



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DANIEL MONDONI

A FUNÇÃO REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL:  
ENTRE A CLÍNICA E ADMINISTRAÇÃO

Campinas

2018

DANIEL MONDONI

A FUNÇÃO REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL:  
ENTRE A CLÍNICA E A ADMINISTRAÇÃO

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na Área de Concentração Políticas, Gestão e Planejamento.

ORIENTADOR: CARLOS ALBERTO PEGOLO DA GAMA

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO DANIEL MONDONI, E ORIENTADO PELO PROF. DR. CARLOS ALBERTO PEGOLO DA GAMA.

CAMPINAS  
2018

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** Não se aplica.

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

M745f Mondoni, Daniel, 1982-  
A função referência em saúde mental : entre a clínica e a administração /  
Daniel Mondoni. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Carlos Alberto Pegolo da Gama.  
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas,  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Saúde coletiva. 3. Profissional de referência em saúde  
mental. 4. Equipe de referência em saúde mental. 5. Vínculo. I. Gama, Carlos  
Alberto Pegolo da. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** The reference function in mental health : between the clinic and  
the administration

**Palavras-chave em inglês:**

Mental health  
Collective health  
Reference professional in mental health  
Reference team in mental health  
Attachment

**Área de concentração:** Política, Gestão e Planejamento

**Titulação:** Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Banca examinadora:**

Gustavo Tenório Cunha  
Lilian Miranda  
Solange L'Abbate

**Data de defesa:** 28-02-2018

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**DANIEL MONDONI**

**ORIENTADOR: CARLOS ALBERTO PEGOLO DA GAMA**

**MEMBROS:**

**1. PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA**

**2. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. LILIAN MIRANDA**

**3. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. SOLANGE L'ABBATE**

Programa de Pós-Graduação em [PROGRAMA] da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

**Data: 28/02/2018**

À Teresa,

por sempre me mostrar que todo trabalho é também encantamento e prazer.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a meu orientador, Carlos Alberto Pegolo da Gama, por pacientemente me acompanhar e auxiliar neste árduo e trabalhoso, mas não menos prazeroso e instigante, processo de pesquisa.

Aos participantes de minhas bancas de qualificação e defesa, Lilian Miranda, Bruno Ferrari Emerich e Solange L´Abbate pelo tempo dedicado a leitura e reflexão sobre meu trabalho, mas principalmente pelas sugestões e considerações feitas para condução e melhoria desta pesquisa. Um apreço especial pela proximidade e amizade de Bruno, que me apoiou e socorreu nos momentos mais urgentes.

À Fabiana, pelo apoio, companheirismo, interesse e entusiasmo com este trabalho, e também pelas leituras, sugestões e críticas de quem conhece bem os caminhos e a importante função social da pesquisa acadêmica em ciências humanas.

Aos trabalhadores da rede de Saúde Mental de Campinas, em particular aos do CAPS Novo Tempo, que cotidianamente realizam um trabalho primoroso e implicado, tanto com as necessidades dos sujeitos que demandam atenção e tratamento, como com as prerrogativas e ideais da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Um agradecimento especial aos onze trabalhadores que concordaram em participar das entrevistas desta pesquisa e dividir as agruras e delícias de seus cotidianos de trabalho.

Aos colegas da Tykhe Associação de Psicanálise pelas várias discussões ao longo deste período, que foram um dos suportes fundamentais para uma reflexão crítica e ética sobre o trabalho atual em Saúde Mental.

Aos colegas de turma do Mestrado Profissional pelo compartilhamento dos trabalhos, dificuldades, angústias, alegrias e conquistas ao longo destes dois anos, mesmo via grupo de Whatsapp.

Aos meus amigos e amigas que são minha rede de suporte cotidiana e que me suportaram muito nestes dois anos de trabalho intenso.

## RESUMO

A reforma psiquiátrica brasileira se propõe a produzir novas formas de atenção pautadas principalmente no vínculo entre usuário e profissional, como forma de alterar a relação verticalizada que a psiquiatria tradicional desenvolveu com seu objeto de estudo e intervenção desde sua criação. Para isso, no âmbito dos serviços substitutivos ao Hospital psiquiátrico, surgem as Equipes de Referência e o Profissional de Referência, como formas de abordar o sujeito do sofrimento de forma ampla e complexa e de articular o cuidado e projeto terapêutico considerando os diversos aspectos que compõe o cotidiano o usuário. Porém se verificam diferentes formas de vinculação entre equipes, profissionais e os sujeitos que demandam atenção e cuidado aos serviços, mas com pouca clareza crítica à utilização dessas diversas vinculações e seus efeitos nos processos de tratamento.

Esta pesquisa pretende esclarecer como os profissionais entendem e definem sua função como Profissional de Referência bem como a exercem em seu cotidiano de trabalho, em quais ações e atividades. Também nos interessa entender se há e como é o diálogo do Profissional de Referência com a Equipe de Referência e também com o CAPS de modo geral, com o restante da equipe e as demais atividades do serviço, e quais são as diferentes formas de vínculo que se estabelecem entre estes diferentes atores presentes nos serviços.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, orientada pelo referencial hermenêutico gadameriano para análise e interpretação dos dados coletados. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais com trabalhadores de CAPS III da cidade de Campinas. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas posteriormente para categorização e análise. A categorização dos dados encontrou três categorias principais: definição da função profissional de referência; a prática cotidiana do profissional de referência; tratamento, clínica e cuidado.

Como resultados encontramos certa tendência a desresponsabilização dos profissionais ante a nomeação de um Profissional de Referência, importante sobrecarga de trabalho deste profissional, falta de parâmetros para que os próprios trabalhadores avaliem e organizem seu trabalho. Os dados também nos ajudaram a traçar algumas diferenciações entre o vínculo sanitário e o terapêutico e suas consequências para os tratamentos.

**Palavras chave:** Saúde Mental, Saúde Coletiva, Profissional de Referência em Saúde Mental, Equipe de Referência em Saúde Mental, Vínculo, CAPS.

## ABSTRACT

The Brazilian psychiatric reform proposes to produce new forms of attention based mainly on the bond between user and professional, as a way of altering the vertical relationship that traditional psychiatry has developed with its object of study and intervention since its creation. For this, in the scope of the substitutive services to the Psychiatric Hospital, the Reference Teams and the Reference Professional appear as ways of approaching the subject of suffering in a expended and complex way, and also to articulate the care and therapeutic project considering the various aspects that make up the user everyday life. However, there are different forms of binding between teams, professionals and the subjects that demand care and attention to services, but with little critical clarity to the use of these various ways of binding and their effects on the treatment processes.

This research aims to clarify how professionals understand and define their role as a Reference Professional as well as how they exercise it in their daily work, in wich actions and activities. We also want to understand if exists and how the Reference Professional dialogues with the Reference Team and also with the CAPS in general, with the rest of the team and with the other unit activities, and wich are the different forms of bond established by these different actors that are found in the units.

This is a qualitative research, guided by the Gadamerian hermeneutic reference for the analysis and interpretation of the collected data. The data collection was performed through individual interviews with workers from CAPS III in the city of Campinas. The interviews were audio-taped and later transcribed for categorization and analysis. The data categorization found three main categories: definition of the professional reference function; the daily practice of the reference professional; treatment, clinic and care.

As results, we found a certain tendency of the professionals to be unresponsive starting from the appointment of a Reference Professional, an important overload of this professional's work, the lack of parameters for the workers themselves to evaluate and organize their work. The data also helped us to make some differentiation between the health and therapeutic bond and its consequences for treatments.

**Keywords:** Mental Health, Colective Health, Reference Professional in Mental Health, Reference Team in Mental Health, Bond, CAPS

## LISTA DE ABREVIACOES

AT	Acompanhamento Terapêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
PR	Profissional de Referência
ER	Equipe de Referência
GR	Grupo de Referência
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PTI	Projeto Terapêutico Individual
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
RS	Reforma Sanitária
SAE	Sistematização de Assistência de Enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>Os CAPS e a Atenção Psicossocial</b> .....	11
<b>Alienação, Responsabilização e Implicação</b> .....	15
<b>Equipes e Profissionais de Referência</b> .....	25
<b>Reabilitação Psicossocial, Clínica e Ética</b> .....	33
<b>OBJETIVOS</b> .....	42
<b>METODOLOGIA</b> .....	43
<b>Definição da Função Profissional de Referência</b> .....	57
<b>A Prática Cotidiana do Profissional de Referência</b> .....	61
<b>Tratamento, Clínica e Cuidado</b> .....	79
<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	92
<b>Considerações sobre a Adscrição e as ERs</b> .....	92
<b>Considerações sobre a Crise</b> .....	100
<b>Considerações sobre o PTS</b> .....	104
<b>Considerações sobre Vínculo e Referência</b> .....	107
<b>Considerações sobre a Clínica</b> .....	111
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	127
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	130
<b>ANEXO 1: PESQUISA - A FUNÇÃO TÉCNICO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL E SUA FORMAÇÃO: ENTRE A CLÍNICA E A ORGANIZAÇÃO</b> .....	137
<b>ANEXO 2: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b> .....	140

## INTRODUÇÃO

### Os CAPS e a Atenção Psicossocial

Os cuidados ao paciente em sofrimento mental intenso sofreram influência de uma série de fatores históricos ligados à constituição do campo da saúde mental no Brasil e no mundo. É fundamental reconhecer a importância da psiquiatria, desde sua criação como alienismo no início do século XIX, como o ordenador principal tanto das práticas de tratamento como de ordenação dos serviços que realizavam e mesmo realizam tais atividades ainda na atualidade. É somente após a década de 1950 que surgem movimentos contrários à psiquiatria de maior consistência, ao mesmo tempo a mesma passa a desenvolver medicações mais eficazes para os sintomas dos quadros psicopatológicos que se propõe a tratar. Ainda assim, frente à ineficiência e ineficácia do hospital psiquiátrico e das medicações como métodos de tratamento exclusivos, os movimentos reformistas ganharam importante espaço. No Brasil culminaram em movimentos coletivos como o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, Movimento da Luta Antimanicomial e na Reforma Psiquiátrica. Dentre as mudanças operadas pela Reforma Psiquiátrica na organização dos métodos assistenciais encontram-se a criação dos equipamentos substitutivos. E dentre eles, os CAPS são considerados fundamentais no processo de implantação do novo modelo, constituindo-se como serviços territoriais e tendo o acompanhamento de seus usuários pautados pelo vínculo. (FOUCAULT, 1987; SONNENREICH, 1992; AMARANTE, 1996, 1999, 2003; FLEMING, 1976; KODA, 2002; BRASIL, 2003, 2012; GAMA, 2011)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando

usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. (Brasil, 2003, p. 2)

Os CAPS são serviços que surgem no contexto do processo de redemocratização política brasileira, no final da década de 1980, momento em que o direito a saúde se torna constitucional a partir da formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o impulso que foi dado à criação de serviços comunitários e territoriais. Ainda que a partir de então se tenha ampliado a implantação de serviços de orientação Preventivo-Comunitária, como os Ambulatórios de Saúde Mental, movimentos que vinham desde as décadas anteriores questionando a eficácia e a eficiência do modelo asilar ganharam força e espaço para que suas propostas inovadoras pudessem constituir novas instituições e práticas na assistência ao sofrimento psíquico, com nítidas orientações antimanicomiais. O CAPS Luiz da Rocha Cerqueira em São Pulo e os NAPS em Santos surgem então no final da década de 1980 com intuito de superar tanto o modelo Hospitalocêntrico tradicional como o modelo Preventivo-Comunitário e suas instituições territoriais, que se mostraram insuficientes para prevenir e impedir o aumento do número de internações e reinternações psiquiátricas ao longo das décadas anteriores. Ao mesmo tempo, estes serviços sofrem efeitos diretos das diretrizes de funcionamento do SUS, principalmente da territorialização das unidades e ações que procuram integrar e vincular a população adscrita de determinada região a seu serviço, equipes e profissionais, abrindo o campo também para a concepção de vínculo terapêutico como ferramenta para o tratamento. Estas instituições que atuaram inicialmente de forma localizada, mas que foram se multiplicando, ampliando e produzindo efeitos ao longo de mais de uma década de atuação, tiveram papel fundamental na aprovação da lei 10.216 de 2001, a chamada “Lei Paulo Delgado”, que reorientou o modelo assistencial em Saúde Mental para a Atenção Psicossocial e instituiu, além dos CAPS, um série de outros serviços – tais como Serviços Residenciais Terapêuticos, Equipes de Saúde Mental em UBS, Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral – que visam a transformação das formas de assistência ao sofrimento psíquico, concomitantemente ao progressivo fechamento dos leitos de internação em Hospitais Psiquiátricos em todo país (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI 2003; BIRMAN e COSTA 1994).

A partir de então os CAPS passam a integrar e fundamentar a política prioritária do Governo Federal para a Saúde Mental. São regulamentados em três formatos, variando conforme a quantidade de população adscrita (CAPS I entre 20 mil e 70 mil habitantes; CAPS II entre 70 mil e 150 mil habitantes; CAPS III a partir de 150 mil) sendo que a modalidade CAPS III deve funcionar 24hs e comportar cerca de 8 leitos de acolhimento integral de pacientes em crise. Também se definem de acordo com a característica principal da demanda a ser atendida: transtornos graves e persistentes; infantil e juventude; álcool e outras drogas. As práticas desenvolvidas nos CAPS se orientam e organizam tanto pela Atenção Psicossocial enquanto corpo teórico e político, como também das diretrizes instituídas pelo processo da Reforma Sanitária que culminaram na formulação do SUS.

A Atenção Psicossocial constitui-se a partir da assimilação e influência de outros campos de conhecimento diferentes da psiquiatria – tais como a Psicanálise, o Materialismo Histórico, a Filosofia da Diferença, a Esquizoanálise e etc – e também da influência de movimentos reformistas e antipsiquiátricos de diversos países, procurando desconstruir a hegemonia do saber psiquiátrico nos diversos âmbitos da Saúde Mental e constituir novas referências éticas, políticas e teóricas para embasar as práticas deste campo. Das transformações propostas pelas Comunidades Terapêuticas inglesas e pela Psicoterapia institucional francesa, assimila os processos institucionais democratizados e coletivizados, a diversificação das atividades como meio terapêutico e a horizontalização das relações intrainstitucionais; da Psiquiatria de Setor, também francesa, e da Psiquiatria Preventivo-Comunitária norte-americana a abertura do sistema hospitalar, a transferência dos cuidados para o território através de instituições diversificadas, e a atuação de profissionais variados em equipes multiprofissionais não hierarquizadas; da Antipsiquiatria inglesa e da Psiquiatria Democrática italiana o questionamento concreto da capacidade do paradigma médico-psiquiátrico de produzir cuidados reais, o entendimento das relações sociais, políticas e familiares como produtoras da loucura e a necessidade de intervir nestes contextos, e também a proposta da desinstitucionalização da loucura como objeto exclusivo de um único saber competente, a psiquiatria (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI 2003; COSTA-ROSA 2000)

Ao mesmo tempo, outro campo que exerce importante influência sobre a Reforma Psiquiátrica se dá a partir da consolidação do SUS na constituição e sua

posterior implementação nos diversos âmbitos do sistema de saúde. Várias conseqüências advindas de suas principais diretrizes e da reorientação do modelo assistencial de modo geral se fazem presentes nos novos serviços, principalmente a participação e o controle social reformulando a relação dos trabalhadores com os pacientes, a integralidade da atenção como orientação para mudança na concepção do objeto de atenção e das formas de intervenção, e a territorialização dos serviços com a conseqüente criação de vínculo com a população.

Podem ser percebidas consonâncias importantes nas direções das mudanças propostas tanto pela Reforma Sanitária como da Reforma Psiquiátrica, principalmente no que toca o deslocamento da prioridade da rede hospitalar para a rede territorial, na mudança da concepção do objeto de intervenção e dos métodos, e também nas formas de relação com as demandas e com a população, deixando nítidos alguns pontos de contato entre as prerrogativas da Atenção Psicossocial e as diretrizes da SUS. A horizontalização das relações intrainstitucionais encontra importante respaldo na política de co-gestão e controle social das unidades e do sistema de saúde implementada pelo SUS a partir dos conselhos locais e municipais de saúde, somados ainda à prática comumente encontrada nesses serviços de realização periódica de assembleias abertas com participação de qualquer interessado. A territorialização dos serviços e o vínculo como a população e com os usuários também condiz com a prerrogativa da não internação como forma de manutenção dos vínculos dos pacientes com seus familiares e com outras pessoas e espaços no local onde reside. Integralidade que propõe a ampliação do objeto e das práticas de intervenção abre espaço para a consideração das dimensões subjetivas e sociais dos pacientes, e também para extensão das práticas curativas e medicações para outros métodos terapêuticos e práticas preventivas e de promoção de saúde, opondo-se à lógica fragmentadora dos especialismos.

A territorialização dos serviços, em composição com a integralidade da atenção, merece destaque como o princípio que fundamenta e possibilita os demais, na medida que a adscrição da população demarca as dificuldades e demandas que as equipes e serviços terão de se deparar, analisar e intervir. Porém tal vinculação com a população, seu acompanhamento longitudinal no tempo nas diferentes condições e processos da vida, que em muitos casos se dá de forma bastante intensiva, com consultas, visitas e intervenções constantes para determinados pacientes, colocando o trabalhador em contato com o sofrimento destes em

diferentes facetas, causa certa forma de proximidade e relação dos profissionais com os pacientes que abre o campo do vínculo para ser considerado em sua dimensão transferencial, fundamental à compreensão e manejo dos processos saúde-doença-atenção, principalmente nos novos serviços de Saúde Mental, auxiliado também na ampliação das formas de intervenção. A sustentação destas diretrizes e de suas consequências por parte dos trabalhadores em suas práticas cotidianas nas relações com a população demanda novas organizações institucionais.

### **Alienação, Responsabilização e Implicação**

A mudança de modelo, a proposta de novos serviços e a possibilidade de tratar a doença mental de maneira mais complexa vai demandar transformações na organização dos novos serviços, nas relações entre os profissionais e entre estes e os usuários, produzindo configurações inéditas no cenário em processo de transformação.

As propostas de Campos (CAMPOS, 1998, 1999) surgem em contraponto a outro modo anterior de organizar e orientar as práticas em Saúde, que este mesmo autor e posteriormente Costa-Rosa (2013) nomeiam como modo 'taylorista'. Este, baseando-se na apropriação do discurso científico pelas teorias de administração, aplicado posteriormente aos processos de trabalho fabris – fordismo entre outros – constitui-se como uma forma fragmentada, hierarquizada, burocratizante e alienante, que passou a organizar o cotidiano de trabalho em Saúde, e conseqüentemente também em Saúde Mental.

O taylorismo ganhou importante espaço por ser congruente com as aspirações cientificistas da medicina e de sua especialidade mental, a psiquiatria, em um momento histórico em que ainda não haviam constituído sua hegemonia no campo do tratamento aos sujeitos enfermos e em sofrimento (SAMPAIO, 2001).

A Teoria Geral da Administração, o taylorismo em particular, coloca-se a tarefa de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio. Faz parte da cultura tradicional da maioria das Escolas de Administração o objetivo explícito de disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe o orgulho, a autonomia e a iniciativa crítica. (CAMPOS, 1998, p. 865)

Uma das principais conseqüências desta forma de organização do trabalho apontadas por diversos autores é a desresponsabilização do trabalhador pelo objeto de trabalho, pelos processos de trabalho e também pelo resultado final deste. Na área da Saúde, tal desresponsabilização pode ser exemplificada pelos atendimentos tipo queixa-conduta, sem seguimento do paciente ou qualquer preocupação com isto por parte dos profissionais, típico de serviços de atendimento de urgência e emergência. Na Saúde Mental aparecem como a dificuldade ou mesmo impossibilidade de acompanhar a evolução e o tratamento dos pacientes no período pós-alta das internações, devido à quase inexistência, com as devidas exceções, de serviços territoriais até o início dos anos 1990. Campos (1997) nomeia degradada tal prática clínica, e aponta a grande dificuldade de estabelecer algum grau de controle das práticas dos profissionais de saúde, ou mesmo influenciar sua forma de atuação, que sempre tendem a ter alto grau de autonomia em seus processos de trabalho, mas que geralmente estão associados a interesses corporativistas, e por isso mesmo tendendo também a importante fragmentação e distanciamento dos trabalhadores, dificultando sua integração e comunicação. *“A alienação, o descompromisso com a cura e com a promoção de saúde não são mais exceções à regra e se constituem quase que em marcas da medicina moderna e dos serviços de saúde em sentido mais geral.”* (CAMPOS, 1997, p. 230). Um pouco mais adiante ainda acrescenta:

A organização parcelar do trabalho em saúde e a conseqüente fixação do profissional a determinada etapa de um projeto terapêutico produzem alienação. Na verdade, se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de invenção de programas para debelar um problema sanitário mais coletivo, ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade. (CAMPOS, 1997, p. 234)

O alto índice de burocratização dos processos, sua fragmentação, o uso excessivo e desnecessário de exames, o pagamento por produção, são importantes características da organização taylorista do trabalho nos serviços de saúde. Bem como o declínio e o empobrecimento da prática clínica e do contato direto com os pacientes. Tal lógica é colocada em uso já na formação profissional acadêmica ou

técnica, e transferida em grande medida para o funcionamento dos serviços e para as práticas cotidianas.

