desmantelamento dos equipamentos da Reforma Psiquiátrica (Cruz et al. 2020; Marques et al. 2019). Finalmente, compreendemos que os profissionais entrevistados neste estudo, bem como os familiares entrevistados em estudo anterior (Carias, 2018), sentem-se sobrecarregados, cansados, inibidos e necessitados de cuidado sensível e afinado para satisfazer a necessidade humana de Ser e Criar.

REFERÊNCIAS

- Abadi, F.K.A., Vand, M.M., & Aghaee, H. (2015). Models and interventions of Codependency treatment, Systematic Review. *Journal UMP Social Sciences and Technology Management*, 3(2), 572-583.
- Abram, J. (2000). *A Linguagem de Winnicott: Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Abram, J., & Hinchelwood, R.D. (2018). *The clinical paradigms of Melanie Klein and Donald Winnicott: Comparisons and Dialogues*. New York: Routledge.
- Aching, M.C. (2013). *A mãe suficientemente boa: imaginário de mães em situação de vulnerabilidade social*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP Brasil. 119p.
- Aching, M.C. (2017). *A experiência de mães refugiadas na clínica winnicottiana da maternidade*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil. 186p.
- Aiello-Fernandes, R., Ambrosio, F.F., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2012). O Método Psicanalítico como Abordagem Qualitativa: considerações preliminares. *Anais da X Jornada Apoiar*, Universidade de São Paulo, Brasil. Recuperado de <http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2013/09/aiello-fernandes-ambrosio-e-aiello-vaisberg-APOIAR-2012.pdf>

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1995). O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, 6(2), 103-127.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). *Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2012). Paradoxo e Loucura: A radicalidade do pensamento psicopatológico de D.W.Winnicott. In I. Sucar & H. Ramos, *Winnicott: Ressonâncias* (pp. 231-237). São Paulo: Primavera Editorial.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2017). Estilo clínico ser e fazer: resposta crítico-propositiva à despersonalização e sofrimento social. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, 37(92), 41-62.

Aiello-Vaisberg, T.M.J., & Machado, M.C.L. (2008). Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos à luz da teoria dos campos. In J. Monzani, & L.R. Monzani (Orgs). *Olhar: Fábio Herrmann uma viagem psicanalítica* (pp. 311-324). São Carlos, SP: Pedro e João Editores/CECH-UfsCar.

Aiello-Vaisberg, T.M.J., Machado, M.C.L., Ayouch, T., Caron, R., Beaune, D. (2009). Les récits transférentiels comme présentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In D. Beaune, *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. Paris: L'Harmattan.

Akhtar, S. (2016). *Escuta Psicanalítica: métodos, limites e inovações*. São Paulo: Blucher.

Albuquerque, F.M.P., Heimerdinger, V.S., & Rodrigues, E.F. (2016). Implicações do uso de álcool no exercício das funções parentais na perspectiva do filho adolescente. *Revista Contexto & Saúde*, 16(31), 149-164. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2016.31.149-164>.

Alvarez, S.Q., Gomes, G.C., Oliveira, A.M.N., & Xavier, D.M. (2012). Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 102-108. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472012000200015>

Alves, R.D., Morais, T.T.M., Rocha, S.P., Rocha, N.N.V., & Sampaio, F.F.F. (2015). Grupo de familiares em CAPS AD: acolhendo e reduzindo tensões. *Sanare – Revista de Políticas Públicas*, 14(1), 81-86.

Amarante, P., & Nunes, M.O. (2018). A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-8123201836.07082018>

Andrade, A.G. (2020). *Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2020*. São Paulo: Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, CISA. Disponível em *Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2020* (cisa.org.br). Acessado em 23 de Julho de 2021.

- Archer, M., Harwood, H., Stevelink, S., Rafferty, L., & Greenberg, N. (2019). Community reinforcement and family training and rates of treatment entry: a systematic review. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.14901>
- Baranger, W., & Baranger, M. (1969). La situación analítica como campo dinâmico. In W. Baranger & M. Baranger, *Problemas del Campo Psicoanalítico* (pp.129-164). Buenos Aires: Ed. Kargieman (Trabalho original publicado em 1961).
- Barreto, A.P. (2008). *Terapia Comunitária: passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR.
- Basaglia, F. (1979). *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.
- Basaglia, F. (1985). *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Grall.
- Benjamin, W. (1996). O narrador: considerações sobre a obra de Nicolai Leskov. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense (Trabalho original publicado em 1936).
- Bion, W.R. (1969). Notas sobre la memoria y el deseo. *Revista de Psicoanálisis*, 26(3), 679-692.
- Bleger, J. (1963). *Psicoanálisis y dialectica materialista*. Buenos Aires: Editorial Paidós (Trabalho original publicado em 1958).

Bleger, J. (1984). *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Artmed (Trabalho original publicado em 1963).

Bleger, J. (2011). A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In J. Bleger, *Temas de Psicologia: entrevistas e grupos* (pp. 1-48). São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1979).

Brasil (1903). *Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903*. Reorganiza a Assistência a Alienados. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acessado em 15 de Junho de 2021.

Brasil (1934). *Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934*. Dispõe sobre a proliferação mental, a assistência à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acessado em 15 de Junho de 2021.

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado em 17 de Maio de 2021.

Brasil (1990) *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acessado em 06 de Julho de 2021.