Ora, se este estilo de alienação prejudica a clientela, seus danos não são menores aos próprios trabalhadores. A fixação da inteligência e da disciplina em fragmentos do processo de reabilitação ou de promoção de saúde, não somente embrutece o profissional, como o aborrece. Concentrar-se em atos esvaziados de sentido, ou cujo sentido depende de uma continuação que o trabalhador não somente não controla como até desconhece, tudo isso termina produzindo um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional altamente burocratizado. Não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em um suplício insuportável. (CAMPOS, 1997, p. 234)

Porém, também é Campos (2011) que pondera que em certa medida a autonomia dos profissionais em saúde é desejável e se deve a própria relação possível e necessária com seu objeto de trabalho, ao discernir as formas de mediação entre o conhecimento e a prática, e o lugar e atuação do sujeito humano nas diferentes formas para realização de uma tarefa. Ele aponta três formas de realizar essa mediação – tecnológica, práxis e arte – que dizem respeito ao grau de automatismo entre um determinado saber e sua aplicação em seu campo prático, e em que medida o agente desta prática tem de espaço para avaliações e decisões contingentes, em situações específicas e com sujeitos singulares. A mediação pela práxis é apontada como importante quando se trata de práticas relacionais, em que se atua sobre pessoas e que necessita sempre de uma avaliação da situação presente para a devida aplicação de um saber ou mesmo de uma técnica. Não seria nem tão restrita como a mediação tecnológica, que já tem padrões de produtos e processos de produção bem estabelecidos a serem seguidos, e nem tão aberta como a mediação artística, que tem maior preocupação com o próprio processo de produção enquanto campo estético e menos com os resultados deste. Portanto, nos parece que no campo da Saúde, e ainda mais no campo da Saúde Mental, nenhuma técnica tem excelência a priori, e que só podem ser aplicadas de acordo com o que é de certo modo “solicitado” pelo caso clínico, à medida que ganham espaço e função. E neste campo há poucas ferramentas materiais por se tratar de uma clínica que prescinde num primeiro momento de instrumentos de exame concretos. E mesmo a escuta que se realiza desde o início do acolhimento do paciente, pode ter diferentes orientações, cabendo somente ao trabalhador efetuar a escolha pela qual considera mais adequada. Desta forma ocupa um lugar de mediador entre a

demanda, sempre variável e diversa, do paciente e as ofertas que o serviço pode fazer, procurando adequar umas às outras.

Portanto, encontramos o dilema de se preservar algum grau de autonomia dos profissionais, porém de modo que esta autonomia contribua com o trabalho da equipe, e ao mesmo tempo crie nestes a responsabilidade pelo acompanhamento e resolução dos casos como interesse genuíno, sem fazer recurso a métodos coercitivos ou de premiação por desempenho. A autonomia toca na questão do resultado do trabalho, em seu produto, sua obra, e da importância e necessidade do trabalhador em saúde se reaproximar disto que tem estado apartado pela fragmentação do trabalho. *“Por obra entende-se aqui o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador, como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho.”* (CAMPOS, 1997, p. 234). E a responsabilidade esta diretamente ligada ao vínculo que liga determinada unidade de saúde, sua equipe e seus profissionais, com uma determinada população e determinados usuários.

É perceptível como a noção de responsabilidade ganhou então importante espaço no campo da Saúde, tomada como a via para lidar com a alienação e afastamento dos trabalhadores de seu objeto de trabalho. Procurando delinear os discursos e práticas quanto à mesma no campo mais específico da Saúde Mental, Silva (2005) aponta em concordância com Campos os três pontos distintos em que estratégias e novos dispositivos operariam no sentido de produzir desalienação e responsabilização, que seriam: dos serviços por seu território e população adscrita; dos trabalhadores por seu processo de trabalho e sua produção; dos usuários por sua posição de sujeitos. Este último ponto poderia se referir à apropriação dos pacientes por seu próprio processo de adoecimento e conseqüentemente por seu tratamento, mas em seu texto fica bastante claro o quanto a responsabilização ainda atinge com maior intensidade os demais atores – profissionais, familiares, comunidade e etc – do que os sujeitos em tratamento, de certa forma ainda considerados tuteláveis, irresponsáveis e irracionais, cujo discurso não merece igual crédito e que não pode falar por si mesmo. De certa forma, Silva aponta então que a descentralização da gestão, que passou a encarregar mais estados e principalmente municípios, e a territorialização da assistência que ampliou a quantidade de serviços e equipes de saúde mental, aproximando-as das populações atendidas, parece ter feito com que a responsabilização tenha sido entendida, em parte, simplesmente como a transferência dos cuidados do paciente para seus familiares e comunidade.

A partir do trabalho de campo realizado, percebe-se que, no campo da Saúde Mental, esse apelo tem assumido a forma de uma **convocação à responsabilidade** dos atores sociais envolvidos no cuidado. Profissionais, familiares, vizinhos e todos aqueles que cercam ou estão vinculados ao portador de transtorno mental são convidados, de diferentes maneiras, a tomar para si uma parcela do encargo pela assistência. As parcerias e as redes de suporte social têm sido maneiras pelas quais se procura construir outro destino social para o louco que não a internação ou o abandono. (SILVA, 2005, p. 128)

Em outro texto, Silva (2007) chama a atenção para como a implicação, tanto de trabalhadores como de pacientes, em alguns casos é entendida somente como a adesão e comprometimento com as prerrogativas e discursos das reformas Sanitária e Psiquiátrica, sem qualquer relação com seus próprios interesses, que motivam a trabalhar nestas instituições ou procurá-las como apoio para seus desconfortos e sofrimentos. A partir das considerações deste autor, parece haver neste ponto a indicação de uma dificuldade de conciliação e coexistência de diferentes interesses em uma mesma instituição, sendo então importante atentar se neste aparente conflito uns se impõe e suplantam outros.

Considerando então a ligação próxima entre os conceitos de território e de responsabilização, parece necessário diferenciar destes o de implicação, sempre necessariamente subjetiva. O conceito de Implicação parece tocar nos dois pontos simultaneamente, implicação com seu trabalho e com o resultado do mesmo, com o que se deseja e espera deste, e também implicação no vínculo com aquele que se coloca para o tratamento e também tem expectativas e interesses quanto a este.

Lourau (in ALTOÉ, 2004), analisando os diversos movimentos reformistas pós década de 1960 e suas conseqüências atuais, procura distinguir a implicação de uso que chama de “voluntarista”, “utilitarista”, que seria entendida como uma avaliação do grau de comprometimento com uma tarefa ou instituição, o gasto de tempo ou financeiro, o grau de “ativismo”, de comprometimento com instituições, movimentos sociais e ideologias, e mesmo o investimento afetivo nestes. “A implicação é um nó de relações: não é “boa” (uso voluntarista) nem “má” (uso jurídico-policial). A sobreimplicação, por sua vez, é a ideologia normativa do sobretrabalho, gestora da necessidade de “implicar-se”.” (LOURAU in ALTOÉ, 2004, p. 190). Penido (2015) retomando este conceito de Lourau e aplicando-o ao campo da Saúde reforça que não pode ser tomado como sinônimo de engajamento ou envolvimento, como se pudesse estar ou não presente, como se fosse possível estar

“desimplicado”. Parece-nos antes que o contrário de implicação é a alienação quanto à implicação, o não querer saber nada sobre isto. Portanto, falar em implicação é sempre falar em análise de implicação, em encontrar formas de explicitar os diferentes modos de implicação, os interesses, afetos, saberes e poderes em circulação, estes sim sempre presentes, e que não podem ser mensurados. E se trata ainda de analisar as implicações, dada a complexidade de todos os fatores – afetivos, econômicos, políticos, ideológicos e etc – que incidem sobre os sujeitos em sua relação com a instituição. Este é, portanto local onde prioritariamente se articulam conflitos e necessidades de grupos e indivíduos, local de inevitáveis contradições, sendo então a instituição tanto as normas instituídas que visam a regulação das relações sociais, como as tentativas instituintes de transformá-las (Penido, 2012). Como resultado da análise das implicações, L’ Abbate (2003) e Penido (2012) apontam a importância do método socioanalítico nas instituições como forma de ampliar a capacidade de autoanálise das equipes, aumentando também a capacidade de promoção de mudanças nas práticas cotidianas e na organização do processo de trabalho.

Lourau (1996) distingue basicamente duas formas de implicação que podem ser analisados em três diferentes níveis. A primeira é a implicação institucional que designa o conjunto das relações do sujeito, ou ator como nomeia Lourau, com sistema institucional, de forma consciente ou não, notadamente sob a influência tanto de forças que tendem a reforçar as pequenas divisões e diferenças de interesses dentro dos grupos com potência de ação instituinte, como também da própria ideologia que reforça a unidade e coesão do mesmo e a estabilidade do instituído. A segunda, nomeada como implicação prática, designa as relações reais e cotidianas do sujeito com a base material das instituições. Os três níveis de análise destas duas formas de implicação são sintagmática, a paradigmática e a simbólica, que compreendem, respectivamente: a relação dos grupos com as instituições e de sua prática imediata nestas; o conhecimento organizado e a possibilidade de sistematização que promove a reflexão do já adquirido; as normas de organização e regulação das relações sociais de modo geral, que se fazem presentes também na materialidade das relações institucionais.

Já Barbier (1985) distingue três níveis inter-relacionados de implicação: psicoafetiva, histórico-existencial e estrutural-profissional. A implicação psicoafetiva é relativa a atualização da dependência infantil na relação com os líderes, tomando

em consideração a agressividade e o desejo de saber próprios do erotismo anal. Barbier destaca a existência de uma ligação com as relações de poder, principalmente nas relações com os objetos de pesquisa-intervenção, seja para a pesquisa acadêmica ou intervenção clínica, colocando em questão o interesse e prazer obtido pelo pesquisador/trabalhador nesta ação. Já nível histórico-existencial diz respeito ao interesse do próprio pesquisador/trabalhador por seu trabalho e seu objeto de pesquisa/intervenção, naquilo que, como acentua Barbier, toca sua própria existência enquanto sujeito histórico e com determinado pertencimento de classe social. Há aqui uma conjunção então do que seria um projeto particular do pesquisador/trabalhador com um outro projeto mais amplo, social e coletivo, colocando a necessidade de uma formação de compromisso enquanto possibilidade de ação e constituição dialética da realidade e da história.

A implicação histórico-existencial, no fundo, significa que, enquanto ser social, o sujeito questionador estará sempre numa relação dialética com o objeto questionado através do canal essencial da práxis. A existência, a práxis e o projeto do pesquisador partem da história, passam pela história e voltam à história em seu vasto movimento de totalização dialética. Interrogar a implicação histórico-existencial do pesquisador é o mesmo que esclarecer a transversalidade histórica e mediatizada que estrutura e dinamiza o conjunto de seus projetos proclamados, de suas práticas em andamento e de seus produtos realizados. Na minha problemática, esse nível de implicação constitui o elemento fundamental de toda a reflexão crítica sobre a minha prática social, é aprofundando esse nível de implicação que se pode interpretar com o máximo de objetivação o impacto psicoafetivo e o impacto estrutural-profissional presentes na pesquisa-ação. (Barbier, 1985, p. 116)

Por último, o nível de implicação estrutural-profissional constitui-se como forma de mediação por excelência atualizada na atividade profissional, que permite avaliar nesta os dois níveis anteriores na constituição do papel social de uma determinada profissão, na procura dos elementos que lhe dão sentido, coerência e coesão no campo social.

Portanto, é possível perceber que há uma transformação importante entre os conceitos de implicação e sobreimplicação. De um conceito surgido como forma de ampliação dos conceitos freudianos de transferência e contratransferência a situações coletivas e como método de explicitação e análise dos diversos interesses, posturas éticas e políticas dos atores envolvidos em determinado campo ou instituição, a implicação passou a ser entendida e utilizada como uma convocação a adesão, à identificação a determinada instituição ou discurso. Lourau aponta que ai

ocorre uma apropriação mercadológica dos interesses e posicionamentos éticos e políticos dos sujeitos e de suas identificações, mais ou menos induzidas, às instituições. Este seria então o vínculo entre subjetivismo e instrumentalismo, alienando o que seria inicialmente uma demanda particular de cada sujeito em uma convocação institucional que os recoloca em uma posição passiva, obediente e alienada, mesmo que ativista, mesmo que caracterizada como um intenso engajamento e comprometimento, mas já aí passível de rentabilização, de produzir “cash-flow”, ainda que em contrapartida produza também estresse, doença e morte. De certa forma então, talvez como que um revés imprevisto dos movimentos políticos e politizadores, a sobreimplicação também produz alienação subjetiva tanto quanto a organização taylorista clássica descrita anteriormente. Porém através de uma estratégia inversa, inibe a análise da implicação dos envolvidos ao convocá-los a aderir ao ideal institucional, já induzindo interesses, posicionamentos políticos e éticos. Penido (2015) aponta que a sobreimplicação, como uma crença inquestionável, com importante apego ao saber e às normas que dele derivam, atrapalham a criação de espaços de interlocução horizontais. No caso do apoio matricial citado no texto da autora, impede que surja o saber da ESF sobre o caso em discussão nas reuniões de apoio matricial em Saúde Mental; no caso do atendimento direto a pacientes de saúde mental impede o surgimento do saber destes mesmos pacientes quanto a seu processo de adoecimento.

Então, a alienação tem de ser considerada um produto muito importante destes discursos, pois tem como uma de suas conseqüências a alienação subjetiva inicialmente de trabalhadores e, como conseqüência, também dos pacientes posteriormente. Costa-Rosa (2013) aponta a desvinculação dos fins ideológico/imaginários, da função social do trabalho e de seu produto, tanto junto ao trabalhador como do pesquisador moderno como efeito da crescente divisão e especialização do objeto e das práticas e métodos de ação e pesquisa.

Especificamente na Atenção ao sofrimento psíquico a divisão do trabalho na versão taylorista engloba a um só tempo a fragmentação do processo de trabalho, a divisão entre trabalho dirigente e executor e a hierarquização das relações dos produtores entre si e desses com os sujeitos do sofrimento. (COSTA-ROSA, 2013, p. 138)

Este é um dos aspectos dificultadores para uma maior integração entre as disciplinas que compõe as equipes multiprofissionais, tendo cada uma se

identificado e erigido a partir de um aspecto cindido do objeto, porém tomando-o por sua totalidade. Esse reducionismo ao aspecto técnico dos saberes e processos de atenção exclui suas implicações políticas e subjetivas. O que é ainda mais complexo tratando-se do que é produzido em instituições de Saúde e de Saúde Mental: “*As instituições de Saúde, mais ainda as de Atenção ao sofrimento psíquico costumam ter destacada sua inclusão na esfera da ideologia e não na da produção.*” (COSTA-ROSA, 2013, p. 137). Costa-Rosa enfatiza nas instituições de Atenção ao sofrimento psíquico a tendência de efetuar a reprodução das relações dominantes de produção e de subjetividades serializadas e não singularizadas. Isto é fundamental para destacar a característica essencialmente ideológica e subjetiva do “produto” na Saúde Mental, onde ainda, diferente de outros, a produção material, ideológica e subjetiva coincidem; bem como o sujeito que produz, o ato da produção e o consumo de tal produto. Para este autor, não é possível separar a produção de saúde da produção subjetiva, considerando a existência e importância do trabalho psíquico, reconhecido ou não pelos agentes institucionais, ali onde há sofrimento psíquico. Saúde enquanto objetivo de produção da instituição seria então a possibilidade do sujeito produzir continuamente os sentidos de que necessita, através dos quais se reapropria de um saber sobre si do qual estava anteriormente alienado. É importante frisar que o mesmo é válido para os trabalhadores dos serviços substitutivos, não sendo possível que este tipo de trabalho seja conduzido de forma alienada, sem que seja produzido sentido singularizado em sua obra. De outra forma estaria simplesmente reproduzindo as relações hegemônicas de produção. Portanto a indistinção entre produzir e produzir-se, geralmente muito bem velada em outros espaços de trabalho, aparece de forma mais clara quando se trata do processo de Atenção em Saúde Mental, em que o objeto produzido é a própria subjetividade.

Instalando-se, portanto na esfera da produção de subjetividade, fica facultado aos serviços operarem conforme o modo hegemônico de produção, ou segundo outro, singularizado. O destino do produto e do consumo em cada um dos casos é radicalmente diferente, tendo em consideração a possibilidade de sua apropriação como mercadoria, tal como o produto de qualquer trabalho, seja por seu valor de uso ou valor de troca, ou seja, pela realização indireta – consumo de medicações, procedimentos e etc – ou direta da mais-valia – reprodução da subjetividade hegemônica. Costa-Rosa ressalta ainda que é na esfera do consumo,

principalmente de diagnósticos e medicamentos, que operam como produção de sentidos hegemônicos contrários aos singularizados que podem vir a ser produzidos pelo próprio sujeito, que as instituições de Saúde suavizam muitas vezes conflitos e impasses sociais/subjetivos, originários da esfera da produção.

Não parece haver dúvidas de quem se apropria do excedente produtivo nesse caso. Uma vez que se trata de somar do lado da reprodução do instituído, a apropriação acaba do lado dos interesses sociais dominantes na instituição, nesse caso representados pelo próprio Estado (como Estado de classe). Na versão taylorista do trabalho interprofissional, seja na esfera pública, seja na esfera privada, também é sempre o intermediário que leva a melhor. A **expropriação** fica sempre do lado dos sujeitos do sofrimento e dos trabalhadores da instituição. (COSTA-ROSA, 2013, p. 139)

Portanto, retomando a organização e os processos de trabalho atuais frente a intenção taylorista de tratar o trabalhador como instrumentos, destituídos de vontade e de projeto próprio, que não podem almejar e desejar nada de seu trabalho além de seu salário, fica claro como a expropriação da implicação subjetiva decorre da exclusão da dimensão desejante do sujeito, seja ele o trabalhador ou, por consequência, o paciente. Porém ao invés da inibição do desejo se dar através de sua interdição, como uma tentativa de impedimento do processo de atualização nos investimentos atuais renovadores de outros sentidos históricos dos sujeitos, trabalhadores e sujeitos do sofrimento, a alienação se dá pela incitação ao desejar como querer, porém um querer voraz devidamente orientado a objetos e sentidos já bem constituídos no campo do consumo. O sentido do trabalho e o produto almejado estão assim sempre dados a priori, não havendo espaço nem para o trabalhador e nem para o paciente colocarem-se de forma ativa e criativa neste processo, barrando e inibindo a contínua produção de sentidos necessária a cada sujeito em seu processo de produção subjetiva. Parece então que tanto Costa-Rosa como Lourau, este último a partir do conceito de sobreimplicação, enfatizam a possibilidade de instauração de uma lógica hegemônica capitalista de produção mesmo nas instituições consideradas substitutivas e seus dispositivos de ação e intervenção, que tenderiam a conduzir e orientar os processos de trabalho para a produção de objetos diretamente ligados ao universo do consumo, da mais-valia e ao valor de troca, e não seu valor de uso para os próprios sujeitos do sofrimento.

## Equipes e Profissionais de Referência

Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários. (CAMPOS, 1999, p. 395).