Brasil (1992). *Portaria SAS/MS nº 224 – De 29 de janeiro de 1992*. Diretrizes e Normas para o Atendimento Ambulatorial/Hospitalar em Saúde Mental. Disponível em http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7536. Acessado em 06 de Julho de 2021.

Brasil (2001). *Lei nº 10.216*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Casa Civil da Presidência da República. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acessado em 17 de Maio de 2021.

Brasil (2002). *Portaria nº336, de 19 de fevereiro de 2002*. Ministério da Saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acessado em 06 de Julho de 2021.

Brasil (2004a). *Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acessado em 22 de Maio de 2021.

Brasil (2004b). *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf . Acessado em 17 de Maio de 2021.

Brasil (2012). *Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012*. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas 24 hs (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acessado em 17 de Maio de 2021.

Brasil (2017). *Portaria nº 3588, de 21 de Dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação nº03 e nº06, de 28 de Setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e, dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acessado em 17 de Maio de 2021.

Brunet, L. (2009). La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapeutiques psychanalytiques: Réflexions d'un psychanalyste et chercheur. *Filigrane: écoutes psychanalytiques*, 18(2), 70-85. <https://doi.org/10.8202/039290ar>

Buber, M. (2001). *Eu e Tu*. São Paulo: Centauro. (Trabalho original publicado em 1923).

Bueno-Arnau, M.I., Goberna-Trincas, J., & López-Matheu, C. (2018). Ética del cuidado compassivo en la família: cuidando del cuidador. *Musas*, 3(2), 36-51. <https://doi.org/10.1344/musas2018.vol3.num2.3>

Caracciolo-Júnior, G.B. (1991). Consumo de álcool e acidentes de trabalho. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 61(4), 96-98.

Carias, A.R. (2018). *Uma compreensão winnicottiana sobre o sofrimento de filhos de alcoolistas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil. 166p.

Carias, A.R., & Granato, T.M.M. (2020). A experiência de Rosa Vermelha no contexto do alcoolismo paterno. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3), 116-137. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n3p116>

Carias, A.R., & Granato, T.M.M. (2021). O sofrimento emocional de filhos de alcoolistas: uma compreensão psicanalítica winnicottiana. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, (spe3), 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003218542>

Carias, A.R., & Granato, T.M.M. (no prelo, previsto para publicação no volume 40, 2023). Theoretical-methodological rationales in caring for family members of people with alcohol use disorders. *Estudos de Psicologia (Campinas)*.

- Carlini, E.A., Galduróz, J.C.F., Noto, A.R., & Nappo, S.A. (2002). *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001*. Secretaria Nacional Antidrogas e Gabinete da Segurança Institucional: Brasília – DF.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C.F., Silva, A.A.B., Noto, A.R., Fonseca, A.M., Carlini, C.M., & Oliveira, M. (2006). *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005*. Secretaria Nacional Antidrogas e Gabinete da Segurança Institucional: Brasília – DF.
- Carrad, V.C., Pires, A.S., Paiva, R.L., Chaves, A.C.M., & Filho, M.S. (2008). Álcool e Câncer Bucal: Considerações sobre os Mecanismos Relacionados. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(1), 49-56.
- Carvalho, C.A.P., Marsicano, J.A., Carvalho, F.S., Sales-Peres, A., Bastos, J.R.M., & Sales-Peres, S.H.C. (2008). Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 15(2), 93-95.
- Carvalho, L.S., & Negreiros, F. (2011). A co-dependência na perspectiva de quem sofre. *Boletim de Psicologia*, 61 (135), 139-148.
- Carvalho, J.M. (2008). *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Carvalho, M.F.A.A., & Menandro, P.R.M. (2012). Expectativas manifestadas por esposas de alcoolistas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Revista Brasileira de Promoção à Saúde*, 25(4), 492-500. <https://doi.org/10.5020/2557>
- Carvalho, M.F.A.A., Menandro, P.R., & Lira, M.O.S.C. (2013). Qualidade de tratamento no Centro de Atenção Psicossocial: expectativas manifestadas por filhos de alcoolistas. *Revista de Enfermagem UFPE*, 7(6), 4437-4443. <https://doi.org/10.5205/reuol.4164-33013-1-SM.0706201316>
- Cassel, P.A. (2014). *Processo de mudança em psicoterapia psicanalítica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. 120p.
- Castoriadis, C. (1995). *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra (Trabalho original publicado em 1975).
- Cavaggioni, A.P.M., Gomes, M.B. & Rezende, M. M. (2017). O tratamento familiar em casos de dependência de drogas no Brasil: revisão de literatura. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 25(1), 49-55. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n1p49-55>.
- Cavalheri, S.C. (2010). Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 51-57. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672010000100009>

CEBES (1979). *A Questão Democrática na Área da Saúde*. Documento apresentado pelo CEBES-Nacional no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, 11-13. Disponível em <http://cebes.org.br/linha-do-tempo/ano-1979/#:~:text=Em%20outubro%20de%201979%2C%20o,pela%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria%20naquela%20conjuntura>. Acesso em 17 de Maio de 2021.

Cervantes, M. (2010). *O fidalgo Dom Quixote de La Mancha*. São Paulo: Paulus (Trabalho original publicado em 1605).

Cézar, M.A., & Coelho, M.P. (2017). As experiências da Reforma Psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. *Mental, 11*(20), 134-151.

Coelho, D.M., & Santos, M.V.O. (2012). Apontamentos sobre o método na perspectiva psicanalítica. *Analytica: Revista de Psicanálise, 1*(1), 90-105.

Cooper, D. G. (1985). *Psiquiatria y Antipsiquiatria*. Barcelona: Ediciones Paidós (Trabalho original publicado em 1967).

Cooper, D. G. (1994). *A Morte da Família*. São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1974).

Copello, A.G., Velleman, R., & Templeton, L. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review, 24*, 369-410. <https://doi.org/10.1080/09595230500302356>

- Copello, A. G., Templeton, L., & Velleman, R. (2006). Family interventions for drug and alcohol misuse: is there a best practice? *Current Opinion on Psychiatry*, 19, 271-276. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000218597.31184.41>
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J. & Velleman, R. (2010). The 5-Step Method: principles and practice. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(s1), 86-99. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.515186>
- Cruz, N.F.O., Gonçalves, R.W., & Delgado, P.G.G. (2020). Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental Brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), e00285117. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
- Damas, K.C.A., Munari, D.B., & Siqueira, K.M. (2004). Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 271-278.
- Dametto, J., & Esquinsani, R.S.S. (2017). A loucura, o demônio e a mulher: sobre a construção de discursos no mundo medieval. *História Revista*, 22(2), 190-203. <https://doi.org/10.5216/hr.v22i2.36992>
- Delgado, P.G.G. (2011). Democracia e Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4701-4706. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011001300019>.

Duarte, M. L.C., Souza, J., Kantorski, L.P., & Pinho, L.B. (2007). Diferentes abordagens à família em saúde mental presentes na produção científica da área. *Revista Mineira de Enfermagem – REME*, 11(1), 66-72.

Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Revista Educar*, 24, 213-225.

Durand, G. (1998). *As estruturas antropológicas do imaginário*. São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1960).

Esquinsani, R.S.S., & Dametto, J. (2012). Questões de gênero e a experiência da loucura na antiguidade e na idade média. *Estudos de Sociologia*, 17 (32), 205-222.

Farina, M., Terroso, L.B., Lopes, R.M.F., & Argimon, I.L. (2013). Importância da psicoeducação em grupos de dependentes químicos: relato de experiência. *Aletheia*, 42, 175-185.

Felicissimo, F.B. (2013). *Habilidades sociais e estigma internalizado em alcoolistas*. Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. 100p.

Ferraboli, C.R., Guimarães, A.N., Kolhs, M., Galli, K.S.B., Guimarães, A.N., & Schneider, J.F. (2015). Alcoolismo e Dinâmica Familiar: sentimentos manifestos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(4), 1555-1563.
<https://doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v14i4.27245>.

Ferreira, A.B.H. (1999). *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Figlie, N.B., Pillon, S.C., Dunn, J., & Laranjeira, R. (1999). Orientação familiar para dependentes químicos: perfil, expectativas e estratégias. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(10), 471-478.

Filizola, C.L.A., Perón, C.J., Nascimento, M.M.A., Pavarini, S.C.I., & Filho, J.F.P. (2006). Compreendendo o alcoolismo na família. *Escola Anna Nery de Enfermagem*, 10(4), 660-670. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452006000400007>

Filizola, C.L.A., Tagliaferro, P., Andrade, A.S., Pavarini, S.C.L., & Ferreira, N.M.L.A. (2009). Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de auto-ajuda AL ANON. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(3), 181-186. <https://doi.org/10.1590/s0047-20852009000300007>

Flick, U. (2009). *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Foucault, M. (1978). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva (Trabalho original publicado em 1961).

Freud, S. (1987). A Psicoterapia da Histeria. In J. Breuer; & S. Freud. *Estudos sobre a Histeria*. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1895).

Freud, S. (2006). A dinâmica da transferência. In S. Freud. *Volume XII da Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (p.111-119). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1912).

Freud, S. (2006). Sobre o início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise. In S. Freud. *Volume XII da Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (p.139-158). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1913).

Freud, S. (2006). Recordar, repetir e elaborar: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. In S. Freud. *Volume XII da Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (p.163-171). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1914).

Freud, S. (2006). Observações sobre o amor transferencial: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III. In S. Freud. *Volume XII da Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (p. 175-188). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1915).

Fulgêncio, L. (2010). Aspectos gerais da redescrição winnicottiana dos conceitos fundamentais da psicanálise freudiana. *Psicologia USP*, 21(11), 99-125.

Fulgêncio, L. (2014). A necessidade de ser como fundamento do modelo ontológico de homem para Winnicott. In J.Birman, D.Kuperman, E.L. Cunha, & L. Fulgêncio (Org).

- A Fabricação do Humano: Psicanálise, Subjetivação e Cultura* (pp.145-165). São Paulo: Zagodoni.
- Fulgêncio, L. (2015). Apontamentos para uma análise da influência do existencialismo moderno na obra de Winnicott. *Ciência e Cultura*, 67(1), 36-39.
- Gambatto, R.; & Silva, A.L.P. (2006). Reforma Psiquiátrica e a Reinserção do Portador de Transtorno Mental na Família. *Psicologia Argumento*, 24(45), 25-33.
- Gaskell, G. (2017). Entrevistas individuais e grupais. In M.W. Bauer, & G. Gaskell, *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp.64-89). Petrópolis: Vozes.
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed.
- Godoy, A.S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 20-29.
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva (Trabalho original publicado em 1961).
- Gonçalves, J.R.L., & Galera, S.A.F. (2010). Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 18 (spe), 543-549.