Os CAPS se organizam então a partir de diferentes dispositivos que procuram remodelar as diversas relações que se dão neste espaço: trabalhadores e instituição; entre os próprios trabalhadores; dos trabalhadores com os usuários do serviço. A horizontalização das relações, como uma forma de constituir espaços de diálogo e interlocução entre todos os envolvidos e também dar consequências às diferentes demandas, é um princípio para tal reformulação, a ser trabalhado e aprimorado em dispositivos institucionais tais como reuniões de equipe, assembleias gerais, atividades de apoio matricial, e mesmo nos espaços de contato direto com os sujeitos do sofrimento que procuram apoio nos serviços.

Os arranjos de Equipe e Profissional de Referência surgem com o intuito, entre outros, de favorecer a formação de vínculo entre os agentes das unidades de saúde e a população que dela se utiliza. Campos (1999, 1997) elabora quanto à influência da organização institucional e dos processos de trabalho sobre o modo como os trabalhadores realizam e se implicam em suas atividades, e por fim nos resultados pretendidos e obtidos.

A recuperação da prática clínica assentada no Vínculo é a maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional. O médico, o psicólogo, o fisioterapeuta, todos passariam a ser responsáveis por um determinado número de casos. Integralmente responsáveis. Responsáveis, inclusive, pela busca externa de apoio, interconsultas, internação, exames complementares, intervenções terapêuticas mais pontuais e etc. (CAMPOS, 1997, p. 235)

Como diretrizes para a superação deste modelo, o autor propõe que as ações em saúde sejam organizadas e realizadas priorizando o vínculo **terapêutico** entre os trabalhadores e a população assistida, a transdisciplinaridade dos saberes e das práticas, e a gestão colegiada. Neste trabalho nos interessa particularmente a função, o manejo e a sustentação do vínculo enquanto instrumento terapêutico nas práticas cotidianas.

Ante a fragmentação das práticas e do próprio sistema de saúde, a integralidade das ações de saúde passa a ser uma das bases de reorientação implementadas a partir da constituição de 1989. A reorganização do trabalho em equipes de referência interdisciplinares apresenta-se como um método tanto para reorientar a vinculação desta com os usuários para o favorecimento de maior responsabilização, mas também para o aumento do coeficiente de integralidade do cuidado. Assim ao mesmo tempo ainda auxiliaria no deslocamento do foco da doença para o sujeito. (FURTADO 2007, MIRANDA e CAMPOS 2008, MIRANDA e ONOCKO-CAMPOS 2010)

Nos textos consultados, Equipe de Referência e Profissional de Referência não aparecem bem discernidos, separados, estabelecendo relações entre si e tendo funções e responsabilidades específicas. São quase sempre citados de maneira conjunta ou ambígua, “equipes de referência” e “profissionais de referência”, como se funcionassem da mesma maneira e tivessem os mesmos papéis. Nos diversos textos a discussão sobre as práticas do Profissional de Referência são abordadas como que implícitas àquelas das Equipes de Referência devido a certa parte da incumbência destas que não são possíveis de ser levadas a cabo sem a presença dos primeiros, já que na maioria das situações seria impossível que toda uma Equipe de Referência conseguisse se vincular estreitamente a todos os seus pacientes de referência para co-construir seus Projetos Terapêuticos Singulares, acompanhá-los, avaliá-los e redefini-los no decorrer do tempo. A presença específica do Profissional de Referência se faz então, ao menos em parte, por necessidade da situação, em parte, mas não apenas, uma forma mais ágil e simples para a definição dos responsáveis por determinadas ações. Outro fator que parece influenciar certa facilidade para a presença deste arranjo nos serviços de Saúde Mental é própria forma de trabalho historicamente construída e característica de algumas profissões deste campo, tais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, e mesmo psiquiatras, que já tem em suas práticas a maior aproximação e regularidade nos encontros com os pacientes. Então, por um lado parece realmente difícil separá-los, pois suas funções são muito semelhantes e compartilhadas, tais como a discussão, planejamento e acompanhamento do PTS, e ainda a realização de determinadas atividades terapêuticas a partir do mesmo. Mas também é possível perceber nitidamente como os Profissionais de Referências mantêm um vínculo terapêutico consideravelmente

mais intenso e próximo com seu grupo de pacientes, e principalmente com alguns pacientes deste grupo, do que com os demais usuários de sua Equipe de Referência. Esta parece ser, pelo menos a princípio, uma função diferencial do Profissional de Referência, aquele que se engaja na aproximação e na dialética do vínculo, ou seja, na transferência, coincidindo inicialmente com a proposta basagliana de recolocar o sujeito/paciente e sua demanda no centro do tratamento. (CAMPOS 1999, FURTADO 2007, MIRANDA e CAMPOS 2008, MIRANDA e ONOCKO-CAMPOS 2010, CAMPOS 2003)

Vale ressaltar que, assim como Miranda (2009) já apontava em sua tese, a produção acadêmica relativa às Equipes de Referência permanece nitidamente mais ampla que a sobre os Profissionais de Referência. Porém em relatório publicado em 2008 o Ministério da Saúde apontava que o Profissional de Referência era o arranjo mais amplamente implantado nos CAPS, cerca de 49%, em relação as Equipes de Referência, implementadas em cerca de 31% das unidades.

Em um dos artigos que trata do Profissional de Referência, Furtado e Miranda (2006) apontam este como o dispositivo que prioriza a relação entre o trabalhador e o paciente, também responsável pela recuperação do olhar ampliado sobre este, e que ao mesmo tempo poderia ainda abrir espaço para expressões singulares dos próprios trabalhadores em suas formas de trabalho. Os autores também já expressam importante preocupação com a burocratização do trabalho deste profissional, método amplamente utilizado nas instituições psiquiátricas tradicionais para organizar o cuidado aos pacientes internados, e que notadamente promovia importante alienação de ambos os lados, nos pacientes quanto a seu tratamento e nos trabalhadores quanto à organização de seu processo de trabalho e ao produto do mesmo. Apontam como uma de suas funções principais a garantia da continuidade do tratamento e a construção de projetos terapêuticos a partir da clínica ampliada, *“opera mais no campo de competência e responsabilidade (constituído por responsabilidades e saberes comuns e convergentes a várias profissões ou especialidades), na fronteira de vários saberes, do que em seu núcleo de competência e responsabilidade”* (FURTADO e MIRANDA, 2006, p. 511). Este deslocamento dos núcleos disciplinares em direção ao campo comum de atuação é apontado como importante tanto para a ampliação da clínica como para a abertura para outros saberes.

A importância do vínculo neste dispositivo enquanto relação intersubjetiva é nítido:

Dentre estes arranjos consideramos o dispositivo ‘técnicos de referência’ (Campos, 1997) especialmente importante na medida em que provê contornos ao encontro entre o trabalhador de saúde mental e o usuário do serviço. Ou seja, um dispositivo localizado na interface entre as ofertas dos equipamentos substitutivos e as demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, marcado inevitável e necessariamente pela intersubjetividade (FURTADO e MIRANDA, 2006, p. 510)

Um dos efeitos esperados a partir do trabalho com o vínculo nos serviços substitutivos de saúde mental é a maior adesão ao tratamento. Para Silva (2007), responsabilidade e vínculo seriam conseqüências destas novas organizações de trabalho, da intensidade e freqüência dos encontros com os usuários, pelos diferentes objetivos que são colocados, como a melhora da adesão ao tratamento por exemplo. Não é feita nenhuma distinção se existiria alguma ordem causal entre tais elementos, mas parece que se aposta que a adscrição e vinculação de determinada população a certo grupo de profissionais produziria uma nova forma de se responsabilizar pelos casos e populações. Parece pertinente aprofundar e olhar com maior atenção para o tipo de responsabilidade que é criada a partir do vínculo estabelecido pela política de base territorial. Estabelecido o vínculo de responsabilidade do Profissional de Referência quanto a um grupo de usuários ou uma população, o autor aponta ainda o que parece ser um dilema entre duas formas de condução do trabalho por este trabalhador. O primeiro incidiria diretamente sobre o indivíduo, a partir dos métodos tradicionais de intervenção de cada núcleo profissional, tido como verdadeiramente clínico. O segundo descreve o que nomeia como caráter mais administrativo do trabalho por atuar apenas no entorno do paciente e não sobre ele diretamente, mas sim em suas relações familiares e no território; este não é citado como trabalho clínico.

Outros autores atentam para o sofrimento dos trabalhadores ante esta nova função e a proximidade de vínculo com os usuários. Silva e Costa (2010) apontam que, tratando-se de uma função de campo, é percebida uma ampliação das responsabilidades, de certo modo indefinida, para áreas externas à saúde e para além das competências técnicas em que os trabalhadores são formados.

(...) os trabalhadores ainda não sabem ao certo quais são as funções e responsabilidades de quem está exercendo a referência ou até mesmo quem pode exercê-la. A garantia é que, quando se alude a essa atuação, o

responsabilizar-se é visto de um modo mais intenso e diferenciado. (SILVA e COSTA, 2010, p. 643).

Campos (2000) define os conceitos de campo e núcleo de como certa oposição. Campo seria um espaço de limites imprecisos entre as disciplinas e profissões, que buscariam apoio umas nas outras para cumprir determinada tarefa, teórica ou prática; e núcleo seria a aglutinação de conhecimentos que compõe certa identidade profissional e disciplinar, com a produção de valores de uso.

Outros fatores como a centralização das tomadas de decisão neste profissional, a formulação, acompanhamento e avaliação do projeto terapêutico, a precariedade e falta de resolutividade dos serviços públicos de modo geral, e a demanda de maior disponibilidade, ante a referida ampliação das responsabilidades também são apontados como gerador de preocupações e tensões. A clínica também pode aí ser sentida como mais uma responsabilidade, na medida em que o trabalhador considera ter que encarregar-se também dos aspectos afetivos dos usuários.

Parece então que certas responsabilidades são trasladadas diretamente da Equipe de Referência para o Profissional de Referência, tais como a construção, acompanhamento e avaliação do projeto terapêutico, bem como diversas ações a serem realizadas junto ao usuário neste projeto. Isso parece apontar, como já foi mencionado antes, uma deficiência na diferenciação e na separação entre os Profissionais de Referência e as Equipes de Referência, que podem ocasionar sentimentos de invasão nos processos de trabalho. Mas ao mesmo tempo esta separação também tem de ser realizada de forma cuidadosa para não incorrer no afastamento e isolamento dos profissionais de uma mesma Equipe de Referência.

Existem poucas menções em trabalhos internacionais sobre o tema que abordem profissionais que exerçam funções semelhantes ao Profissional de Referência. Machado et al (2007) realizam uma revisão dos muitos estudos e pesquisas feitas acerca de dois dispositivos utilizados principalmente nos Estados Unidos que visam o trabalho inserção social, representação dos interesses do paciente junto a comunidade, promover o acesso a serviços necessários para a continuidade do tratamento após a alta hospitalar, procurando assim evitar novas interações, e que surgiram no contexto de desospitalização de pacientes ao longo da década de 1970. São eles o Programa de Tratamento Assertivo a Comunidade (PTAC) e o Gerenciamento de Casos. Programa de Tratamento Assertivo a

Comunidade constitui-se como a institucionalização de uma experiência anterior muito bem sucedida de tratamento comunitário, o *community treatment group* que, em comparação a assistência hospitalar, havia demonstrado maior eficiência na diminuição de reinternações e estabilidade sintomática, bem como no desenvolvimento de rotinas autônomas de vida e retomada de relações sociais por parte dos pacientes acompanhados.

O PTAC direciona-se para pacientes com doença mental crônica e grave que possuem história de internações repetidas, má qualidade de vida e dificuldade em se manterem estáveis a comunidade. Os autores descrevem os princípios do PTAC: oferecer ações de apoio, reabilitação e tratamento; praticar a atenção assertiva, mantendo a continuidade do tratamento; assumir total responsabilidade pelos clientes; ter baixa taxa cliente-terapeuta (cerca de 10:1); oferecer ampla gama de serviços/cuidados de modo flexível e individualizar as estratégias terapêuticas segundo as necessidades do paciente; atuar próximo aos pacientes; estar disponível 24 horas por dia; e oferecer assistência contínua sem limite de duração. (MACHADO ET AL, 2007, p. 211)

O gerenciamento de casos subdivide-se ainda de *agenciamento* ou *clínico*, sendo que ao segundo tipo se somam profissionais de maior qualificação técnica que além das tarefas já mencionadas também se colocam como “terapeutas primários”. Porém na prática tal distinção não é tão simples de fazer devido ao embaralhamento destas funções que, segundo as autoras, vêm tendendo cada vez mais para o perfil clínico da função.

Comparando os dois programas, as autoras apontam, a partir de Ziguras e Stuart (2000), que os dois são muito eficientes em reduzir a sobrecarga familiar e aumentar sua satisfação com o tratamento, bem como do paciente, amenizar os sintomas e reduzir as taxas de abandono de tratamento, aumentar o contato dos pacientes com serviços de saúde, melhorar sua inserção social e em reduzir a quantidade total de dias de internação; sendo que o PTAC foi superior ao Gerenciamento de Casos nos últimos dois quesitos. Estas diferenças podem ter relação com o diferente surgimento dos dois programas, o Gerenciamento de Casos surge como uma reforma e melhoria de serviços de saúde mental extra-hospitalares já existentes, tendo que enfrentar formas de trabalho já instituídas anteriormente; enquanto o PACT como um incremento de uma experiência essencialmente comunitária e que tem atividades em espaços comunitários e na própria casa dos pacientes em acompanhamento como práticas rotineiras. Em ambos os programas

há grande valorização da baixa taxa cliente-terapeuta, sendo apontado que quando esta relação ultrapassa a razão de 12:1 já há perda da eficiência do dispositivo.

É necessário apontar aqui uma diferença entre os pacientes em acompanhamento pelos profissionais dos programas Gerenciamento de Casos e PACT, que são exclusivamente pacientes psicóticos graves com importante dificuldade de inserção social, e aqueles que se encontram em acompanhamento pelos Profissionais de Referência nos CAPS que, conforme determina a portaria ministerial (BRASIL, 2001), são tanto quadros de psicoses como de neuroses graves, implicando uma maior diversidade de pacientes em atendimento.

Conforme apontado anteriormente, o sofrimento do trabalhador é um aspecto tido como importante nas novas configurações do trabalho em saúde mental. A respeito disso Ferrer (2007) descreve as diversas formas de entendimento sobre este sofrimento fazendo uma diferenciação bastante pertinente entre o sofrimento no trabalho e o adoecimento do trabalhador. A respeito do sofrimento, baseando-se em diversos autores, alguns de orientação psicanalítica, faz diversos apontamentos importantes.

Primeiro quanto a impossibilidade de se evitar o sofrimento enquanto condição fundante do sujeito humano em sociedade, devido por um lado às renúncias pulsionais exigidas pela vida em comum com outros seres humanos, mas também, em contrapartida, devido à impossibilidade de satisfazer plenamente as diversas exigências desta mesma sociedade. É, portanto na relação entre as demandas subjetivas de cada sujeito com as possibilidades de satisfação possíveis e ainda da necessidade de lidar com as demandas e normas culturais e sociais, que se coloca a questão tanto do sofrimento quanto da satisfação no trabalho. Outro ponto importante é a própria natureza do trabalho em saúde de ter como objeto a dor e o sofrimento, realizar seu objetivo muitas vezes através de tarefas desagradáveis e repulsivas, causando intenso desgaste físico e mental. O que geralmente leva a reações defensivas como a diminuição do tempo de contato com o paciente, a ritualização e burocratização das tarefas, e a fragmentação e desresponsabilização do processo de tratamento. Também os estudiosos do Burn Out apontam que o excessivo desgaste de energia e recursos do trabalhador podem levar a perda de sentido e de utilidade do trabalho, causando sensação de exaustão e sentimento de fracasso, e, ao final, distanciamento afetivo da tarefa e dos colegas de trabalho. Citando Kaes, Ferrer (2007) aponta a importância da instituição como

suporte imaginário das idealizações e identificações dos trabalhadores quanto a seu objeto de trabalho para que haja aderência narcísica à tarefa primária, e que na saúde a dificuldade de realização da tarefa primária se dá principalmente pela tendência da própria instituição em defender os trabalhadores da mesma, o que parece estar relacionado com sua natureza angustiante já citada acima. Porém essa idealização da instituição e a identificação a ela, ao mesmo tempo que pode protegê-los desta angústia, produz também a alienação do trabalhador quanto a suas demandas singulares.

O espaço de trabalho é então um dos expoentes mais importantes dos conflitos e contradições dos sujeitos, pois se apresenta uma das possibilidades de constituição de compromisso e satisfação entre suas próprias demandas e as da cultura e da sociedade. É, portanto favorecedor ao surgimento do sofrimento mais intenso e ao adoecimento psíquico aquelas instituições mais rígidas onde o trabalhador tem maior dificuldade de adaptar, criar e modificar o trabalho, de modo a colocar em ação também as suas necessidades e demandas subjetivas. Isto porque o objeto de trabalho, seu processo de produção, seu resultado e sua finalidade comportam importante satisfação narcísica para o trabalhador.

Porém, conforme aponta a autora, ao mesmo tempo em que o trabalho se constitui como espaço desta formação de compromisso, e, portanto local de constituição do sofrimento devido aos conflitos que presentifica, também é o local onde isto não pode aparecer, a não ser como adoecimento. Este ponto é especialmente importante quando se trata do trabalho em saúde mental, pois o sofrimento, tanto do paciente e em consequência também do trabalhador, encontram-se de forma muito menos velada neste tipo de instituição, tendo o segundo ainda a possibilidade de construir métodos defensivos para lidar com seu próprio sofrimento, enquanto o paciente encontra-se totalmente a mercê do seu. Porém, como veremos adiante, a forma como o trabalhador lida com seu sofrimento faz toda a diferença na forma como constrói tanto seu processo de trabalho como sua relação com seus pacientes.

Um apontamento que nos é caro de Ferrer (2007) quanto aos dados coletados é o sofrimento e angústia referidos pelos trabalhadores ante a delimitação pouco rigorosa dos limites profissionais e disciplinares nas práticas dos CAPS, tais como a função de profissional de referência, as discussões de projeto terapêutico,

acompanhamento longitudinal dos casos e outras atividades que ultrapassam os limites tradicionais dos núcleos profissionais.

### **Reabilitação Psicossocial, Clínica e Ética**

As diversas atividades realizadas nos serviços substitutivos de assistência em Saúde Mental foram englobadas inicialmente no campo da Reabilitação Psicossocial, dado o necessário e difícil processo de retomada da vida e atividades cotidianas com aqueles que há décadas estavam afastados destas devido às longas internações, mas também como uma forma de recusar a lógica excludente, medicalizante hierarquizante e individualista do discurso psiquiátrico (DEVERA, 2005).

Guerra (2004) relata o quanto são diversas, variadas e mesmo contraditórias tais ações, tanto nos serviços vanguardistas que surgiram do final da década de 1980 – CAPS Luis da Rocha e Cerqueira e os NAPS de Santos – como também nos que foram sendo criados após serem promulgadas as portarias ministeriais e a lei Paulo Delgado, no início da década de 2000. Porém a autora consegue agrupar tais ações e atividades em três modelos principais: Psicoeducativo, que objetiva a adequação entre indivíduo, família e comunidade a partir de métodos de aprendizagem de habilidades, comportamentos e respostas; Sociopolíticos ou Críticos, que entende a Reabilitação Psicossocial como rede de negociações com a idéia central de participação, orientada pela cidadania possível na psicose e pelo aumento do poder de contratualidade dos sujeitos; e de Orientação Clínica, que se norteia pela dimensão particular dos sujeitos quanto à linguagem e a cultura, bem como pela implicação destes nas respostas que constroem para as demandas que lhe chegam.

De modo geral as abordagens Psicoeducativas são rechaçadas tanto pelo modelo Sociopolítico pelo seu excesso de rigidez e dificuldade de consideração pelos contextos e sujeitos concretos, quanto pela abordagem Clínica que critica seu excesso de generalização e homogeneização, que desconsideram os aspectos subjetivos particulares de cada sujeito. Mas Guerra não deixa também de apontar as contradições entre os modelos Sociopolíticos e Clínicos, sejam na concepção de

autonomia, de clínica, ou nos objetivos que orientam tais ações, oriundas das diversas e divergentes influências que sofreram:

Evidenciam, por exemplo, influências da Terapêutica Institucional Francesa – centrada na perspectiva da ancoragem simbólica do psicótico na instituição de tratamento – que traz diferenças inconciliáveis em relação à tradição da Psiquiatria Democrática Italiana – que pressupõe a desconstrução de toda a estrutura sócio-simbólica e terapêutica da institucionalização da loucura (GUERRA, 2004, p. 86)

Estas contradições nos colocam em um ponto importante, que diz respeito à relação possível entre a construção de uma política assistencial que vise a sociedade de forma ampla, sustente a participação social e política, mas ao mesmo tempo não prescindia da capacidade atender e cuidar de cada sujeito em sua particularidade.