Goulart, M.S.B. (2008). Os 30 anos da “Lei Basaglia”: o aniversário de uma luta. *Mnemosine*, 4(1), 2-15.

Granato, T.M., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2011). Narrativa Interativa e Psicanálise. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 157-163.

Granato, T.M.M., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013). Narrativas Interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psicologia Clínica*, 25(1), 17-35.

Grzelczak, A.C., Ceccon, A., Guetter, C.R. & Pimentel, S.K. (2019). Avaliação de pacientes vítimas de trauma cranioencefálico com sinais de intoxicação alcoólica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 46(5), e20192272. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e20192272>

Guarnica, A.V.M. (1997). Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1), 109-119.

Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-210. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722006000200010>.

Haverfiel, M.C., Theiss, J.A., & Leustek, J. (2015). Characteristic of communication in families of alcoholics. *Journal of Family Communication*, 16(2), 111-127. <https://doi.org/10.1080/15267431.2016.1146284>

Heimann, P. (1991). Counter-transference. *British Journal of Medical Psychology*, 33(1), 9-15. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1960.tb01219.x>

Herrmann, F. (2001). *Andaimos do Real: o método da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Herrmann, F. (2004). *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Herrmann, F. (2015). *O que é psicanálise: para iniciantes ou não...* São Paulo: Blucher.

Hinrichs, J., DeFire, J., & Westen, D. (2011). Personality, Subtypes in Adolescent and Adult Children of Alcoholic: a two part study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 (7), 487-498. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182214268>

Horta, A.L.M., Daspett, C., Egito, J.H.T., & Macedo, R.M.S. (2016). Vivência e estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1024-1030. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0044>

Iamamoto, M.V. (2018). “Questão social” no Brasil: relações sociais e desigualdades. *Conocimientos*, 2(3), 27-44.

Jafelice, G.T., & Marcolan, J.F. (2017). Percepção dos profissionais de saúde mental sobre o trabalho multiprofissional com residentes. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(2), 542-550. <https://doi.org/10.5205/relou.10263-91568-1-RV.1102201708>

Jorge, M.S.B., Diniz, A.M., Lima, L.L., & Penha, J.C. (2015). Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção de cuidado em saúde mental. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 24(1), 112-120. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002430013>.

Joseph, B. (1990). Transferência: a situação total. In E.B. Spillius, *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimento da Teoria e da Técnica*. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1985).

King, A.L.S., Nardi, A.E., & Cruz, M.S. (2006). Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(1), 70-73.

Klein, M. (1991). As origens da transferência. In M. Klein, *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*, vol. III das Obras Completas de Klein. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1948).

Kuhn, T.S. (1998). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva (Trabalho original publicado em 1962).

Lacan, J. (2005). *Nomes-do-pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1953).

Laing, R.D. (1983). *La voz de la experiencia*. Barcelona: Crítica Grupo Editorial Grijalbo (Trabalho original publicado em 1982).

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1967).

Lastória, J.C., & Abreu, M.A.M.M. (2012). Hanseníase: diagnóstico e tratamento. *Diag Tratamento*, 17(4), 173-179.

Lee, C.E., Christie, M.M., Copello, A., & Kellet, S. (2012). Barriers and enablers to implementation of family-based work in alcohol services: a qualitative study of alcohol worker perceptions. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(3), 244-252. <https://doi.org/10.3109/09687637.2011.644599>

Loparic, Z. (1995). Winnicott e o pensamento pós-metafísico. *Psicologia USP*, 6(2), 39-61.

Lopes, A.P.A.T., Marcon, S.S., & Decesaro, M.N. (2015). Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20(1), 22-30. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150004>.

Macedo, P.C. M. (2007). Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. *Revista da SBPH*, 10(2), 33-41.

Maciel, C. & Kerr-Côrrea, F. (2004). Complicações psiquiátricas do uso crônico de álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(11), 47-50. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462004000500012>

- Maciel, S.C., Silva, F.F., Pereira, C.A., Dias, C.C.V., & Alexandre, T.M.O. (2018). Cuidadores de dependentes químicos: um estudo sobre a sobrecarga familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e34416. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34416>
- Maciel, M.J.N. & Yoshida, E.M.P. (2006). Avaliação da alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 43-54.
- McWilliams, N. (2014). *Diagnóstico Psicanalítico: entendendo a estrutura de personalidade no processo clínico*. Porto Alegre: Artmed.
- Malinowski, B.K. (1978). *Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia*. São Paulo: Abril Cultural (Trabalho original publicado em 1920).
- Marques, C.F., Roberto, N.L.B., Gonçalves, H.S., & Bernardes, A.G. (2019). O que significa o Desmonte? Desmonte do que e para quem? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39 (spe 2), e225552, 6-18. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003225552>
- Marshall, T.M. (1967). *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Mastroianni, F.C., Macris, C.E., Gomes, J.R., & Camargo, P.J. (2016). Perfil sociodemográfico de um CAPSAD e sua funcionalidade segundo os usuários. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(2), 3-16. [https://doi.org/10.20435/2177-093x-2016-v8-n2\(01\)](https://doi.org/10.20435/2177-093x-2016-v8-n2(01))

- Matos, M.T.S. (2008). Grupo de orientação familiar em dependência química: uma avaliação sob a percepção dos familiares participantes. *Revista Bahiana de Saúde Pública*, 23(1), 58-71. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2008.v32.n1,a1384>
- Maynard, W.H.C., Albuquerque, M.C.S., Brêda, M.Z., & Jorge, J.S. (2014). A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), 300-303. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400051>
- Mbembe, A. (2016). Necropolítica. *Arte & Ensaio*, 32, 123-151.
- Melo, C.F., & Cavalcanti, I.S. (2019). Codependency in relatives of alcohol addicts. *Revista Online Cuidado é Fundamental*, 11 (n.esp), 304-310. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.304-310>
- Mesquita, M.A.M. (2021). *Infelizes para sempre: a experiência emocional decorrente do divórcio litigioso*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil. 150p.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E., & Tonigan, J.S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291-308. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(99\)00003-6](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(99)00003-6)
- Mezan, R. (2014). *O Tronco e os Ramos: Estudos de História da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Mielke, F.B., Kohlausch, E., Olschowsky, A., & Schneider, J.F. (2010). A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4), 761-765. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>
- Minto, E.C., Corradi-Webster, C.M., Gorayeb, R., Laprega, M.R., & Furtado, E.F. (2007). Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16(3), 207-220.
- Miranda, M.L.A. (2016). *Narrativas interativas de presidiários sobre a experiência da paternidade*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil. 130p.
- Miranda, J.J., Timo, A.L.R., & Belo, F.R.R. (2019). Crítica a Teoria da Maternidade em Winnicott: é preciso ser mulher para cuidar de crianças? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e176863, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-37030031768663>
- Moreno, V., & Alencastre, M.B. (2003). A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 37(2), 43-50. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342003000200006>
- Moretti-Pires, R.O. & Corradi-Webster, C.M. (2011). Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 313-320.

- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em Psicologia Social*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Muszkat, M.E. (2008). *Guia Prático de Mediação de Conflitos em Famílias e Organizações*. São Paulo: Summus Editorial.
- Nascimento, L.T.R., Souza, J., & Gaino, L.V. (2015). Relacionamento entre familiar e usuário de álcool em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial especializado. *Texto Contexto em Enfermagem*, 24(3), 834-841. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003610013>.
- Ogden, T. (2018). *Esta arte da Psicanálise: Sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, G.F., Carreiro, G.S.P., Filha, M.O.F., Lazarte, R., & Vianna, R.P.T. (2010). Risco para depressão, ansiedade e alcoolismo entre trabalhadores informais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 272-277. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.10354>
- Oliveira, L.F.L.S. (2017). Intervenções Comunitárias: uma importante alternativa para familiares que convivem com abuso e dependência de substâncias. In Payá, R. (2017). *Intervenções Familiares para Abuso e Dependência de Álcool e outras Drogas* (pp. 149-157). Rio de Janeiro: Roca.
- Oliveira, V.C., Capistrano, F.C., Ferreira, A.C.Z., Kalinke, L.P., Felix, J.V.C., & Maftum, M.A. (2017). Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS AD

do Sul do Brasil. *Revista Bahiana de Enfermagem*, 31(1), e16350.
<https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16350>

Onocko-Campos, R.T. (2019). Saúde Mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), e00156119. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00156119>.

Parisi, L., & Silva, J.M. (2018). Mediação de conflitos no SUS como ação política transformadora. *Saúde em Debate*, 42(4), 30-42. <https://doi.org/10.590/0103-11042018s402>.

Payá, R. (2017). Importância das intervenções familiares: panorama para o tratamento de abuso e dependência. In R. Payá (org), *Intervenções familiares para abuso e dependência de álcool e outras drogas* (pp. 03-13). Rio de Janeiro: Gen Roca.

Paz, F.M., & Colossi, P.M. (2013). Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(4), 551-558.
<https://doi.org/10.1590/s1413-294x2013000400002>

Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103-109.

Peixoto, C., Prado, C.H.O., Rodrigues, C.P., Cheda, J.N.D., Mota, L.B.T., & Veras, A.B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de

pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSAD). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 317-321.

Pereira, V.C.L.S., Pimentel, L.F., Espínola, L.L., Azevedo, E.B., & Filha, M.O.F. (2015). Sofrimento psíquico em adolescentes que vivenciam alteração na dinâmica familiar em consequência do alcoolismo. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 23(6), 838-844. <https://doi.org/10.129557/reverj.2015.21629>.

Perin, C.S.B., & Oliveira, M.R. (2019). Dom Quixote: um cavaleiro romântico. *Notandum*, XXII (50), 1-18.

Pessotti, I. (1995). *A Loucura e as Épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34.

Pessotti, I. (2001). *O Século dos Manicômios*. São Paulo: Editora 34.

Pillon, S.C., Villar, L., Margarita, A., & Laranjeira, R. (2016). Atitudes de enfermeiros relacionadas ao alcoolismo. *Nursing*, 9 (96), 811-816.

Pinel, P. (2004). Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental: extratos sobre a mania e sobre o tratamento moral. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, VII (3), 117-127 (Trabalho original publicado em 1801).

Pinto, D.M., Jorge, M.S.B., Pinto, A.G.A., Vasconcelos, M.G.F., Cavalcante, C.M., Flores, A.Z.T., & Andrade, A.S. (2011). Projeto Terapêutico Singular na produção do

Cuidado Integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 20(3), 493-302. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072011000300010>.