Campos (1996, 2007), em consonância com o a proposta basagliana, pontua que a *“reforma da clínica moderna deve assentar-se sobre um deslocamento de ênfase na doença para centrá-la sobre o Sujeito concreto, no caso, um Sujeito portador de alguma enfermidade”* (Campos, 1996, p. 3), sem que tal enfermidade assuma o lugar de representante total deste Sujeito, este seria o ponto de partida para a construção da Clínica Ampliada. Esta estaria, segundo o autor, em oposição a outras duas formas de organização e realização da atividade clínica: a clínica oficial e a clínica degradada. A clínica oficial vem sendo criticada por operar a partir de um importante reducionismo de seu objeto, limitando-o a seu aspecto biológico em detrimento de outros (sociais e subjetivos), incorrendo em uma crescente fragmentação deste mesmo objeto e das práticas que incidem sobre ele incidem, reduzindo as possibilidades de intervenção e a capacidade operacional de cada trabalhador. O enfoque excessivo sobre a doença promove importante desresponsabilização quanto a integralidade do paciente em tratamento. A clínica degradada se apresenta enquanto tal se comparada com a primeira, degradada em sua capacidade de lidar e resolver problemas de saúde, devido a interferências de outros interesses sobre a prática clínica, tais como os econômicos, corporativos ou ainda devido a desequilíbrios de poder político. É importante ressaltar que, tanto no caso do enfoque quase exclusivo na doença como na prática clínica excessivamente determinada por interesses externos, o que se exclui quase por completo é o interesse do próprio paciente sobre seu tratamento, sobre o que o faz procurar ajuda

e amparo nos serviços de saúde e o que espera conseguir ali, abrindo assim espaço para transformação de uma prática que tem por objetivo principal o valor de uso do paciente, em outra que prioriza o valor de troca ao incluir de forma prioritária interesses econômicos e de realização de mais-valia sobre a demanda de atenção e cuidado que é feita à unidade de saúde e seus profissionais. A proposta da Clínica Ampliada se coloca então como uma forma de estabelecer uma práxis que tenha em consideração os diversos interesses em jogo no ato clínico, procurando recolocar o Sujeito da demanda novamente no centro e abordá-lo de forma ampliada, junto a seu contexto de vida.

Retomando a prática dos Profissionais de Referência, Campos e Amaral (2007) apontam que a implementação da Clínica Ampliada visa a transformação da cultura institucional, sendo operacionalizada a partir de diversos conceitos e instrumentos, tais como Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular, Equipe de Referência, espaços de co-gestão. Ressaltam, no entanto que o Profissional de Referência tem papel fundamental na efetivação da Clínica Ampliada por esta preconizar o vínculo estável entre o paciente e a equipe de saúde, rompendo com a prática do contato esporádico e de diversos profissionais com o mesmo, que acarretavam transtornos à eficácia e eficiência dos tratamentos.

Colocar a doença entre parênteses é um ótimo exercício para quebrar a onipotência dos médicos, mas nem sempre ajuda o enfermo. Evita que sofra iatrogenia, intervenções exageradas, mas não, necessariamente, melhora sua relação com o mundo. Como ressaltar o Sujeito trazendo junto sua integralidade humana; humanidade que, no caso, inclui também distúrbios, sofrimentos, dores, risco de morte, doença enfim. (Campos, 1996, p. 3)

Tomar o Sujeito e seus interesses na prática clínica é uma outra forma de lidar com a onipotência dos profissionais de saúde, porém isto não se realiza de imediato ao se colocar a doença entre parênteses.

Tomando o caso específico das transformações operadas pela Reforma Psiquiátrica, Dunker e Kyrillos Neto (2004) apontam a ênfase que ganha a “inclusão social” a partir da identificação dos internos nos Hospitais Psiquiátricos com os que se encontram excluídos da sociedade de direitos, como uma

metonímia da exclusão praticada pelo próprio sistema que deveria habilitá-los como sujeitos. Metonímia, pois funciona como um caso representativo de uma estratégia de opressão maior, operada pelo Estado em relação aos

próprios sujeitos que nele deveriam se incluir (...) (DUNKER e KYRILLOS NETO, 2004, p. 118)

Funcionando como um antimodelo, passa a organizar-se pela completa negação e oposição do modelo anterior.

Desta forma, o sujeito da experiência da loucura, ao ser deslocado para a posição de usuário dos serviços de saúde mental, tem sua demanda revertida de demanda de cura para demanda de inclusão. Sua patologia é definida pela exclusão social concreta e não por uma nosologia neutra e transcendente. A localização de sua demanda não emerge do sofrimento psíquico individualizado, mas do sofrimento atinente à sua posição de classe. Como tal, sua demanda se objetiva em posições no universo do consumo e do trabalho, de onde a expressão usuário deriva. (DUNKER e KYRILLOS NETO, 2004, p. 119).

A inclusão social passa então a ser vista como a própria via de tratamento, e não seu resultado, e como se ali se realizasse a superação do modelo e do funcionamento anterior, operando através de sua simples e completa negação, de uma política de benefícios e da participação em movimentos sociais. A inclusão como imperativo passa a predeterminar o campo e as formas possíveis de compreensão do discurso do usuário, seus encaminhamentos e procedimentos, e mesmo sua cura, aqui já entendida fora do campo da relação com o sofrimento humano.

Nos moldes propostos pela psiquiatria democrática italiana, a inclusão social do paciente psiquiátrico seria obtida através da negação da lógica manicomial (transformação institucional), de uma política compensatória de benefícios e da participação em movimentos sociais. Tais práticas necessariamente ocupam um lugar suplementar ou substitutivo às antigas práticas clínicas. (DUNKER e KYRILLOS NETO, 2004, p. 120)

Em termos discursivos, como apontam Dunker e Kyrilos Neto, não há muita diferença do discurso psiquiátrico tradicional e não se constitui como uma práxis. Mas o autor ao mesmo tempo reconhece e aponta que tais práticas obtêm sucesso em determinados casos, sem deixar de apontar a tendência a medicalização também presente nestes. Segundo ele, a adesão ideológica pode ser sim a responsável pela estabilização de determinados quadros, da mesma forma como opera sobre estes pacientes o discurso religioso por exemplo. Isto é, o faz por em reenquadramento do discurso do paciente e de seu sofrimento dentro de algum outro universal de significação, portanto em uma lógica invertida e sem considerá-lo

em sua singularidade, portanto, fora da possibilidade de estabelecimento de laço deste discurso, já que não é a demanda formulada pelo sujeito que o implique no contexto em que se encontra. Para estes autores a formulação da demanda é fundamental para a produção do laço social.

Também elaborando quanto a questão da dificuldade de incluir o discurso do Sujeitos nas práticas de Saúde Mental, Onocko-Campos (2001) aponta que, diferentemente da experiência psicanalítica, que se dá pela escuta, o olhar é de vital importância tanto para o desenvolvimento da medicina geral, de bases anátomo-patológicas e morfológicas, como para a constituição da medicina social na América Latina que transforma as coletividades em campos de onde surgem visibilidades a serem investigadas pelas técnicas de screening. A escuta pode eventualmente até ser a do cidadão, do usuário enquanto sujeito político, principalmente de seu lugar de conselheiro quando eleito para órgãos colegiados. Mas a escuta do sofrimento enquanto encarnado em um determinado sujeito, como bem aponta a autora, ainda parece ser uma barreira de difícil transposição, tanto pelas práticas clínicas dos profissionais, individual ou coletivamente em equipes, como dos processos de planejamento e gestão mais amplos. A autora aponta então para a necessária revisão que a medicina e as demais profissões da saúde fizeram de seu papel social hegemônico em determinado momento histórico, no intuito de produzir uma prática que promova e auxilie na autonomização e emancipação de coletivos, porém gerou dificuldades para o olhar mais singularizado aos sujeitos e seu sofrimento.

Na nossa experiência, com supervisão institucional de vários serviços de saúde mental nos últimos anos, temos a impressão de que a doença não foi colocada entre parênteses, para recolocar o foco no doente, a doença foi negada, negligenciada, oculta por trás dos véus de um discurso que, às vezes, e lamentavelmente, transformou-se em ideológico. Nesta linha, é possível reconhecer no discurso de alguns membros da comunidade antimanicomial certa idealização da loucura, negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de sofrimento psíquico e minimização do verdadeiro sofrimento que se encarna nesses pacientes, por exemplo, no surto psicótico (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 102).

Onocko Campos (2001) faz dois apontamentos relacionando estes três aspectos: o planejamento, a clínica e os trabalhadores. “Se o planejamento em Saúde quer ser eficaz promovendo mudanças nos serviços, ele precisa, necessariamente, de uma interlocução com a clínica.” (2001, p. 100). Pouco mais adiante escreve ainda

É preciso resgatar para o Planejamento em Saúde uma preocupação fundamental com os sujeitos que trabalham nos serviços de saúde, com a finalidade de subsidiar um exercício profissional que estimule novas maneiras de subjetivação, e também uma preocupação com o desenvolvimento de uma reflexão sobre as modelagens clínicas que possam se constituir para as novas práticas. (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 100).

O que parece ficar explícito em suas colocações é que não é qualquer prática clínica que pode dar sustentação à Reforma Psiquiátrica e às transformações que esta propõe para os serviços assistenciais.

Colocar a doença entre parênteses como propôs Rotelli é diferente de excluí-la do campo do tratamento, como tem ocorrido com alguns discursos de produção de saúde por exemplo. Excluir a doença enquanto formação exclusivamente orgânica, de curso natural inalterável e que requer somente tratamento medicamentoso, não deveria excluir também, mas sim possibilitar, que a dimensão do sofrimento enquanto *pathos*, enquanto reconhecimento e cuidado com o sofrimento em sua dimensão subjetiva, pudesse alçar lugar de maior importância nos discursos e práticas e saúde, e principalmente em saúde mental. Mas o que torna tal operação tão difícil?

Desejamos destacar alguns entraves que identificamos neles, pois, pensamos, não se devem a uma concepção técnica sobre a organização do trabalho, mas a uma impossibilidade que se constituiu no intermediário das relações entre os sujeitos que ali trabalham e seu objeto de trabalho. Assim, coloca-se em questão a subjetividades dos que tratam, de sua inserção institucional, às ameaças narcísicas a que são submetidos pelo próprio fato de trabalharem com pessoas em sofrimento psíquico. (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 103)

Trabalhando as formas de relacionamento dos Profissionais de Referência com seus pacientes, Miranda (2009) indica que o posicionamento ético do trabalhador de saúde mental é fundamental para o desenvolvimento desta função de forma que produza confiança e bom vínculo. A escuta dos pacientes, exercida de determinada forma e a partir de um lugar subjetivo específico é apontada por parte dos sujeitos de sua pesquisa como mais eficiente para a vinculação dos usuários ao serviço e para o desenvolvimento do tratamento. Em suas palavras:

Trata-se, portanto, da idéia de ética enquanto um lugar a partir do qual se desenvolve a fala para outro e a escuta dele. **Note-se que, com essa**

**concepção, deixa-se de enfatizar um caráter normativo e punitivo, geralmente atribuído à ética, para se tratar de um espaço de regulação e consideração consigo e com o outro.** Esse lugar delimita a possibilidade do convívio acolhedor (embora nem sempre tranquilo) com a alteridade, com o inesperado e com tudo aquilo que não encontra lugar harmônico nos nossos códigos lógicos e morais. Nesse sentido, segundo Figueiredo (2004), a ética seria o grande sustentáculo da clínica psicológica, pois determina seu compromisso “[...] com a escuta do interdito e com a sustentação de tensões e conflitos [...] (ibidem, 2004, p.63).” (MIRANDA, 2009, p. 258)

Encontrar alguma forma de reconstruir o vínculo de trabalho de modo a evitar o citado caráter normativo e punitivo é de fundamental importância, tendo em vista serem estas partes importantes do discurso médico-psiquiátrico hegemônico. Assim seria possível dar valor e situar como foco do trabalho “o amor a verdade do paciente”, expressa sempre em seus sintomas, sonhos, delírios e alucinações, posição ética apontada por Freud (ANO) quando de sua análise da auto-biografia do Presidente Schreber. Isto exige que o trabalhador seja capaz de se posicionar de modo que as peculiaridades do paciente sejam o principal nesta relação de tratamento (Miranda, 2009).

Sobre tal posicionamento, Miranda e Campos (2012, 2013) apontam a importância que os pacientes relatam em serem acompanhados pelos Profissionais de Referência em suas atividades cotidianas para o estabelecimento de um vínculo mais próximo e de maior confiança, oferecendo suporte para novas vivências e estando disponível para a mediação de conflitos do cotidiano. Mas as autoras percebem também certa dificuldade destes profissionais em distinguirem a pertinência de sua própria presença nestas atividades e quando já possível, e mesmo recomendável, que se distanciem, tanto para não se colocarem de forma invasiva como também para estarem disponíveis para recolher pela escuta a experiência de seus pacientes e seus efeitos. Este movimento de presença e ausência junto aos pacientes constitui o que as autoras chamam de “olhar narrativizante”, que se constitui como a devolução narrada pelo profissional, a necessidade de receber do outro o reflexo de sua própria imagem. A dificuldade na sustentação de tal posição relacional junto aos sujeitos em tratamento poderia incorrer na colocação das demandas e necessidades dos próprios profissionais, podendo levar então a práticas invasivas e tutelares, que não contribuem para que os sujeitos tenham espaço para relatar suas próprias experiências e delas se apropriarem. Este distanciamento e abstenção de julgamentos e juízos de valor é

apontado como importante para a formação do vínculo, mas que não deve ser confundida com indulgência, complacência ou excesso de boa vontade para com o paciente. Ao mesmo tempo não pode impedir os profissionais de se preocuparem verdadeiramente com aqueles sob seus cuidados.

Costa-Rosa (2011) ao analisar os discursos éticos presentes no campo da Atenção Psicossocial constata a importância de uma ética que não se restrinja a uma única especialidade, que não seja simplesmente um código de ética, mas sim que seja interprofissional, que possa transitar entre as diversas disciplinas que atuam no campo da Saúde Mental. Aponta também que, ainda que com diferenças quanto ao conteúdo e nas formas propostas de relação com o usuário e sua demanda, dentro da tendência à “humanização” deste contato, em sua ampla maioria os discursos presentes no campo da Saúde Mental mantêm os pacientes enquanto seus objetos, e não sujeitos de seus próprios discursos. Assim, em continuidade ao que este mesmo autor havia proposto quanto a considerar as ações em saúde como processos de produção e também quanto ao destino do que é produzido, é fundamental a consideração do paciente como o principal trabalhador de seu tratamento, no intuito de que ele possa ao final se responsabilizar, se apropriar e usufruir o que é produzido.

Quando tomamos os discursos para além de sua consistência de enunciados, como laços sociais – como estruturas produtivas e modos de produção – as transformações discursivas podem ser tomadas como revoluções de discurso, e dizem respeito às possibilidades de mudança dos diferentes modos de organizar o processo de produção. (COSTA-ROSA, 2011, p. 750)

Portanto o mote da participação do paciente na organização do processo de produção tem de se dar para além de sua entrada nos órgãos colegiados de gestão e nas assembleias abertas. É de fundamental importância também sua participação no planejamento de seu próprio tratamento, sendo ele o detentor do saber fundamental a este processo. Este é um dos pontos a partir dos quais pode ser desfeita a cisão entre o subjetivo e social, possibilitando a circulação do sujeito a partir de sua demanda em diversos espaços do serviço, onde o tratamento possa operar então pela produção e criação de novos sentidos. Portanto, para Costa-Rosa, o protagonismo de um sujeito que se coloca em um espaço coletivo de gestão, é o mesmo e tem o mesmo mote daquele que reivindica escuta em um espaço singular

de tratamento. Mas para que este protagonismo tenha espaço e seja possível trabalhar a alienação do paciente em seu sintoma, é necessário deslocar o trabalhador de sua própria posição alienada de “mestre supridor suposto”. Tal posição é resultado da suposição equivocada inicial do sujeito do sofrimento, mas que pelo reconhecimento do trabalhador pode novamente assumir o protagonismo em seu processo de tratamento.

A ética da clínica na Atenção Psicossocial, tal como proposta, exige que a “cura” seja entendida, no sentido heideggeriano (Sorge) recortado por Lacan (2005), como retomada da possibilidade de “cuidar-se”, isto é, de produzir continuamente o sentido necessário, em resposta às solicitações da realidade cotidiana, simultaneamente objetiva e subjetiva. (COSTA-ROSA, 2011, p. 751)

Podemos então perceber que há uma ligação próxima entre a alienação do sujeito em seu sintoma subjetivo, a alienação no trabalho e o trabalho material/subjetivo em si. A proposta de Costa-Rosa, orientado pela psicanálise de Lacan, é que a instituição possa organizar-se de forma a devolver ao sujeito da demanda a escolha e o protagonismo em sua relação com seu adoecimento, levando em consideração a especificidade do saber inconsciente e a produção de sentido decorrente como corte no instituído, levando enfim a necessidade da suspensão dialética de qualquer saber enciclopédico-pedagógico-cuidador.

Figueiredo (2004) aponta uma via de deslocamento do trabalhador da posição de detentor de tal saber e, por consequência, recolocar a fala do paciente no lugar de maior importância. Segundo a autora, a própria proposta de psicopatologia na Psicanálise de Freud já pressupõe uma posição diferente da mera descrição fenomênica dos quadros, procurando elucidar também sua dinâmica e sua estrutura. Figueiredo escreve a partir também de outros questionamentos bastante pertinentes, como quais seriam as contribuições da Psicanálise aos campos da Psicopatologia e da Saúde Mental, como operar tais contribuições em um trabalho com base nesse referencial para trabalhadores que não tem qualquer compromisso com a formação em Psicanálise. Uma destas contribuições se refere ao estatuto, função e importância do sintoma para o paciente e para a instituição, o também mudaria o eixo e a condução dos tratamentos, pois, diferentemente da psiquiatria, para a psicanálise o sintoma não deve ser eliminado, pois com ele e através dele que se apresenta o sujeito do inconsciente.

(...) se não evocarmos o sujeito com sua palavra e sua responsabilidade desde o primeiro momento, se só o tutelarmos, estaremos decretando o fracasso da clínica e de qualquer transformação na psiquiatria. (FIGUEIREDO, 2004, p. 78)

Ao evocar o sujeito e sua responsabilidade por sua fala, mesmo que delirante, Figueiredo aponta para a necessidade de outra forma de escutar o sintoma e da criação de novos métodos clínicos. Um destes métodos é que denomina *construção do caso clínico*, que seria uma forma de arranjar os elementos recolhidos até certo ponto do tratamento de um determinado caso, visando uma conduta. Mas é também uma forma de compartilhar estes elementos em um trabalho em equipe, independente das formações disciplinares dos trabalhadores envolvidos. Então, uma das funções da construção de caso é fazer surgir a posição subjetiva de fala de determinado paciente, sua posição de enunciação, como algo que está para além do próprio enunciado, pois isto é o que marca a posição deste sujeito na relação com a equipe do serviço.

Para Figueiredo, não haveria qualquer tipo de contradição entre a reabilitação psicossocial e clínica, apontando que a primeiro só tem chance de sucesso quando se orienta pelo estilo do sujeito tomado em tratamento, quando é sua fala e sua posição subjetiva de enunciação que orienta a construção do PTS, o que rompe diretamente com qualquer posição de saber e de autoridade da própria equipe. Este pode ser também uma forma de lidar com a tendência às ações educativas. Com a construção do caso clínico, com o direcionamento do trabalho das equipes de saúde mental para os pacientes, a autora também aposta na dissolução de defesas e funcionamentos narcísicos que ocorrem em quaisquer grupos de trabalho. Portanto, o trabalho de construção do caso clínico é essencialmente um trabalho de equipe, de grupo de trabalho, e não um trabalho individual, que possibilita que a circulação do sujeito pela instituição e os contatos e vínculos que vai fazendo, possam ser articulados de modo a evidenciar sua posição subjetiva e orientar a equipe nas condutas de seu tratamento.