Pires, F.A.R. (2010). *Criatividade no processo de amadurecimento em Winnicott*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. 91p.

Politzer, G. (1998). *Crítica dos Fundamentos da Psicologia: a Psicologia e a Psicanálise*. Piracicaba, SP: Editora Unimep (Trabalho original publicado em 1928).

Porto, F.F.A., Rezende, M.M., & Gomes, M.B. (2016). A família no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Passagens: Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica*, 8(3), 526-542. <https://doi.org/10.15175/1984-2503-20168306>

Portolese, D.A., Figueiredo, G.R., & Mascarenhas, P. (1979). Apresentação. In F. Basaglia (1979). *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.

Portugal, F.B., Campos, M.R., Carvalho, J.R., Flor, L.S., Schramm, J.M.A., & Costa, M.F.S. (2015). Carga de doença no Brasil: um olhar sobre o álcool e a cirrose não-viral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 491-501.

Portugal, F.B., Corrêa, A.P.M., & Siqueira, M.M. (2010). Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. *SMAD – Revista Eletrônica em Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 6(1), 1-13.

- Raimundo, J.S., & Cadete, M.M.M. (2012). Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 61-67. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002012000900010>
- Rane, A., Church, S., Bhatia, V., Orford, J., Velleman, R., & Nadkarni, A. (2017). Psychosocial interventions for addiction-affected families in Low and Middle Income Countries: A systemic review. *Addict Behaviors*, 74, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.addbed.2017.05.015>
- Reis, M.E.B.T. (2014). Um olhar psicanalítico sobre os grupos de apoio a família de drogadictos. *Revista da SPAGESP*, 15(2), 109-121.
- Ricoeur, P. (1977). *Da interpretação: ensaio sobre Freud*. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1965).
- Ricoeur, P. (1991). *O si-mesmo como um outro*. Campinas, SP: Papirus.
- Rocha, I.A., Sá, A.N.P., Braga, L.A.V., Filha, M.O.F., & Dias, M.D. (2013). Terapia Comunitária Integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 155-162. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000300020>

- Ronzani, T.M., & Furtado, E.F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 326-332. <https://doi.org/10.1590/s0047-20852010000400010>
- Rosa, L.C.S. (2005). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18), 205-218.
- Rossato, V.M.D., & Kirchhof, A.L.C. (2006). Famílias alcoolistas: a busca de nexos de manutenção, acomodação e repadronização de comportamentos alcoolistas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(2), 251-257.
- Santos, B.S. (2008). *Um Discurso sobre as Ciências*. São Paulo: Cortez Editora.
- Santos, I.P.A. (2006). Da Antipsiquiatria ao Movimento Antimanicomial: trajetória histórico-cultural. *Revista de Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, XII (2), 119-132.
- Santos, R.A., Portugal, F.B., Feliz, J.D., Santos, P.M.O., Siqueira, M.M. (2012). Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(1), 21-29.
- Schimoguiri, A.F.D.T., & Serralvo, F.S. (2017). A importância da abordagem familiar na atenção psicossocial: um relato de experiência. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(57), 69-84.

Schuckit, M. (2001). *Abuso de álcool e drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e ao tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

Sei, M.B., & Santiago, E. (2019). A família na história das políticas de atenção em saúde mental: um estudo documental. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(3), 4-23. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n3suplp04>.

Selbekk, A.S., Sagvaag, H., & Fauske, H. (2015). Addiction, families and treatment: a critical realist search for theories that can improve practice. *Addiction, Research & Theory*, 23(3), 196-204. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.95455>

Silva, C.M.P., Hildebrandt, L.M., Stumm, E.M.F., Leite, M.T., & Piovesan, S.M.S. (2011). A convivência do familiar com a pessoa alcoolista no espaço doméstico. *Revista Contexto & Saúde*, 10(20), 43-50.

Silva, E.J.B., & Rosa, L.C.S. (2014). Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? *Revista Katálysis*, 17(2), 252-260. <https://doi.org/10.1590/s1414-49802014000200011>

Silva, M.E.L. (1993). *Investigação e Psicanálise*. Campinas, SP: Papirus.

Silva, M.J. (2020). *Sobrevivendo no inferno: experiência de adolescentes e familiares em programa de liberdade assistida*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil. 108p.

Sobral, C.A., & Pereira, P.C. (2012). A co-dependência dos familiares do dependente químico: revisão da literatura. *Revista Fafipe On-Line*, V(5), 1-7.

Soccol, K.L., Terra, M.G., Ribeiro, D.B., Teixeira, J.K.S., Siqueira, D.F., & Mostardeiro, S.C.T.S. (2014). O cotidiano das relações familiares com indivíduo dependente químico. *Cogitare Enfermagem*, 19(1), 116-122.

Souza, J., & Carvalho, A.M.P. (2005). Repercussões do ambiente familiar alcoolista para o desenvolvimento da criança: relato de caso. *Pediatria Moderna*, 46(3), 114-119.

Spagnol, S.C.B. (2018). *Familiares de dependentes químicos na Rede de Atenção Psicossocial: panorama atual e perfil do grupo*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santos, UFES, Vitória-ES, Brasil. 99p.

Spink, M.J.P. (1993). O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 300-308.

Spoehr, B., & Schneide, D.R. (2009). Bases epistemológicas da Antipsiquiatria: a influência do Existencialismo de Sartre. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, XV(2), 115-125.

Stake, R.E. (2011). *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso Editora.

Teixeira, C.F., & Solla, J.P. (2006). *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador, Editora EDUFBA.

Teixeira, E.P., Hoepers, N.J., Correa, S.M., Dagostin, V.S., & Soratto, M.T. (2015). O enfrentamento da família diante do alcoolismo. *Revista Saúde e Comunicação, 11(3)*, 1-14.

Tenório, F. (2001). Psicanálise e Reforma Psiquiátrica – um trabalho necessário. In A.C. Figueiredo (org), *Psicanálise: Pesquisa e Clínica* (pp.89-100). Rio de Janeiro: IPUB.

Tenório, F. (2002). A Reforma Psiquiátrica, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 9(1)*, 25-59.

Templeton, L. (2010). Meeting the needs of children with the 5-Step Method. *Drugs: education, prevention and policy, 17(s1)*, 113-128.
<https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514149>

Templeton, L., & Sipler, E. (2014). Helping children with the steps to cope intervention. *Drugs and Alcohol Today, 14(3)*, 126-136. <https://doi.org/10.1108/dat-03-2014-0015>

Templeton, L., Velleman, R., & Russell, C. (2010). Psychological interventions with families of alcohol misusers: a systematic review. *Addiction Research & Theory, 18(6)* 616-648. <https://doi.org/10.3109/16066350903499839>

- Theodoro, B.A.L., Ribeiro, L.F., Andrade, M.I.S., & Mpomo, J.S.V.M.M. (2021). Barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional em saúde na pandemia de Covid-19. *Brazilian Journal of Development*, 7(4), 33998-34016.
- Trindade, E.M.V., & Costa, L.F. (2012). Considerações sobre a Resiliência de Adolescentes Filhos de Alcoolistas no Contexto Familiar. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 24(2), 179-188.
- Turato, E.R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Vasconcelos, E.M., Peres, G.M., Rodrigues, J., Musse, L.B., & Braz, R. (2014). *Manual de Direitos e Deveres dos Usuários e Famílias em Saúde Mental e Drogas*. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ, Brasília: Ministério da Saúde.
- Vasconcellos, V.C. (2010). Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6(1), 1-22. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i1p1-22>
- Whitbourne, S.K., & Halgin, R.P. (2015) *Psicopatologia: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1975a). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D.W. Winnicott, *O Brincar & a Realidade* (pp.10-47). Rio de Janeiro: Editora Imago (Trabalho original publicado em 1971).

Winnicott, D.W. (1975b). O Brincar: uma exposição teórica. In D.W. Winnicott, *O Brincar & a Realidade* (pp.65-87). Rio de Janeiro: Editora Imago (Trabalho original publicado em 1971).

Winnicott, D.W. (1975c). O Brincar: a atividade criativa e a busca do *self*. In D.W.Winnicott, *O Brincar & a Realidade* (pp.88-107). Rio de Janeiro: Editora Imago (Trabalho original publicado em 1971).

Winnicott, D.W. (1975d). A criatividade e suas origens. In D.W. Winnicott, *O Brincar & a Realidade* (pp.108-138). Rio de Janeiro: Editora Imago (Trabalho original publicado em 1971).

Winnicott, D.W. (1982). *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Winnicott, D.W. (1984). *Consultas Terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Editora Imago (Trabalho original publicado em 1971).

Winnicott, D.W. (1990a). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In. D.W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 45-68). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1960).

Winnicott, D.W. (1990b). Distorção do ego em termos do verdadeiro e do falso self. In. D.W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do*

desenvolvimento emocional (pp. 128-139). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1960).

Winnicott, D.W. (1990a). Provisão para a criança na saúde e na crise. In D.W.Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.62-69). Porto Alegre: Artmed (Trabalho original publicado em 1962).

Winnicott, D.W. (1990b). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D.W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 102-134). Porto Alegre: Artmed (Trabalho original publicado em 1962).

Winnicott, D.W. (1990c). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D.W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artmed (Trabalho original publicado em 1962).

Winnicott, D.W. (1993). Fatores de integração e desintegração na vida familiar. In D.W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp.59-72). São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1958).

Winnicott, D.W. (1993a). Crescimento e desenvolvimento na fase imatura. In D.W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 29-42). São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1960).

Winnicott, D.W. (1993b). Segurança. In D.W. Winnicott, *Conversando com os pais* (pp. 101-107). São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1960).

Winnicott, D.W. (1993c). Família e maturidade emocional. In D.W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 129-138). São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1960).

Winnicott, D.W. (1993). A construção da confiança. In D.W. Winnicott, *Conversando com os pais* (pp. 139-152). São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1969).

Winnicott, D.W. (1994). O medo do colapso. In D.W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artmed (Trabalho original publicado em 1963).

Winnicott, D.W. (2000). A observação de bebês numa situação padronizada. In D.W. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise: obras escolhidas* (pp.112-132). Rio de Janeiro: Imago Editora (Trabalho original publicado em 1941).

Winnicott, D.W. (2000). O desenvolvimento emocional primitivo. In D.W. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise: obras escolhidas* (pp.219-231). Rio de Janeiro: Imago Editora (Trabalho original publicado em 1945).

Winnicott, D.W. (2000). Preocupação Materna Primária. In D.W. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise: obras escolhidas* (pp.399-405). Rio de Janeiro: Imago Editora (Trabalho original publicado em 1956).