## **OBJETIVOS**

Considerando então que em nossa revisão bibliográfica, confirmando o que Miranda (2009) havia encontrado em sua tese de doutorado, constatamos a escassa produção quanto ao trabalho do PR. E ainda também verificamos há pouca produção sobre o tema da vinculação em Saúde Mental, que diferencie o vínculo originado da referência territorial das ERs daquele que se constitui ao longo do tratamento realizado nos CAPS a partir do contato do sujeito do sofrimento com os trabalhadores das unidades.

É então o objetivo deste trabalho expor e analisar as concepções dos PR quanto a seu trabalho nesta função nos CAPS, bem como o modo como desenvolvem as diversas atividades desta função. Ao mesmo tempo também objetivamos estabelecer diferenciações nas formas de vinculação destes profissionais junto aos sujeitos do sofrimento e as consequências de cada uma delas.

## **METODOLOGIA**

### **A Implicação do Pesquisador**

Meu interesse pela saúde mental e pela saúde coletiva começou já na época de faculdade. Meus estágios curriculares e extracurriculares, bem como meu trabalho de iniciação científica foram logo direcionados para estas áreas, e tive pouco contato com outras a que a Psicologia pode também se dedicar. Acho que a perspectiva de um trabalho menos individualista e que também visasse romper este tipo de funcionamento sempre foi algo que me atraiu, tendo em vista que minha intensa vivência comunitária nos anos de escola. Outro ponto que me interessava no trabalho em saúde mental relacionado, também, a minha vivência escolar é o uso de linguagens artísticas como formas de tratamento, onde vi uma forma possível de aproveitar o extenso aprendizado nesta área.

Tenho que admitir que o campo da clínica ficou um pouco de lado neste momento e foi pouco trabalhado. Meus estágios e outros trabalhos nesta época foram mais direcionados para a história, formulação e implementação das novas

políticas para as áreas da saúde e saúde mental. Pouco estudei as teorias que fundamentavam e explicavam o funcionamento dos dispositivos clínicos que encontrávamos – e até mesmo praticávamos – nos serviços substitutivos de saúde mental. Mesmo durante o ano de pós-graduação, já na UNICAMP, esta área foi pouco explorada, mas é neste período que este interesse começa a se colocar de forma mais acentuada.

Mas foi com minha entrada como trabalhador de uma Unidade Básica de Saúde em Campinas que colocou definitivamente e de forma clara a questão de minha eficácia e eficiência como profissional clínico. Algo que de certa forma ficava mais velado e disfarçado na dinâmica coletiva do CAPS, na clínica coletiva da instituição em que o paciente se expunha a intervenções de diversos profissionais, não tinha como não ser visto neste novo espaço de trabalho que a condução dos tratamentos dependiam quase que exclusivamente de minha atuação. Isto não era percebido tanto por meus colegas, que muitas vezes desconheciam a forma de trabalho da saúde mental e dos profissionais com esta formação, bem como quais resultados poderiam ser esperados dos tratamentos que empreendíamos, mas principalmente por mim mesmo, que passei a me importar cada vez mais com a evolução dos pacientes por mim atendidos, fossem eles adultos, crianças ou idosos, usuários de SPA, “poliqueixosos” ou “hiperativos”. Foi então que se deu minha maior aproximação com a psicanálise, que passou a ser a principal referência para minha atuação junto aos pacientes que demandavam atendimento nas UBSs em que trabalhava; ao mesmo tempo que procurava organizar meu trabalho segundo as orientações do Apoio Matricial e da Saúde Coletiva. Os cinco anos que trabalhei nestas três UBSs foram de intenso aprendizado. Primeiro quanto a diferença da autonomia dos usuários destas unidades que demandavam muito menos que as ações fossem feitas por ou junto deles, o que aos poucos foi deslocando meu trabalho para o espaço dos atendimentos, individuais ou grupais, e que demonstrou mais nitidamente as limitações e possibilidades deste tipo de atuação. Outro ponto fundamental foi o desenvolvimento da capacidade de diálogo com as equipes de Saúde da Família, tanto no cotidiano como nos espaços formais. O trabalho clínico se encontra presente nestas duas frentes, tanto no trabalho direto com os pacientes e na evolução dos tratamentos, como na discussão, construção e transmissão dos casos clínicos junto às equipes.

A função de Profissional de Referência já era conhecida desde minha época de graduação. Com minha transferência para o CAPS III Novo Tempo, serviço responsável pela por parte da região sudoeste da cidade de Campinas, pude vivenciar de maneira ainda mais intensa este modo de aproximação aos pacientes, seus êxitos, suas dificuldades e seus impasses. Vindo de uma experiência em que para mim foi a prática clínica psíquica que se evidenciou, ainda que em um serviço onde se podia ter mais contato e clareza dos determinantes sociais, familiares e subjetivos dos adoecimentos, vi-me em uma função que não tinha certeza quanto motivos de minhas ações. Em muitos momentos não sabia se o trabalho que realiza se dava em prol do usuário ou apenas para sustentar sua existência burocrática na instituição, sem qualquer efeito terapêutico para o mesmo. Tais tarefas de prestação de contas muitas vezes dificultavam até mesmo minha capacidade de me interessar e me preocupar com meus usuários de referência, de poder escutá-los com menos interferências externas.

Se nas UBSs eu me senti muitas vezes isolado e solitário em meu trabalho com a Saúde Mental, no CAPS passei a vivenciar uma constante interferência nos processos de trabalho, ditos coletivos, e nos PTS, afinal os pacientes eram de todos, ainda que eu estivesse encarregado de um determinado conjunto. A interdisciplinaridade, a horizontalidade das relações na equipe de trabalho, a autonomia do usuário, muitas vezes eram usadas para justificar a sobreposição das decisões da equipe ou de parte dela sobre as decisões dos Profissionais de Referência e suas construções com determinado paciente. Esta questão era particularmente conflituosa quando se tratava de trazer para a roda a fala do paciente em um ponto que fosse divergente do posicionamento da equipe. Ainda que o Profissional de Referência estivesse mais próximo de determinados pacientes, realizando a escuta com maior regularidade, muitas vezes também realizando muitas das atividades do PTS, isto de maneira alguma definia ou legitimava seu lugar como prioritário na condução do caso clínico. Me parecia que de certa forma, a função regulatória que a equipe poderia fazer junto a esta função, tornava-se em certa medida invasiva. Em contrapartida a responsabilidade por toda produção burocrática relacionada a seu conjunto de pacientes parecia ser somente deste profissional, mesmo que outros profissionais realizassem atendimentos e atividades regularmente junto aos mesmos. Foi desse conjunto de percepções e incômodos que se deu minha motivação para a realização desta pesquisa.

## **A Rede de Saúde Mental de Campinas e seus serviços**

Campinas tem uma história de muitas décadas de importante investimento municipal no setor da Saúde, tendo constituído uma rede de atenção que ainda hoje é referência nacional, principalmente na organização das redes de atenção à Saúde Mental e Atenção Básica. Os primeiros serviços de Saúde Mental extra-hospitalares surgiram já na década de 1970 com a implantação de equipes mínimas nas Unidades Básicas de Saúde, compostas por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social. (FIGUEIREDO e VIANA, 2008)

Mas foi no final da década de 1980 e início da de 1990 que importantes mudanças foram realizadas. Primeiramente com o fechamento dos dois ambulatorios de Saúde Mental do município, um Estadual e outro Municipal, que concentravam toda a demanda da cidade e dos municípios no entorno, até mesmo do sul de Minas Gerais. A partir de então realizou-se a ampliação das equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e a composição de novos extra serviços para atenção aos pacientes graves, inicialmente o Hospital Dia em 1991 dentro do próprio Sanatório, e em 1992 os primeiros dois CAPS, inspirados no modelo dos NAPS de Santos, ambos implantados em regiões de grande vulnerabilidade social. A abertura do hospital dia marca o início da intervenção e do convênio de cogestão do Sanatório Doutor Cândido Ferreira, que posteriormente mudou seu nome para Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira. Ao longo da década de 1990 vários outros serviços foram criados visando o atendimento de outras demandas, tais como infância, adolescência, usuários de Substâncias Psicoativas, usuários em processo de desospitalização, serviços de geração de renda e etc. Alguns destes serviços eram próprios da administração municipal e sob sua gerência direta, ainda que com equipes mistas entre profissionais concursados e contratados pelo SSCF, e outros em parceria com o SSCF sob gestão direta desta entidade. Ao longo destes últimos 25 anos alguns destes serviços se transformaram em outros, principalmente após a criação da lei 10.216 de 2001, que passou a incentivar a implantação e criação de redes de serviços tipo CAPS para as principais demandas (transtornos psicóticos e neuróticos graves, uso abusivo de SPA, infância e adolescência). (LOPES, 2015)

Atualmente a rede municipal de Campinas é composta por seis CAPS III para atendimento de transtornos mentais graves e persistentes em adultos; quatro CAPS Ad para atendimento de pacientes adultos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA), sendo dois deles de nível III e com funcionamento 24 horas; quatro CAPS infanto-juvenil para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e/ou uso de SPA; seis centros de convivência; uma Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral; serviços residenciais terapêuticos, oficinas de trabalho e geração de renda; campinas conta também com o apoio de equipes de Saúde Mental em suas mais de 60 UBSs, tanto implantadas diretamente nas unidades e com composição variável entre psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras, como também presentes através da atuação de equipes de NASF. Parte destes serviços são gerenciados diretamente pela própria prefeitura e outra parte por convênios com outras instituições. A maioria destes serviços são territorializados, tendo uma determinada área geográfica e a população que nela reside adscritos a seus cuidados. Apenas os serviços da enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral e as oficinas de geração de renda têm suas vagas disponibilizadas para todo o município.

Nosso trabalho se direcionou aos seis CAPS III para transtornos mentais graves e persistentes da cidade, que atualmente são gerenciados pelo convênio da prefeitura com o Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira. Como está declarado em sua insígnia, todos eles funcionam 24 horas, sete dias na semana, com cerca de oito leitos para acolhimento noturno. Tais serviços estão espalhados pelos cinco distritos sanitários da cidade, sendo que um destes distritos possui dois deles. Cada CAPS dispõe em seu território de abrangência de outros serviços de Saúde e de Saúde Mental, dentre aqueles já mencionados acima, com os quais estabelece relações de diferentes tipos. Todos os serviços trabalham com equipes multiprofissionais de cerca de 60 profissionais entre enfermeiros, técnicos de enfermagem, monitores, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, equipe administrativa e de higiene; em alguns também são encontradas assistentes sociais. Esta macro equipe é dividida em equipes de referência menores, cerca três em cada serviço, cada uma composta por no mínimo um profissional de cada especialidade, e responsável por uma parcela do território total. Esta divisão geralmente se dá a partir das UBS existentes no território, já direcionando ao mesmo tempo fluxo de usuários e também as demandas destas outras unidades, tais como

o matriciamento. Além dos cuidados aos pacientes em crise, as equipes dos CAPS também realizam outras atividades terapêuticas e de reabilitação, tais como oficinas e grupo terapêuticos, atendimentos individuais nas diversas especialidades, atendimento a familiares, atividades comunitárias, acompanhamentos terapêuticos, grupos e atendimentos dos profissionais de referência. Os dispositivos equipe e técnico de referência são encontrados em todos estes serviços, ainda que com suas particularidades de organização e funcionamento.

Nossa pesquisa se caracteriza como qualitativa por buscar evidenciar a relação entre a concepção e o significado de ser referência nos seis CAPS III para pacientes adultos com transtornos graves e crônicos, e como isto estrutura e organiza o trabalho de cada profissional, tanto em seus aspectos clínicos como administrativos. Para a produção de dados para a pesquisa, a princípio decidimos pela realização de doze entrevistas individuais, selecionando dois profissionais de diferentes formações em cada CAPS que exerçam a função de profissional de referência. Seriam selecionados ao todo a princípio quatro enfermeiros, quatro psicólogos e quatro terapeutas ocupacionais. Com as entrevistas pretendemos compreender como se deu o percurso formativo de cada trabalhador e como este percurso configura atualmente seu modo de entender e de exercer a função de profissional de referência.

Decidimos por não entrevistar alguns profissionais: assistentes sociais, psiquiatras e técnicos de enfermagem. As assistentes sociais são encontradas em poucos serviços, o que dificultaria a composição de uma amostra não enviesada, ainda que reconheçamos a importância e as contribuições destes profissionais para o campo da Saúde Mental. Os psiquiatras geralmente são referência para os usuários de toda sua equipe de referência, não tendo, como os demais profissionais, um grupo menor do qual tem de se encarregar com maior proximidade. Quanto aos técnicos de enfermagem decidimos por não abordá-los, pois nem todos os serviços os encarregam da função de referência. Já o recorte quanto aos CAPS III foi feito com o intuito de abordar trabalhadores que exerçam a função de referência em realidades institucionais semelhantes.

Os critérios para participação na pesquisa foram o desejo de participar da pesquisa e o tempo de trabalho na unidade superior a seis meses. Todos os participantes tiveram de assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) informando objetos e os objetivos da pesquisa, bem como os deveres e

direitos dos participantes da pesquisa e do pesquisador. Não poderiam participar da pesquisa trabalhadores que não concordassem em assinar o TCLE

Após a aprovação da pesquisa nos comitês de ética em pesquisa do Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira e da Faculdade de Medicina da Unicamp, foi realizado contato com os coordenadores dos seis CAPS para ser combinada a participação nas reuniões gerais de cada um deles, quando foi feita uma apresentação detalhada da pesquisa. A escolha dos profissionais foi feita através de um sorteio da especialidade profissional já nesta mesma reunião da apresentação, e então se verificou o interesse e a disponibilidade de algum profissional daquela especialidade em participar da pesquisa. Pretendemos com este modo de escolha manter o máximo de neutralidade e minimizar as interferências possíveis dos diversos atores presentes – gestores, trabalhadores e pesquisador. Conforme combinado com os trabalhadores e com a gestão dos serviços nestas mesmas reuniões, as entrevistas ocorreram nos CAPS, em horário combinado diretamente com cada trabalhador. É importante ressaltar houve uma recusa de participação de enfermeiros em um dos serviços em que esta especialidade foi sorteada, incorrendo na diminuição de nossa amostra em um profissional e, portanto foram realizadas onze entrevistas ao invés de doze. Houve alguma insistência de nossa parte para a participação de algum dos enfermeiros da referida unidade, mas por também considerarmos importantes a disponibilidade e o interesse dos voluntários em participar da pesquisa, achamos melhor lidar com a amostra diminuída. A distribuição dos trabalhadores entrevistados conforme sua formação acadêmica em cada CAPS do município foi a seguinte: CAPS Esperança, Terapia Ocupacional e Enfermagem; CAPS Estação, Psicologia e Enfermagem; CAPS Davi Capistrano, Terapia Ocupacional e Terapia Ocupacional; CAPS Novo Tempo, Psicologia e Psicologia; CAPS Integração, Psicologia e Terapia Ocupacional; CAPS Antônio da Costa Santos, Enfermagem e Enfermagem, sendo que neste CAPS conseguimos a participação de apenas um profissional.

Após a seleção dos participantes foram agendadas e realizadas as entrevistas com os mesmos nos serviços. Para isto foi elaborado um roteiro semiestruturado de entrevista (em anexo) abordando tanto questões dos diversos aspectos da organização do processo de trabalho do profissional de referência e as dificuldades que enfrentavam em seu cotidiano, como a forma como os profissionais entendiam o processo e as outras influências para a formação para esta função. As

entrevistas duraram em média pouco mais de uma hora, tendo a mais curta quarenta e três minutos e a mais longa pouco mais de uma hora e meia. A duração das entrevistas foi mais longa que o esperado, e foi interessante notar o interesse dos profissionais em prestar maior atenção falar sobre esta função em suas rotinas de trabalho. As entrevistas foram transcritas e analisadas segundo o referencial hermenêutico.

Nossa pesquisa se dá em consonância com a tradição do Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP, que realiza pesquisas sobre a implantação das diretrizes das políticas de saúde pública, em especial neste caso de Saúde Mental, e seu impacto na assistência direta a população, segundo métodos que privilegiem a participação dos variados atores envolvidos e de modo que os mesmos se apropriem dos resultados e possam se utilizar deles. Esta é também uma forma de dar espaço aos conhecimentos diversos que compõe o campo da Saúde e seus objetos entendidos como complexos, para além do paradigma científico biologicista, mas também atravessado pelas ciências humanas, sociais e da subjetividade. (GAMA, 2011, FIGUEIREDO, 2012)

Por conta disto, observamos que a pesquisa nas ciências humanas em suas diversas vertentes tende a reconhecer um saber dos sujeitos envolvidos nos fenômenos a serem estudados, rompendo com a polarização entre saber e não saber, explicitando desta forma as relações de poder presentes no contato entre pesquisador e pesquisado. Esta postura, se por um lado revela aspectos políticos envolvidos neste contato, por outro, facilita o acesso do pesquisador a regiões do fenômeno em estudo que não seriam acessíveis pelo pesquisador tradicional, pois facilita o diálogo e o aprofundamento do conhecimento. (GAMA, 2011, p. 87)

A neutralidade e o afastamento característicos do método positivista têm de ser substituídos pela análise da implicação do pesquisador em sua relação inalienável com o objeto de pesquisa. Deste modo, tal método visa ainda um posicionamento político quando procura incluir questões, percepções e valores dos grupos de interesse em determinado campo.

Frente a essa multiplicidade de falas e vozes, Gadamer ressalta a importância dos preconceitos não em sua forma negativa, mas como a realidade histórica do pesquisador, da qual ele dificilmente consegue se desvencilhar. Portanto, torna-se mais importante estabelecer um diálogo com as demais vozes

que confronte estes preconceitos. O processo de pesquisa e investigação tem assim um aspecto de interpelação do pesquisador quanto aos seus próprios preconceitos, que conformam sua capacidade de entendimento e, em última instância, sua subjetividade.

*Diante da impossibilidade de nos desfazermos dos preconceitos, a tarefa da compreensão estaria ligada a sucessivas aproximações do problema oscilando do individual ao todo e inversamente do todo ao individual retirando deste movimento consequências que irão compor uma participação num sentido comum. (GAMA, 2011, p. 92)*

### Sobre as concepções de ciência

A ciência moderna tem por base o pensamento positivista que busca objetivar o máximo possível os objetos em estudo, procurando então privilegiar o distanciamento do pesquisador em relação ao objeto em busca de uma posição de neutralidade de análise que, por sua vez, possibilitaria uma melhor aproximação da verdade. A conformação de experimentos a partir da redução do contexto a suas premissas básicas e a repetição dos mesmos levaria ainda a formulação de leis universais e também à previsibilidade dos acontecimentos. Estes pressupostos por si só são suficientes para que seja questionado sua aplicabilidade ao campo das ciências humanas, dado que o que se exclui de partida é a subjetividade humana, tanto do pesquisador quanto daqueles que se colocam como objetos de sua pesquisa. O objeto das ciências humanas e sociais, por se tratarem de pessoas, grupos sociais, instituições, historicamente determinadas, com seus valores e visões de mundo, e, portanto inacabados, contraditórios e em constante transformação. A complexidade do objeto nas ciências humanas demanda que suas metodologias de pesquisa possibilitem a aproximação do pesquisador com o objeto e não seu distanciamento, ao mesmo tempo em que procura fazer surgir ambas as posições subjetivas em questão (MIRANDA,2009; GAMA, 2011; FIGUEIREDO, 2012).