Woodside, M. (1988). Children of Alcoholics: Helping a Vulnerable Group. *Public Health Reports*, 103(6), 643-648.

Xavier, M.F., Gomes, A.M., Nunes, R.A., & Silva, M.C.R. (2015). Aspectos de funcionamento de personalidade de codependentes. *Revista Sul-Americana de Psicologia*, 3(2), 282-309.

Yin, R.K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso Editora.

Zambillo, M., & Cenci, C.M.B. (2014). Equilibristas embriagados: a dinâmica familiar alcoolista pelos vieses da Psicoterapia Familiar Sistêmica. *Aletheia*, 43(44), 91-104.

Zubaran, C., Fernandes, J., Martins, F., Souza, J., Machado, R. & Cadore, M. (1996). Aspectos clínicos e neuropatológicos da Síndrome de Wernicke-Korsakoff. *Revista de Saúde Pública*, 30(6), 602-608.

ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada "Diálogos possíveis e impossíveis entre necessidades de familiares de alcoolistas e práticas profissionais", a ser realizada pelo psicólogo Antonio Richard Carias, CRP 06/138707, como parte de seus estudos de Doutorado em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, sob orientação da Profa. Dra. Tânia Mara Marques Granato.

A presente pesquisa científica busca produzir conhecimento sobre o cuidado a familiares de alcoolistas na concepção de profissionais da saúde mental e dos próprios familiares de alcoolistas. Esperamos que este estudo possa beneficiar os indivíduos e grupos envolvidos direta ou indiretamente na atenção psicológica às pessoas que sofrem com o alcoolismo. Esclarecemos que a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas individuais na instituição _____, localizada na rua _____, nº _____, em horário e local previamente agendados. Nesta etapa, você será convidado(a) a completar por escrito ou de forma oral, uma história fictícia, denominada Narrativa Interativa, que foi elaborada pelo pesquisador sobre o tema do cuidado ao sofrimento de familiares de alcoolistas. Deste modo, na análise dos dados, buscaremos compreender sua experiência com as práticas de cuidado destinadas a familiares de alcoolistas, sendo seus dados pessoais ou qualquer informação que o identifique retirados da pesquisa, com o objetivo de garantir o sigilo e o anonimato.

Prezado participante, em caso de desconforto emocional, informamos sobre o seu direito em retirar-se da pesquisa, sendo que inicialmente o pesquisador o acolherá e, posteriormente o encaminhará para um profissional de referência da instituição

colaboradora ou para serviços de atendimento psicológico gratuitos ou de baixo custo que possam oferecer assistência individual.

Ressaltamos que a sua participação no estudo é totalmente voluntária. Portanto, não haverá nenhum tipo de remuneração por seu consentimento, nem prejuízo, caso se recuse a participar ou queira retirar o seu consentimento, o que poderá ocorrer em qualquer etapa da pesquisa.

Informamos que este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é impresso em duas vias, de igual teor, ficando uma com o pesquisador e outra com você. Diante de qualquer dúvida, solicitamos que entre em contato conosco para os esclarecimentos necessários. É importante mencionar que o projeto de pesquisa em questão foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, localizado à Rua Professor Dr. Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 - Parque Rural Fazenda Santa Cândida, Campinas - SP, 13087-571. Para quaisquer esclarecimentos éticos, o Comitê poderá ser consultado através do telefone (19) 3343-6777 ou pelo e-mail comitedeetica@puc-campinas.edu.br, sendo seu horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17h:00 horas.

Conforme anteriormente exposto, para maiores esclarecimentos com relação à sua participação, favor entrar em contato com o pesquisador através do telefone celular (19) 99617-8068 ou pelo endereço de e-mail psicologo.antoniorichard@gmail.com

Eu, _____

RG _____, declaro que concordo em participar da pesquisa "Diálogos possíveis e impossíveis entre necessidades de familiares de alcoolistas e práticas profissionais" a ser conduzida pelo psicólogo Antonio Richard

Carias, CRP 06/138707, Doutorando em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

_____, _____ de _____ de _____
(Cidade) (Dia) (Mês) (Ano)

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

ANEXO II. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**"Diálogos possíveis e impossíveis entre necessidades de familiares de alcoolistas e práticas profissionais"**

NomeIdade:.....
Telefone Celular
Estado Civil.....Naturalidade
Escolaridade.....Profissão.....
Filhos Idade(s)
Cônjuge Idade:
Estado Civil..... Naturalidade
Escolaridade Profissão
Tempo de trabalho no CAPS AD:.....
Residência () Própria () Alugada () Cedida

Renda Mensal:

- () Nenhuma renda
- () Até 1 salário mínimo (R\$ 1.045,00)
- () De 1 a 3 salários mínimos (R\$ 1.045,00 a R\$3.135,00)
- () De 3 a 6 salários mínimos (R\$ 3.135,00 a R\$ 6.270,00)
- () De 6 a 9 salários mínimos (R\$6.270,00 a R\$ 9.405,00)
- () De 9 a 12 salários mínimos (R\$ 9.405,00 a R\$ 12.540,00)
- () De 12 a 15 salários mínimos (R\$ 12.540,00 a R\$ 15.675,00)
- () Mais de 15 salários mínimos (acima de R\$ 15.675,00)

Pesquisador

....., de de