Ao contrário das ciências físicas e biológicas, nas quais é possível haver um distanciamento entre sujeito e objeto da investigação, nas ciências sociais tanto os sujeitos como os objetos pertencem a essa mesma natureza histórica. Portanto, a visão de mundo historicamente construída e os interesses do pesquisador estão implicados em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. O instrumental teórico e metodológico ajuda o pesquisador em sua

aproximação possível da realidade, mas o real será sempre a realidade que ele conhece (Minayo, 2000) e, desse modo, é necessário manter a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como do próprio pesquisador.” (Figueiredo, 2012, p. 149)

O pesquisador como efeito de seu tempo e de sua história traz marcas, que Gadamer chamará de preconceitos, que condicionam sua forma de conceber e perceber o mundo que o cerca, e mesmo nos modos de formular suas questões. Portanto, também o discurso científico, que desde sua fundação se pretende neutro e imparcial, mas que pode ter seu viés de utilização ideológica, tendendo meramente a confirmação e reprodução da ordem vigente. Daí a importância da reflexão do próprio pesquisador sobre sua constituição histórico-social e a organização do poder, de modo a terem mais clareza das implicações e responsabilidades ético-políticas de seu trabalho (MIRANDA, 2009; GAMA, 2011; FIGUEIREDO, 2012).

Miranda (2009) marca três pontos importantes desta reflexão por parte do pesquisador: a aproximação dos discursos científico e do senso comum, apartados desde a fundação da ciência positivista; estar atento aos variados interesses dos participantes e também às funções e usos dos resultados da pesquisa; manter constante a reflexão crítica do processo de investigação científica, levando em consideração os determinantes, objetivos e custos sócio-culturais, políticos e econômicos nele envolvidos.

Portanto, por considerarmos a ciência como prática social, torna-se possível condicionar seu surgimento a um período histórico e um contexto social específico; e também, como toda prática social, é dialógica, um meio de instauração de relações entre pessoas. Deste modo, a produção de conhecimento deixa de localizar-se individualizada nos cérebros dos pesquisadores e se transfere para os processos e estruturas das interações humanas, sendo, portanto, algo a ser conjuntamente construído. A ciência como prática social coloca então a pesquisa em um novo lugar, o de intervenção, já que a partir deste ponto de vista o pesquisador, bem como seu objeto de estudo, tem papel ativo na produção do conhecimento, não podendo se constituir como observador neutro devido a seus posicionamentos ético e político. Político, pois a realidade inexistente independe de nossos métodos para acessá-la, uma vez que são estes métodos que instituem os objetos que a compõe, criando subjetividades-realidades, tornando-as sempre uma construção do pensamento,

ainda que parcialmente. Deslocamos deste modo a prática científica do lugar de produtora de verdades universais.

### Sobre o método e a Hermenêutica como Postura Metodológica

Tomando então em consideração a complexidade do objeto de estudo em ciências humanas e sociais, sempre multideterminado, é fundamental que o método possibilite a abordagem do aspecto qualitativo do fenômeno estudado. E também dialético, na medida em que possa explicitar que o conhecimento é produto da interação entre o pesquisador e seu objeto de estudo, desfazendo a visão ingênua de um mundo a ser descoberto pelo cientista. O trabalho da análise qualitativa é basicamente então o da interpretação como forma de abordagem da realidade, a apreensão dos significados para os sujeitos envolvidos no fenômeno estudado, com o cuidado do pesquisador de o fazer com a maior coerência e correção a partir de sua metodologia (MIRANDA,2009; FIGUEIREDO, 2012).

interpretação é a apreensão que o pesquisador faz de uma determinada ação ou um acontecimento a partir de seus variados determinantes. Para isso, ele busca as coerências ou contradições próprias do seu objeto, deixando-se tocar pela alteridade do mundo social, ainda que ela se mostre muito diferente daquilo julgamos bom ou certo. A magnitude com que o pesquisador se deixa tocar pelo objeto e com que o toca exige auto-observação constante e coerência metodológica. (MIRANDA, 2009, p. 53)

Miranda (2009) deixa claro que se abster de juízos de valor não é sinônimo de exclusão da subjetividade do pesquisador, que, ao mesmo tempo em que se distancia para observar o fenômeno em estudo, também se aproxima para se deixar ser tocado por ele, para em seguida colocar em questão, auto observar e analisar os efeitos desta aproximação. Sendo o pesquisador também o próprio instrumento de investigação, cabe a ele este auto-exame e o cuidado com o processo de investigação, que é tão ou mais importante que o produto final (MIRANDA, 2009).

Porém também se objetiva evidenciar o saber dos próprios sujeitos da pesquisa quanto ao fenômeno em investigação. Portanto, a metodologia além de qualitativa, deve ser descrita também como participativa. A perspectiva da Pesquisa Avaliativa Participativa Pluralista sustenta que há aumento das chances da utilização dos resultados da pesquisa por considerar os diferentes interesses e

reinvidicações, estimulando ainda a participação, capacitação e desenvolvimento dos envolvidos (GAMA, 2011).

Em nosso trabalho, a construção de categorias tem o intuito de, considerando o contexto dialógico, dar visibilidade ao jogo de forças institucionais e aos posicionamentos do emissor da fala, e por isso busca abranger o discurso em suas polaridades. Do confronto entre os sentidos oriundos corpo teórico construído previamente por revisão bibliográfica, e daqueles produzidos durante o processo de coleta de dados, se deu a construção das categorias de análise presentes neste trabalho (SPINK, 2000; MINAYO, 2000).

A hermenêutica não se constitui como uma metodologia no sentido cartesiano do termo, como uma forma de preparar e organizar um experimento visando a minimização de erros, mas sim, enquanto inserida no campo das ciências humanas e sociais, uma postura metodológica interpretativa na busca da compreensão de um texto ou de outro fenômeno humano mais geral. Para Gadamer a linguagem é então a própria condição de compreensão da realidade humana, cuja postura filosófica sustenta os processos cognitivos de modo geral. A postura hermenêutica pode ser sustentada como metodológica por consistir também de conceitos, categorias e modos específicos de aproximação dos textos (MIRANDA, 2009; FIGUEIREDO, 2012).

A compreensão de um texto para Gadamer consiste no confronto entre as opiniões prévias do pesquisador com a alteridade do texto, com o que este lhe diz. Portanto ela se funda na intersubjetividade, implicando tanto a do pesquisador como a do texto a ser interpretado. Esta abertura, tal posição metodológica pode ser operacionalizada através de conceitos como preconceito, autoridade e tradição. O preconceito para Gadamer não pode ser tomado em sua acepção iluminista que remete com valor negativo à ignorância de um julgamento antecipado às análises de todos os determinantes de uma questão, portanto um juízo não fundamentado. Sendo, portanto o preconceito, para este mesmo iluminismo, quase o oposto do método científico e da razão, que somente eles poderiam dar dignidade ao juízo. Mas para Gadamer o preconceito é exatamente aquilo que somos enquanto sujeitos, nossas marcas históricas das quais não podemos pura e simplesmente nos livrar, que condicionam nossas possibilidades de compreensão e que podem operar justamente pelo desconhecimento de sua existência por parte do pesquisador. Tais

preconceitos se apresentam exatamente como aquelas certezas inabaláveis, e é pela transformação desta característica em dúvida a ser confirmada pelo texto, em um exercício constante de interrogação, que é possível promover a abertura do pesquisador a alteridade do texto. Estas distinções são importantes para discernir o que é próprio do pesquisador e o que é do texto a ser interpretado. O preconceito, enquanto formador do pesquisador e de sua potencialidade de compreensão, está diretamente ligado aos conceitos de autoridade e tradição. Novamente divergindo do entendimento iluminista que os valoriza de forma negativa, tidos como limitadores da liberdade e do uso da razão, Gadamer por sua vez os remete às vinculações que legitimam o preconceito como conformação do entendimento do pesquisador (FIGUEIREDO, 2012).

Pois o preconceito somente pode ser tomado como ponto de partida legítimo do processo de compreensão se ele não for arbitrário, quer dizer, se ele puder ser examinado quanto à sua origem e validade segundo o que é compartilhado, especialmente por meio de alguma forma de autoridade e de tradição. (FIGUEIREDO, 2012, p. 161)

Este necessário retorno às tradições que as questões da realidade atualizam, impõe ao pesquisador como forma de alcançar a compreensão sobre determinado fenômeno produz ainda o que Gadamer nomeia como o destaque do objeto de seu contexto, o eu é diferente de sua amputação enquanto a negação deste contexto histórico e social onde tal objeto é encontrado. Pelo contrário, seu destaque é ao mesmo tempo o que evidencia tal contexto (MIRANDA, 2009; FIGUEIREDO, 2012).

Sobre essa ação metodológica de destacar o objeto, é necessário tomarmos alguns cuidados. Primeiramente é necessário saber que a incursão na tradição é um percurso metodológico essencial. Mas, como vimos anteriormente, a tradição na obra deste autor é proposta como pluralidade de vozes, nas quais o passado ressoa. Ao interpelarmos a tradição podemos exercer nossa liberdade, já que podemos escolher as vozes que naquele momento específico nos interpelam. Além disso, devemos lembrar que qualquer objeto é destacado dentro do percurso histórico do cientista (que, como já dissemos, existe entre a liberdade e a necessidade, ou seja, tem liberdade a partir da trajetória pré-determinada pela sua história). O destaque do objeto pode se dar quando o cientista torna consciente sua própria historicidade. (MIRANDA, 2009, p. 57)

	Sexo	Formação	Idade (anos)	Tempo de Formação (anos)	Especialização em Saúde Mental	Quanto tempo trabalha na unidade (anos)	Faz ou fez análise/terapia	Quantidade de pacientes de referência
Sujeito 1	Feminino	Enfermagem	36	10	Não	6	Sim, 5 anos	23
Sujeito 2	Feminino	Enfermagem	29	7	Sim	3	Sim, 1 ano	24
Sujeito 3	Feminino	Enfermagem	54	31	Sim	16	Sim	32
Sujeito 4	Feminino	Psicologia	28	4	Não	1	Sim, 4 anos	19
Sujeito 5	Masculino	Psicologia	32	10	Sim	4	Sim	32
Sujeito 6	Feminino	Psicologia	31	9	Sim	5	Sim, 2 anos	30
Sujeito 7	Feminino	Psicologia	29	6	Não	1	Sim	24
Sujeito 8	Feminino	Terapia Ocupacional	42	14	Não	4	Sim, 2 anos	21
Sujeito 9	Feminino	Terapia Ocupacional	30	10	Sim	8	Sim, 6 anos	20
Sujeito 10	Feminino	Terapia Ocupacional	29	5	Sim	1	Sim, 1 ano	29
Sujeito 11	Feminino	Terapia Ocupacional	35	13	Não	5	Sim, 4 anos	30

## **DESCRIÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS**

A partir da metodologia de análise hermenêutica, iremos expor os dados produzidos pelas onze entrevistas realizadas com trabalhadoras dos seis CAPS III de Campinas já organizados em três categorias de análise. A primeira categoria é a definição quase teórica que os trabalhadores fazem do PR, a segunda é a descrição da rotina de trabalho e ações que realizam nesta função, e a terceira categoria o que entendem ser o tratamento que realizam como PR. Algumas categorias contém elas mesmas subdivisões.

### **Definição da Função Profissional de Referência**

Inicialmente percebemos uma primeira diferenciação nas falas, entre uma definição que podemos chamar de teórica, idealizada da função do PR, como sendo a definição, bastante variada, que cada profissional pode fazer do que entende serem os preceitos e os objetivos de seu trabalho nesta função, e em seguida a operacionalização destes preceitos e objetivos em sua rotina de trabalho a partir de determinados dispositivos de atuação. Neste primeiro trecho faremos a exposição do que chamamos de definição teórica da função do PR.

As definições dadas pelos profissionais entrevistados são muito variadas e na maioria das vezes fragmentárias, abordando somente um determinado aspecto por vez do trabalho do PR. O PR é citado como quem realiza o cuidado longitudinal, do dia-a-dia, na relação com a família e o território; é também quem cuida das diversas tarefas burocráticas tais como relatórios diversos, receitas de medicações, passes de ônibus, demandas jurídicas e etc; é também quem constrói o Projeto Terapêutico Singular (PTS) – também chamado de Projeto Terapêutico Individual (PTI) por outros profissionais – junto ao usuário e executa a maior parte das ações, desde acolhimentos individuais, participações em grupos, verificação de medicação, agendamentos com profissionais dentro e fora da unidade, acompanhamentos no território por necessidade ou desejo do paciente; é lembrado também por sua relação direta com a rede Saúde ou de outras áreas; o PR é tido também como aquele profissional para quem o paciente endereça suas demandas.

Alguns dos aspectos desta definição foram mais proeminentes e foram citados e desenvolvidos com mais frequência e profundidade nas entrevistas, tais como a relação com as ER (nomeada informalmente pelos profissionais como “mini equipe”), o caráter transversal da função, a elaboração do PTS, e a relação do PR com a RAPS. Uma das entrevistadas define sua função enquanto PR da seguinte maneira:

eu fico com a impressão de que minha função enquanto profissional de referência seja poder encontrar junto com o usuário algum lugar para ele é... no mundo assim no sentido de acompanhá-lo no que nesse momento ele demande poder caber... seja para dentro da família... seja em relação às expectativas enquanto mercado do trabalho atividades laborais, o que seja mesmo pensar o que é um tratamento o que ele se propõe a fazer aqui no CAPS (Sujeito 4)

O que parece ser o eixo principal da maioria das falas, que estrutura e organiza as demais funções do PR, é a relação deste profissional com sua ER na unidade. É importante frisar que em todas as unidades foram encontrados os dois arranjos, tanto o PR quanto a ER, ainda que com diferentes formas de organização e funcionamento, porém todas as ER se organizam tendo por base um determinado território adscrito, sempre relacionado às UBSs sob responsabilidade do serviço. Um dos pontos assinalados pelos entrevistados é que pode ocorrer certa desresponsabilização dos demais profissionais – às vezes da ER, as vezes de todo o serviço também – a partir da nomeação de um PR para um novo usuário. Isso é apontado, por exemplo, em falas que tratam essa relação como que a de uma filiação, tais como “toma que o filho é seu” ou “lá vem o filho de fulano”. Este tipo de fala é geralmente acompanhado do relato de solidão, sobrecarga e exaustão no trabalho como PR e da dificuldade de compartilhar o PTS e as ações decorrentes dele com outros profissionais, mesmo dentro da própria ER.

Aqui nesse CAPS, na minha mini equipe, a gente faz a referência muito individual. Hoje eu vim pensando isso, de que eu tenho pensado por que a gente não divide né? Pega um técnico de enfermagem como referência e faz uma dupla. Por que eu vejo que são casos difíceis que a gente tem recorrido para a dupla. (Sujeito 9)

A fala seguinte deixa claro o estreitamento e proximidade desta relação, exatamente se utilizando da referência à relação familiar, mas também coloca a

importância do trabalho de vinculação com estes pacientes como fundamental para tratamento e como uma das funções principais do PR.

E aí pela sobrecarga a gente brinca que a referência é o dono daquele sujeito, é um tipo de mãe ou um tipo de pai, é o nosso filho, eu acho isso péssimo. Eu gosto muito de ser referência, é uma parte do meu trabalho que eu prezo muito. Então esse trabalho de investimento na vinculação para mim faz muito mais sentido, pesa menos do que essa sobrecarga. Porque eu entendo quem não tendo essa sobrecarga de trabalho de rede eu faria esse investimento de vinculação muito melhor, acho que esse sim é o meu trabalho. Eu entendo e avalio essa dificuldade, mas acho que isso faz muito mais parte do meu trabalho do que ficar telefonando e fazendo visita para as pessoas que não vieram com o pouco recurso que tem. Então, mesmo sendo um trabalho mais solitário e difícil, eu entendo que esse trabalho da vinculação faz muito mais sentido do que ficar avaliando risco. Ele pesa menos por fazer sentido no cuidado. (Sujeito 6)

Um dos profissionais entrevistados destaca a dimensão do vínculo a partir do que chama de endereçamento de questões, colocando aí uma possível diferença entre o trabalho clínico do PR, que passa a ter uma função de escuta e manejo da demanda do sujeito, das funções burocráticas exercidas por esse mesmo profissional. Aqui talvez já possa ser feita, ainda que inicialmente, uma importante distinção entre o que é do interesse e uso do paciente, o trabalho a partir de suas questões e demandas de tratamento, e aquele trabalho que, a princípio ou do modo como é referido muitas vezes, não diz respeito diretamente ao tratamento ou às ações clínicas de um determinado caso, o que foi chamado muitas vezes de funções burocráticas do PR.

Coisa que eu venho pensando muito, um conceito que eu venho trabalhando, a partir do qual venho pensando o conceito de referência é o de endereçamento. A referência no papel pode ser uma outra pessoa, mas na medida em que esse cara endereçar questões para você eu diria que você está fazendo uma função de referência, lógica, clínica, não a função burocrática. (Sujeito 5)

Esta vinculação estreita entre o PR e seu grupo de pacientes de referência se mostra também na forma como é organizado o chamado grupo de referência (GR), utilizado na maioria dos serviços como forma atender a maior parte das demandas destes pacientes. Em alguns serviços esse grupo é feito pelos PR somente para seu grupo de pacientes, em outros esse grupo é feito pelas ER para seus pacientes, independente de quem fosse o PR de cada um deles. Estas diferenças de organização trazem reflexos em outros pontos como a circulação dos

pacientes entre os profissionais de uma ER, o conhecimento dos profissionais quanto a pacientes que sejam de sua referência, a elaboração do PTS e etc.

Outra menção frequente a função do PR é o de articulador, de diferentes formas, desde o responsável pela articulação do próprio cuidado e tratamento, à articulação do PTS e da rede. Enquanto articulador do cuidado é aquele responsável por providenciar a execução das ações propostas no PTS para o tratamento de determinado paciente, e em alguns momentos executá-las. Neste ponto sua função coincide com a de articulador do PTS, mas que não se confunde necessariamente com outra função atribuída ao PR que é a da construção, mais ou menos compartilhada com a equipe e com o paciente, do próprio PTS. Outra função atribuída a ele a partir da noção de articulação é a rede de suporte do paciente, tanto familiar como social-afetiva, assistencial e de saúde.

Acho importante salientar aqui que a função do PR foi referida não somente à relação com o paciente, mas também à família, ao território e à própria equipe. O PR coloca-se, portanto como referência não somente para o paciente, mas também para seus familiares, para a comunidade e o território, aí incluídos outros serviços de saúde e também serviços de outras áreas, e por último para a própria equipe do CAPS que em sua maioria não tem contato direto e rotineiro com a maioria daquele grupo de pacientes, não tendo assim conhecimentos de seus PTSs e das particularidades de cada caso. Daí então também a importância desta referência à sua função de articulação, ou *“onde isto se amarra”*, como disse um dos entrevistados. É colocada aí também uma distinção entre a função de referência, que pode ser exercida por diversos profissionais, na medida do endereçamento da demanda como foi dito anteriormente, e do PR como aquele que articula e amarra essas diversas intervenções.

Eu acho a função referência uma função múltipla na medida em que pode organizar articulações, e também na medida em que essas diversas funções podem ser feitas por pessoas diferentes. Mas onde é que isto se amarra? Eu diria que é junto ao profissional de referência. (Sujeito 5)

De um modo geral, a maioria dos entrevistados fez pouca distinção de suas práticas como PR das que realiza de seu núcleo profissional. Esta distinção parece ser mais clara na rotina dos profissionais de enfermagem, que relataram maior dificuldade em conciliar suas funções de núcleo das de PR, enfatizando tanto

a responsabilidade pela supervisão e organização das rotinas da área de enfermagem quanto as cobranças crescentes que tem sido feitas recentemente pelo COREN em relação à normatização do trabalho da enfermagem nos CAPS.

Eu acho que é muito bacana a gente ter referência! Eu acho que não... não dá pra deslocar o modelo! É... É muito importante isso! Mas a gente deveria ter um pouco menos de... de referência, porque... a nossa... nosso trabalho é diferente dos outros profissionais, né?! Os outros profissionais se dedicam... é... 100% ao... ao seu... ao seu trabalho no CAPS... no sentido da referência, mas é um trabalho tão diferente o nosso de enfermeira, porque cê tem uma equipe... (Sujeito 3)

Outro ponto indicado por estas profissionais é que, para além da supervisão dos processos de trabalho da equipe de enfermagem, há o manejo dos diversos conflitos entre os profissionais desta equipe, que também é notado como algo que toma uma quantidade de tempo importante no cotidiano. Os espaços de reunião desta equipe são tidos como de grande importância então, não só para dividir e organizar tarefas, mas também para proporcionar oportunidades de explicitação conflitos e negociação de soluções. Em uma das unidades houve demanda para um grupo chamado pela profissional como “de escuta”, em que os técnicos de enfermagem escolheram um mediador externo ao núcleo para escutá-los coletivamente.

### **A Prática Cotidiana do Profissional de Referência**

A função do PR se efetiva em diversos dispositivos cotidianos dos CAPS, tais como o Grupo de Referência (GR), os Acompanhamentos Terapêuticos (AT), atendimento de referência, os atendimentos de crise, as reuniões das ERs entre outras. Sua presença é marcada, ainda que de diferentes formas, desde a entrada do paciente na unidade. Nesta categoria iremos expor os principais aspectos da rotina de trabalho trazidos pelas profissionais em suas entrevistas.

#### **A entrada do paciente na unidade e a escolha do PR**

Porém todo esse processo se inicia pela escolha do PR, que se dá de diferentes maneiras em cada serviço, e que, por sua vez, tem importante relação

com o primeiro acolhimento do sujeito do sofrimento na unidade. A forma como cada serviço realiza a triagem inicial dos que os procuram ou que lhe são encaminhados parece trazer importantes reflexos para a posterior escolha do PR. Em algumas unidades, caso o sujeito seja inserido para tratamento, o profissional que fez a triagem, quando não é pertencente a ER de sua UBS, se mantém como seu PR, até a transmissão do caso para a ER. Aqui alguns profissionais ressaltam a importância da triagem ser realizada pelo profissional de plantão como forma de o paciente conhecer mais profissionais e também ser mais bem conhecido por outros profissionais da equipe que não sejam de sua ER. Já em outras unidades ocorre uma primeira avaliação do sujeito do sofrimento pela equipe de plantão – também chamada de equipe de acolhimento – antes deste ser encaminhado para triagem já com algum profissional de sua ER. Alguns profissionais apontam aqui a importância do primeiro atendimento como formador de vínculo entre o sujeito do sofrimento e o profissional e as dificuldades em transferir e transmitir o caso após esse primeiro atendimento.

Se for no meu dia... E aí que eu... que eu vou colocar a minha dificuldade, porque... eu faço a primeira entrevista, faço a coleta de... de toda a história, anamnese, tudo desse paciente, porque daí eu já tenho certeza se esse paciente vai ser nosso, vai ser do CAPS... e aí assim... ali pra mim... É... Isso... é meu! Não é das outras pessoas! Isso pra mim! Eu já tô começando a... a estruturar uma... um vínculo! E eu acho muito... É... É... É muito particular, é muito individual, é muito íntimo...! Né?! Aquela pessoa tá me contando a história, tá confiando em mim... Eu tô ouvindo aquilo... O início de um... de um processo já tá começando, e daí, de repente, eu falo assim: "Mas... é... a tua referência vai ser outra pessoa! De tratamento." Aí a pessoa vai vim... tudo de novo, vai conhecer aquele paciente... (Sujeito 2)

Em seguida, quando o paciente já está inserido em uma ER, dá-se o processo de escolha e nomeação de seu PR ou dupla de PRs, que pode ser mais ou menos formalizado, dependendo de cada unidade, que seguem critérios próprios para isto. Em algumas unidades esta escolha é feita somente de acordo com o número de pacientes de referência que cada profissional da ER tem, procurando fazer uma distribuição equânime entre todos. Nestes casos a escolha costuma ser rápida e tem por objetivo não gerar desresponsabilização da unidade por não haver PR para aquele paciente. É interessante notar o contraste com os relatos da categoria anterior, em que claramente se diz que a nomeação do PR muitas vezes causa a desresponsabilização do restante da equipe.

É... A gente... Acho engraçado, por que alguns pacientes, alguns perfis de pacientes ficam mais com algumas pessoas, menos com outras, que a pesar de a gente tentar respeitar o vínculo que o paciente faz com as pessoas, e que aí então ele que escolheu a referência, às vezes, isso não é tão importante. E aí a gente se divide pra dentro. Quem tem mais? Quem tem menos? (Sujeito 3)

Em outras unidades esta escolha é feita de forma mais lenta, em que a ER prioriza a observação da construção e constituição do vínculo do paciente com os profissionais e com a unidade.

eu não sinto que a gente faz essa nomeação já desde um primeiro momento sabe? eu acho que a gente talvez/ e eu acho que seja mais característico do funcionamento da minha mine equipe/ a gente poder ir sentindo isso e ir construindo até que isso seja formalmente nomeado... né? talvez hoje a gente consiga fazer isso mais por uma experimentação mesmo da coisa da relação do vínculo... para em um segundo momento agente poder criar essa formatação mesmo... éh... formal... (Sujeito 4)

Nestes casos, segundo o relato da profissional, não parece haver a temida desresponsabilização suposta nos relatos anteriores, ante a não nomeação do PR. Ao contrário, até o momento da nomeação do PR parece haver importante envolvimento de toda a ER na construção do vínculo com o paciente. Esta mesma profissional exemplifica esse processo fazendo a descrição da definição dos PRs do Serviço Residencial Terapêutico, nomeado em sua fala como “moradia”, sob responsabilidade de sua ER.

A própria moradia eu acho que é emblemático desse funcionamento nosso...éh:: por que a gente recebe as moradias há quase dois anos atrás e até então a gente vai tentando circular a referência não por:: morador mas pela casa... na medida em que isso vai ganhando uma configuração por exemplo como os quartos... as duplas dentro da divisão mesmo da casa e::: a gente consegue ir se apropriando mais da dinâmica de cada um a partir da dinâmica do coletivo a gente começa então a sentir a necessidade de poder definir isso mesmo para poder investir em projetos individuais e aí nesse momento então é passado... éh::: praticamente um ano e meio.. é que a gente vai fazer essa divisão... éh::: de referência assim... dos profissionais de referência/ no caso hoje a gente faz essa divisão em duplas e aí faz essa divisão de morador versus dupla de referência. (Sujeito 4)

O dispositivo mais utilizado pelos PR é o GR, encontrado em todos os serviços, sem exceção, com algumas variações em seu formato de acordo com a organização do serviço ou das próprias ERs. O GR é um dispositivo grupal utilizado pelas unidades para acolherem as diversas demandas de seus usuários, procurando ao mesmo tempo articulá-los e vinculá-los na suas ER e seu PR, de diferentes

maneiras. Em alguns serviços o GR liga-se diretamente ao PR, sendo realizado por este e exclusivamente com os pacientes de seu conjunto de referência, não podendo abranger nem mesmo os demais pacientes de sua ER. Isto é, cada paciente participa do GR de PR apenas. Em um dos serviços além do GR organizar-se a partir do conjunto de paciente de um determinado PR, há ainda uma relação mais estreita com o território, tornando esse PR também referência de determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) e direcionando a ele todos os pacientes desta UBS que iniciam tratamento neste serviço. Outra forma encontrada de organização deste dispositivo é associando-o mais direta e amplamente à ER do que ao PR, direcionando-o para todos aqueles pacientes da ER que tenham alguma demanda, e sendo realizado conjuntamente pelos diversos profissionais da ER, às vezes de forma rotativa.

Este dispositivo, dependendo de sua organização, tem também funções diferentes a cumprir, desde um espaço onde se pode direcionar as demandas objetivas do tratamento (medicação, relatórios, consultas com outros profissionais, participação em atividades e etc), até mesmo a conformação de um espaço de tratamento em grupo pela fala e pela escuta. Em alguns casos esses grupos são direcionados aos pacientes que se encontram com o quadro estável, que tem pouca frequência na unidade e próximos do encaminhamento às UBSs onde darão continuidade ao tratamento; em outros o GR é também um espaço de acolhimento dos pacientes em crise, quando estes suportam e sustentam participar. É também o espaço utilizado muitas vezes para a entrada dos novos pacientes no CAPS, quando este ainda se encontra em processo de acolhimento e as demandas e, portanto também seu PTS, não estão claramente formulados.

### A Construção do PTS

A construção do PTS é descrita e referida também pela maior parte dos entrevistados entre suas atividades de rotina como PR, de diferentes maneiras. A grande maioria aponta que este é iniciado já na entrada do paciente na unidade, como uma consequência quase imediata do primeiro atendimento. Geralmente a reunião da ER é apontada como o local onde este primeiro atendimento é discutido e onde é construída a primeira proposta de PTS. Já a reunião geral de equipe é

apontada como o espaço onde se discute o PTS dos casos mais graves ou que demandam de toda a equipe.

E... de marcar já a triagem com algum profissional da miniequipe! Né?! Até pra já ir fazendo uma vinculação... A gente já ir conhecendo... A partir da triagem a gente discute o caso na mini... e daí pensando possibilidades a partir daquele conteúdo que foi trazido! E já na triagem já é discutido com o usuário o que que... o que que tem de interesse... tentando buscar possíveis links... aqui com os grupos que a gente tem... e avaliando se é um caso de fato pra inserir em grupo ou não... Se tem demanda pra atendimento ou não... Se é um usuário que a gente pode fazer um... que necessita um "PTS" mais amarrado... de que: "Não, cê vai vir... toda segunda-feira pro grupo de referência ou toda quarta... pro grupo de "TO" ou todos os dias..." Ou se é alguém que a gente pode ir construindo mais pouco a pouco... que a princípio fica um pouco mais solto... (Sujeito 7)

Outra profissional, assim como esta fala anterior, também ressalta a importância do acolhimento do paciente por um profissional de sua própria ER e a apropriação desta de seus casos.

Não, eu acho que é... é... esse é o... é o principal! Né?! O acolhimento... né, e... em seguida... é... encaminhar pra miniequipe e encaminhar pro profissional que vai fazer aquela primeira... primeira entrevista e primeira chegada do usuário aqui no CAPS, né?! (Sujeito 3)

Os projetos terapêuticos são discutidos na reunião de miniequipe a maioria, não na reunião ampliada, na miniequipe, na equipe geral ficam os casos que estão mais difíceis de manejar, que precisam de supervisão. (Sujeito 10)

Já outros profissionais relatam achar importante fazer esta construção de forma mais processual e menos rápida, procurando maior aproximação com o paciente no processo de construção do vínculo.

Olha, é... pra construir o "PTS" eu vou pensando é... Não consigo construir logo de primeira assim! Eu vou marcando vários atendimentos pra conseguir entender aquele sujeito... e aí traçar um... "PTS"! É... A única coisa de imediato que eu conseguiria... é... combinar de... de "PTS" talvez seja a questão da medicação! (Sujeito 11)

É... Eu vejo que a gente, pra mim, eu gosto primeiro de conhecer melhor o caso, de escutar, de colher informação da família, do próprio paciente, para eu ir pensando no projeto terapêutico junto com ele. (Sujeito 9)

De forma semelhante a essa fala anterior, as falas de outros três profissionais relatam com maior ênfase a importância do PTS ser construído junto com o usuário, a partir de suas demandas e necessidades. Sendo então estas

demandas e o próprio usuário que poderão ser um dos parâmetros para a avaliação do andamento do tratamento.

Eu acho que a gente tem avançado nessa construção junto ao usuário. (...)Mas algo do diálogo ainda é difícil, eu vejo profissionais fazendo projeto terapêutico sem o usuário, acho que isso é uma questão (Sujeito 6)

A gente senta junto com usuário, conversa com ele, vê qual o interesse dele no CAPS, vai pensando também quais as ofertas que a gente tem, vai construindo junto. Tem alguns que ficam na medicação assistida todos os dias na semana, então a gente vai direcionando para os grupos que a gente acha que ele tem perfil e necessidades, faz oferta, mas não tanto também, já acaba direcionando. (Sujeito 10)

Tem uma dimensão do trabalho que só o usuário pode dar, ninguém mais pode. É ele que vai dizer se o cuidado que está sendo ofertado é bom ou não, se está fazendo efeito ou não. Claro que você pode ter outras maneiras de verificar aquilo, como o ganho de autonomia. (Sujeito 5)

Há também uma diferença importante quanto a própria concepção de PTS e entendimento de sua função. De modo geral poderíamos dividir as falas entre aquelas que o entendem simplesmente como uma organização da rotina do paciente no serviço, dos dias de suas vindas e das atividades que irá participar. Isto fica bastante claro no relato sobre as definições das rotinas da enfermagem nos PTSs.

E aí nesse evento a gente entendeu que a SAE, nada mais é do que na verdade o PTS, e que não é algo exclusivo do enfermeiro. E que dentro do PTS, dentro, né? Se for um paciente que está no leito, qual que é o PTS dele durante o leito. Daí tem que observar, tem que observar se ele vai ficar mais agitado, se ele tem risco pra suicídio, pra fuga, o PTS é que o sicrano vai atender ele todos os dias... (Sujeito 3)

Já outros o percebem como algo mais amplo, *“e aí o PTI, e algo maior como um projeto de vida, ficam muito parecidos”* (Sujeito 5), em que as atividades propostas objetivam tornar possíveis estes projetos de vida dos pacientes. Neste sentido é apontado como os PTSs ficam em muitas situações cheios de ações para as quais não se consegue ter clareza da finalidade, procurando dar variadas respostas para as demandas do paciente, ao invés de se atentar às respostas e propostas já presentes em sua própria fala.

E às vezes a gente fica entendendo, propondo o projeto terapêutico, a gente entende o projeto terapêutico como proposta, aí eu vou propor mais 20 coisas Espero que algumas delas dê certo. E eu acho que o projeto terapêutico precisava ser menos.(...) A gente precisava entender o projeto terapêutico como o que o outro está trazendo de proposta, e não só de

necessidade. Acho que a gente não consegue ouvir, mas ele já está dizendo qual é a saída. A gente considera o projeto terapêutico como algo muito concreto. Rever para caber o que aquela pessoa traz de saída, algo que não é tão concreto. (Sujeito 6)

eu não sei o quanto eu tenho isso bem desenhado éh:: mas talvez o jeito como eu tenho tentado construir isso seja a partir do que eu vou reconhecendo como potencialidade assim do usuário (Sujeito 4)

## O Acolhimento à Crise

Outra atividade que surge nos relatos dos entrevistados como sendo parte da função do PR, ou então tendo importante influência sobre seu trabalho, são as diferentes formas como a crise é entendida e trabalhada nos serviços. A interferência da crise sobre a rotina de trabalho foi explicitada de dois pontos de vista diferentes. Primeiro quando o sujeito do sofrimento em crise é da referência do entrevistado, diretamente dele ou de sua ER, e a partir daí relatam sobre a reação do restante da equipe. E segundo o lado oposto, quando a crise é de um paciente de outra ER e qual o impacto disso para a rotina de trabalho.

Quando se trata da crise de um paciente de outra ER, as entrevistadas no geral relatam uma impressão de intrusão, sob diversos aspectos, mas principalmente sobre sua rotina e atividades de PR. A crise muitas vezes aparece então como aquilo que desorganiza uma suposta rotina do serviço, trazendo demandas inesperadas e muitas vezes urgência de serem tratadas.

É... A gente tem recebido muitas crises, muitas triagens. E a gente tem sido sugado por isso. Então, na segunda-feira de manhã, por exemplo, é um momento que eu deixo para fazer um grupo e depois eu vou a todos os prontuários que eu precisava evoluir e deixo tudo em dia. Não consegui. Hoje já é quarta à tarde e eu não consegui terminar de fazer o que eu tinha que fazer na segunda-feira de manhã porque chegou uma triagem. Estava todo mundo atendendo mil pessoas porque tinha muita gente em crise, paciente que tinha fugido, paciente que trouxe droga, paciente que bateu um no outro, tudo na segunda de manhã. E todo mundo foi manejar, então chegou a triagem e precisava fazer então eu parei tudo e fui fazer a triagem. E aí, eu acho que a gente vai recebendo muitas demandas de crise, de intercorrência e a gente não consegue fazer o que precisa fazer, também acho que tem um pouco disso. (Sujeito 2)

Assim, do quanto que a gente... “deixa de lado o importante e vai cuidar do urgente!” Eu acho que a gente não conseguiu ainda... deixar de operar nessa lógica! A gente fica atendendo crise, acolhendo crise, atendendo o urgente, que sim, é uma parte do trabalho do CAPS, mas é uma parte! Hoje eu acho que... vamos dizer assim, tá quase que o todo, entendeu?! O que

deveria ser uma parte tá quase que o todo! Eu acho que a gente fica muito envolvido com as urgências... (Sujeito 7)

As entrevistadas relatam então como que uma perda, uma diminuição nos CAPS de sua capacidade de efetivar sua função reabilitadora, pois descrevem importante dificuldade para manter a realização das atividades planejadas junto a seus pacientes de referência, que acabam ficando relegadas ante a urgência das ações referentes às situações de crise. Isto ocorre mesmo com parte da equipe estando destacada e organizada em equipes de plantão e acolhimento para atender tais demandas em todos os períodos de funcionamento das unidades.

Então, é... eu acho que assim hoje, né, atualmente, pela... pelo momento que a gente vive, eu acho que a gente... no CAPS... a nossa realidade tem sido um pouco mais... mais... muito mais voltada pras questões da crise, né, muito mais é... dos usuários que chegam e daquilo que... a gente é... cuida atualmente, né, do que muito da... da questão... da reabilitação! Que eu acho que a gente já... já teve uma pegada mais... mais pulsante (Sujeito 2)

por exemplo a caminhada eu faço sozinha com esses pacientes por que que eu acho que é ruim assim/ por que que eu acho que eu poderia me dedicar mais? por que eu não consigo por exemplo sair daqui no horário que eu sempre programo... o horário é oito e meia e eu sempre saio daqui oito e quarenta... oito e quarenta e cinco... por demanda deles de às vezes/ muitas vezes eles se atrasam ou eu não consigo ainda organizar o grupo que vai por que aí tem pacientes no leito que falam "ai eu quero ir"... aí eu tenho que conversar com o plantão... ver se eu consigo alguém da equipe para estar junto para conseguir levar... (Sujeito 8)

Acho que depende do dia, depende de como está o Caps, de como estão as crises, do que é possível. Por que, às vezes, você tem uma saída que está agendada, mas aí tem alguém em crise por que daí tem um tanto que eu sou enfermeira. Que eu preciso medicar, preciso assistir contenção é... E aí de manhã a gente compõe, que eu componho com outra enfermeira, mas à tarde enfermeira fica sozinha. Como eu sou folguista eu cubro ela, então, assim. Se eu tenho um usuário contido, ou se eu tenho uma crise de agitação mais importante eu também não acho mais interessante sair. Depende do dia. (Sujeito 1)

Uma das entrevistadas diz ainda que as crises ocupam um importante espaço nas reuniões de equipe, em sua opinião retirando espaço para que a equipe atente para os bons efeitos que os tratamentos vêm produzindo, transformando tal espaço mais em um local de queixas quanto aos casos que estão “bombando” do que onde se possa também “comemorar” os bons resultados e procurar entender como isto se processou.

Então, olha, quando a gente falou de cartilha, não sei que nome dar, eu acho que seria interessante a gente poder rever esses casos, que eu vejo que a gente se ocupa de discutir esses casos na reunião de equipe, de referência, do que está bombando, sabe? O leito noite, e agente vai lá e fala

do leito noite que está em crise, aquele caso que está forte. E esses casos que são de sucesso a gente não comemora, a gente tem dificuldade de comemorar. A gente não reconhece o que foi feito e o que não foi feito, a gente não repensa que via é essa que a gente foi usando, o que aconteceu na construção do caso, né? A gente não revê as coisas, e levar isso para a equipe geral, também, né? Rediscutir os casos que são positivos, a gente não trás isso. (Sujeito 9)

Já quando a crise é de um paciente de sua própria referência ou ER, como já foi apontado anteriormente, as trabalhadoras apontam certas cobranças da equipe geral sobre o PR e da ER, muitas vezes percebidas como impertinentes e agressivas por parte destes últimos. São geralmente cobranças relativas ao motivo e ao tempo de permanência dos usuários em acolhimento integral na unidade, e que não são entendidas pela maioria das entrevistadas como tentativas de um maior entendimento do caso para uma melhor condução deste, mas sim como queixas do trabalho que decorre nestes momentos e que necessariamente tem de ser compartilhado pelo PR com o restante da equipe. É como se nestes momentos fosse dito ao PR que aquele trabalho deveria ser só dele ou que aquela crise é uma falha dele.

Às vezes a equipe cobra quando os usuários ficam muito tempo na permanência dia, porque que ele tá na permanência dia dando trabalho? Ou tá no leito há muito tempo, a equipe cobra, quer saber. Algumas pessoas entendem que realmente qual a função do leito naquela crise, outros já acham que tem que pedir internação fora. Existem pessoas que não se apropriam do projeto do usuário e aí ficam cobrando. Essa é uma cobrança, mas aí não só para a referência é para o médico também, se vem para o leito e não troca medicação, não coloca a medicação de crise, isso gera uma cobrança.” (Sujeito 10)

Ah, não, eu acho que sim, isso no dia a dia assim! Eu acho que principalmente quando é... é algum usuário que tá no leito, né?! “Ah, mas por que que esse caso tá no leito?” “Por que que tal pessoa tá no leito?” Né?! Ou: “Ah, por que que não saiu ainda?” Ou: “Por que que fulano não entra no leito?” Lógico que isso acaba acontece... acaba rolando assim... entre nós mesmos, né, equipe... (Sujeito 4)

Tudo que acontece com aquele usuário: “Ah, tem que ver com a referência!” Né?! Então, o usuário entra em crise é... alguma falta da referência! O cuidado da crise tem que ficar exclusivo... na mão da referência! Não que exclusivo, né?! Mas assim... é a figura principal... que tem que resolver... né...? (Sujeito 7)

O cuidado com a crise também é citado por uma das entrevistadas como sendo função do PR, que seria responsável pela articulação do um PTS de crise, isto é, pela remodelação do PTS daquele usuário no momento de crise. Mas que isto

também é sentido como um trabalho isolado, com pouca participação do restante, ou que esta ocorre somente com resistências.

A gente entendeu na minha equipe que a referência é responsável por ajudar a fazer o projeto de crise, mas eu acho que rola uma confusão porque pensar um projeto terapêutico de crise não quer dizer que a referência vai fazer tudo.(...)

Em alguma medida o que pega um pouco é o Projeto terapêutico de crise. Eu acho que a gente avançou muito de usuário ficar em leito e sair para trabalhar ou três vezes por dia mesmo estando em crise. (Sujeito 6)

Porém este ponto, a elaboração do PTS de crise, parece ao mesmo tempo abrir espaço para que esta seja entendida como um momento profícuo para a clínica do caso, um momento de intensa produção e trabalho psíquico do paciente, que permite ampliar as o entendimento do caso clínico, seu contexto e as possíveis formas de atuação da unidade, para além da demanda de intervenção medicamentosa, muitas única e preponderante. A partir daí parece ser também possível colocar em questão as demandas que o próprio usuário faz sobre seu tratamento. Não para simplesmente acatá-las, reeditando talvez a relação de poder, agora de maneira invertida passando-a para o lado do paciente, mas sim para procurar estabelecer um diálogo para a co-gestão do tratamento e do PTS.

Trabalhamos muito com a crise, isso é uma bagunça muitas vezes. Tem vez que eu acho que funciona e tem vez que eu acho que não. Parece às vezes que a gente tem uma lupa que ficamos usando para olhar aquele sujeito, mas é pelo contexto muitas vezes que entendemos por que ele está no leito o porquê daquela crise. (Sujeito 6)

mas por outro lado também a gente pode pensar a crise não só como um/ um período de prejuízo e suspensão assim do sujeito... mas também como um momento de muita produção... mas também de um trabalho psíquico também do sujeito né?... (Sujeito 4)

Lembro muito de uma usuária que foi um tapa na minha cara, para mim eu tava bem na função de referência dela, cuidadoso, negociando medicação e atividades. Até um dia que eu achei que ela não estava muito bem, fui falar com ela e ela retrucou com um misto de braveza e mágoa, e disse não estar bem, mas que não podia dizer isso para que eu não a deixasse de leito, mas que queria viajar no mês seguinte. Aí eu acho que entra coisa da confiança e o usuário vai se servir do tratamento nem sempre como eu quero, mas para aquilo que é importante para ele. E foi isso que fizemos com ela, o tratamento auxiliou a fazer a viagem que ela queria fazer. Na época da viagem, que ela já tinha organizado tudo com nossa ajuda, guardado dinheiro, reservado excursão, não estava muito bem, estava um pouco em hipomania. E ficamos sem saber se a deixássemos de leito para cuidar da crise, sabendo que isso iria desmontá-la. No final ela viajou com relatório, telefones do CAPS, medicações, e conseguiu ir e voltar. E ela ficou de leito depois da viagem, e aí o leito entrou como um cuidado para ela, no tempo dela. (Sujeito 5)

Por fim, uma das entrevistadas ressalta a importância para o CAPS III de sua função de acolhimento à crise e de sua abertura e disponibilidade para os imprevistos, emergências e inesperados. Mas apontando simultaneamente isto como fator gerador de angústia nos trabalhadores por muitas vezes dificultar, interferir e mesmo impedir o planejamento de curto prazo do trabalho, devido às intercorrências que o acolhimento à crise costuma causar no cotidiano do serviço, demandando muitas vezes alterações na rotina planejada.

Certamente assim eu acho que o leito noite inclusive pelo emblema mesmo enquanto crise né? e o quanto que de alguma maneira a crise imprime no cotidiano éh... um tanto do acaso e um tanto do caso... éh... que eu acho que vai dando uma toada do que é estar trabalhando no Caps III mas que é sem dúvida aquilo que está em vias de uma certa organização de um certo planejamento por que/ é o tempo todo a gente tendo que lidar com o inesperado né? e que nesse sentido eu acho que também está correlacionado/ está muito relacionado também com o que é a psicose né? Éh... (respirou fundo) e que acho que também traz um sentimento de angústia pro trabalhador em especial para nós que nos apresentamos como profissional de referência na medida em que a gente não consegue trabalhar tendo como horizonte um ideal de trabalho ou tendo um planejamento mais:: éh... em curto prazo né? ... a gente vai entendendo que o nosso planejamento se dá a médio e longo prazo... (Sujeito 4)

É importante ressaltar que esta pesquisa, por ter sido realizada com trabalhadores de CAPS III, com funcionamento e atenção integral 24 horas todos os dias da semana, pode ser colocada em pauta o atendimento da crise no território como uma das funções específicas deste tipo de unidade. A questão que se coloca é a possibilidade, e suas devidas condições, da realização deste tipo de atenção juntamente à atenção dita “ambulatorial”, longitudinal, passado o período de cuidado intensivo que a crise requer.

#### As tarefas Burocráticas

Outro aspecto do trabalho cotidiano bastante citado é aquele tido como burocrático, ainda que não seja possível perceber um consenso claro quanto à quais são eles. A mesma atividade é referida, algumas vezes pelo mesmo profissional, como podendo ser tanto um trabalho clínico, que beneficia diretamente o paciente ou que se direciona a ele, como burocrático, aquela atividade na qual não se percebe uma finalidade clara que possa beneficiar o paciente e que muitas vezes é

tida como algo que atrapalha a rotina de trabalho. São relatados como burocráticas as atividades como evoluções de prontuário, redação dos diversos relatórios, preenchimento da RAAS (instrumento de contabilização das ações realizadas pela unidade), ATs a bancos e outros locais, articulações com outras unidades, demandas por receitas de medicação, demandas jurídicas entre outras.

E aí, tem um tanto que são das evoluções, é cuidar desses prontuários para eles estarem atualizados, tem a RAAS que a gente tem que colocar a nossa produtividade que ela não deixa de ser isso. Acho que é a parte que eu mais peço, por que volta e meia eu dou uma atrasada nessas evoluções do prontuário de atendimento de campo, assim. Na parte de núcleo eu sou mais organizada. (Sujeito 1)

Tem o lado burocrático da referência, o paciente está sem evolução no prontuário, mas eu não o tenho encontrado, e quem tem encontrado com ele? Colocar registro em prontuário como obrigação da referência eu acho surreal. (Sujeito 5)

Nestas próximas falas as profissionais tratam da questão do uso que o paciente faz do serviço através de alguns benefícios que podem advir pelo fato de realizar tratamento em um CAPS. Uma delas consegue até mesmo perceber como sendo o único possível para alguns pacientes e não faz nenhuma ligação com o trabalho clínico. Surge também a questão do que pode ser tido como certos “privilégios” que os pacientes conseguem por frequentar o CAPS, tais como os relatórios que os auxiliam a conseguir benefícios financeiros e também a garantia de certa quantidade de passes de ônibus, que nem sempre estão ligados ao PTS ou são vistos dessa forma. Outras ações também parecem garantir pequenos privilégios que apenas os profissionais dos CAPS poderiam conseguir, tal como encaixes antecipados em consultas nas UBS.

Toma, mas... não é algo que me incomoda tanto assim... Porque... quando eu entrei assim, eu... me incomodava muito essa coisa de: “Putá, a pessoa nunca vem! Só vem aqui pra pedir “Transurc”, né?! Que saco!” Mas assim, hoje eu já penso assim, que... “Que bom que a pessoa tá vindo pedir “Transurc!”” “Que bom que a pessoa tá vindo pedir receita do... do alto custo!” Porque daí a gente pelo menos consegue ver essa pessoa! Né?! Antes me incomodava muito, que eu achava que era mal uso do serviço! Hoje eu faço a leitura de que talvez algumas pessoas de fato não deem conta de estar aqui! E que não tem nada de errado com isso! Às vezes é até saudável a pessoa não quer estar no CAPS! (Sujeito 7)

a Transurc é a demanda maior né?... a primeira e maior demanda burocrática que tem no serviço que eu acho que a referência está muito próximo disso que a gente precisa se atentar ao prazo... tanto que foi feito o cartão... quando da retirada... às vezes o paciente fala "você guarda o

protocolo para mim" é uma responsabilidade de agenda eu costumo por na agenda "paciente tal vai retirar o cartão da Transurc dia tal" para não perder e para não interferir no acesso dele ao serviço de saúde e aí demandar outras questões... eu acho que a segunda maior demanda é:: benefício né? ou por que a gente está tentando e aí é isso tem que ligar no INSS... a assistente social ajuda muito nisso... ela faz as ligações vê a documentação que precisa/ qual benefício cabe né?/ se é da assistência ou se é da saúde em fim... (Sujeito 8)

Nesta última fala surge uma das formas possíveis como a assistência social pode ser incorporada ao serviço de saúde mental, simplesmente mais para dar conta de certas demandas específicas da área e menos para ampliar o olhar sobre os casos. Outro impacto a ser avaliado é se sua presença reduz também a tendência da equipe a procurar serviços de outros setores ou deixam a seu cargo o contato com os mesmos, reduzindo assim a capacidade da equipe de produzir intersectorialidade.

Na fala desta próxima entrevistada surge francamente o incômodo com aquilo que a profissional identifica como trabalho alienado, aquele que nada tem a ver e como nada contribui para os processos de reabilitação dos pacientes. Uma das consequências que ela assinala devido às cobranças em relação à produtividade é a criação de um "desprazer" em relação ao trabalho. E é ainda interessante notar que essa mesma profissional aponta que as cobranças sobre seu trabalho ocorrem somente quando o paciente inicia uma crise, e que não há qualquer forma de utilização destes indicadores de produtividade para avaliar qualitativamente o andamento dos PTSs.

é... essa parte é muito chata... essa parte inclusive que eu acho que em muitos momentos desestimula muito também né? é:: por que quando a gente começa a ter que se ver a cumprir algo que não necessariamente a gente consegue identificar uma função que diz respeito de fato à própria reabilitação né?... isso vai fazendo com que a gente tenha aquela sensação mesmo do trabalhador alienado e:: é:: claro que isso vai criando um certo desprazer... em fazer o que a gente se propõe a fazer quando a gente pensa mesmo na ética do que a gente entende como trabalho da saúde mental é:: bem ruim falar disso né? assim tanto quanto viver isso é:: inclusive por que mensalmente eu não sou cobrada em relação por exemplo com os projetos das minhas referências né?... no sentido de ter muito espaço onde eu posso me haver com o fato de que por exemplo eu não tenha esse planejamento com os meus dezenove casos... é:: mas tenha que me haver por exemplo com as cobranças dos que tem essas demandas burocráticas... é:: e me perceber sendo ainda mais demanda para aquilo que pouco diz do que eu entendo ser o trabalho dentro de um Caps por exemplo.(...)  
é:: se isso não entra como uma urgência se isso não aparece aqui por exemplo como uma urgência não... (...)

crise... leito... éh:: intercorrências na comunidade... ou como nesse exemplo intercorrências em outros espaços de circulação... então não haveria essa cobrança... o caso chega/ o caso aparece no geral quando o caso é avaliando como problemático naquele momento... (Sujeito 4)

Esta outra trabalhadora quando questionada sobre suas atividades burocráticas as identifica primeiramente ao que não gosta de fazer, ao que lhe gera desprazer, para depois, quando especificado com mais clareza, dizer das outras atividades.

Ai, eu acho muito chato, na verdade. Tinha um paciente que acabou falecendo, assim. Aí tinha que... É disso que você está falando? A gente tinha que ir ao banco com ele todo mês, ajudar ele com esse controle do dinheiro, ele fazia dívidas, ele não tinha ninguém da família, era só ele, mesmo. Ele não tinha ninguém para ajudar ele a fazer esse tipo de coisa. Ele precisava de ajuda para fazer esse tipo de coisa que ele não conseguia fazer isso sozinho de jeito nenhum. E aí era a referência que fazia. No caso era eu.(...)

Ah... Isso é automático, eu acho. Faz parte. (...)

Não. O que pesa é fazer RAAS. Se perde muito tempo fazendo RAAS. Não, acho que faz parte, assim. Acho que é até um jeito de construir o PTS, assim. "Ah... O passe da Transurc, você vai usar para que? Quantas vezes? Para onde você vai? Como é a sua circulação?" Legal... Por que a pesar da Transurc fazer vários impedimentos e limitar algumas coisas, acho que a gente consegue dar uma manipulada lá e colocar mais passes do que ele realmente precisa, assim. E eles sabem que a gente tem esse poder de fazer isso, assim. E acho que há uma possibilidade de construir o projeto terapêutico (Sujeito 3)

Esta mesma profissional relata também sobre as atividades burocráticas específicas da enfermagem e, da mesma forma que diz da RAAS, a queixa é do tempo que as exigências do COREM tomam da equipe de enfermagem no cotidiano do trabalho, e da dificuldade de perceber qualquer finalidade para este trabalho. E aí encontramos a tentativa de dar sentido a esse trabalho, que é em si também outro trabalho.

Mil exigências do COREM, de uma enfermagem gigantesca de um serviço que funciona 24 horas e meio que, eu e minha colega, outra enfermeira, a gente que fica encarregada de colocar as coisas em prática, tentando fazer o que o COREM está pedindo. Mas, não é por isso que vamos fazer o que ele está pedindo. Vamos tentar fazer do jeito que a gente acha que é melhor para o Caps, por exemplo, a SAE, é... Um monte de papel que tem que preencher. E tem mesmo. E como? E por quê? Então, isso dá um puta de um trabalho, coisas muito burocráticas de escala, de relatório, de em fim... Coisas muito chatas do COREM e desnecessárias e isso toma tempo também. (Sujeito 3)

Esta questão do tempo que este tipo de trabalho toma também surge como questão no relato de outra profissional, como algo que se coloca como uma

escolha entre realizar tais atividades ou as demais junto aos pacientes. Em seu relato também aparece certa dificuldade em situar se algumas destas atividades são clínicas, trazem efeitos terapêuticos para o paciente, ou puramente burocráticas, sem relação e sem efeitos com os PTSs, para a melhoria do quadro ou para a qualidade de vida dos atendidos. Esta dificuldade de definição aparece, em sua fala, quanto às evoluções de prontuários e a redação de relatórios, mas também quanto ao benefício do passe de ônibus, refeições entre outros nas demais falas.

Para mim é uma angústia. As pessoas terminam o grupo, pegam todos os prontuários do grupo e fazem. Meu grupo tem por volta de 10 pessoas, no máximo 15. E aí têm todos os outros 15 que não vieram, e aí eu também tenho uma tendência de atender as famílias e fico com uma certa dificuldade de fazer a parte burocrática. Prontuário, relatório isso para mim é uma questão. E também é uma questão porque eu entendo que enquanto estou fazendo essas coisas estou menos disponível para estar com usuário. Eu tenho uma preferência de estar com os usuários mais tempo, geralmente estou atrasada com a parte burocrática. É uma escolha, eu pago preço. Prontuário eu entendo que tem que fazer, é um registro da história. As outras coisas burocráticas, como a RAS, eu entendo que a RAS é um absurdo, aquele monte de papel, isso devia ser eletrônico só clicar e pronto. Isso me toma um tempo grande, BPAC, BPAI, relatório. Relatório ainda entendo que faz parte da necessidade do sujeito é menos penoso. Mas essas questões mais burocráticas é onde eu acho que o trabalho não vale a pena. É o que me irrita também é que a gente passa muito tempo sem médico então a gente tem que ajudar ele com alguma coisa burocrática da medicação, uma receita que a gente ajuda a adiantar. (Sujeito 6)

Toma mais do que precisaria. Às vezes a gente tem que ir à defensoria ou no Ministério Público que aí ultrapassa um tanto o cuidado daqui. É lógico que é um cuidado com o usuário, voltado para usuário, mas eu entendo que é mais burocrático. Ou mesmo de fazer Transurc que demandam tempo bem grande. Também tem fazer supervisão em outros serviços daquele caso, como a casa de oficinas, mas aí mais clínico né. A parte burocrática toma bastante, os relatórios. É que os meus usuários como vem pouco ao CAPS, e acabo às vezes eu faço a burocracia de outros usuários. De moradia ou de matriciamento também entra bastante burocracia, preencher dados de matriciamento, fazer ata, preencher os dados do BPAC, de triagem, e triagem também precisa de um tempo grande, não só de burocracia. Ela é feita pela equipe de plantão no acolhimento, além de avaliar todos os leitos, apesar de discutirmos que não precisa avaliar todos os leitos, a gente se cobra um pouco nesse sentido. A figura do plantão acaba sendo também burocrática, faz triagem, faz avaliação dos leitos, fica de referência aquele cuidado naquele período. (Sujeito 10)

## A responsabilidade, sobrecarga de trabalho e o sofrimento do trabalhador

Tem um tanto da referência que é responsabilidade, quando a gente é a referência a gente se sente em certa medida responsável por esse cuidado. (Sujeito 6)

é nesse sentido que eu quero dizer... acho que o atendimento de referência ele aproxima de uma maneira mais integral o cuidado assim... (Sujeito 8)

Nas duas falas acima encontramos duas das principais funções das ERs e dos PRs: prevenir a desresponsabilização pelo seguimento dos tratamentos que o trabalho realizado segundo o modelo tradicional pode causar e ampliar o entendimento e as ações sobre os casos em direção à integralidade. Porém foi relatado pelas entrevistadas como tanto a responsabilização como a integralidade podem se transformar com alguma facilidade em intensas cobranças quanto aos processos de tratamento em curso.

Sendo então o PR que tem de realizar a maior parte das diversas atividades dos PTSs de seus pacientes de referência, que, conforme relatado por grande parte das profissionais, em muitos casos se mostram excessivas, é então referido um acúmulo de atividades quando somadas ainda às demais atividades que tem de realizar na unidade, tais como: plantões, atividades de núcleo, oficinas terapêuticas, cuidado dos pacientes em crise e etc. É importante ressaltar ainda que há muitas demandas intersetoriais, que trazem outra dificuldade para os PRs por se tratarem de ações fora de seu campo de atuação, mas que muitas vezes se enquadram nas atividades pertinentes aos PTSs dos pacientes.

Mas, acho que todos os pacientes, daí quando você perguntou se eu consigo estar, conhecer bem todos, daí eu não sei se todos, não sei se eu consigo fazer tudo o que eu gostaria.(...)

E aí, eu acho que a gente vai recebendo muitas demandas de crise, de intercorrência e a gente não consegue fazer o que precisa fazer, também acho que tem um pouco disso.(Sujeito 3)

é muito intenso o trabalho do Caps... então tem semanas que você fala "meu Deus... essa semana foi muito curta para tudo o que eu tinha que fazer" e às vezes começa a angustiar... "nossa... eu preciso ir a casa desse paciente" então "para agendar a visita não consegui ainda..." éh:: por conta em fim de uma agenda muito intensa ou de coisas que aconteceram e que você teve/ que te demandou tempo... (Sujeito 8)

Sei lá, eu tô muito tomada com essas questões sociais assim... Isso é uma coisa que me incomoda! Eu não sei, eu acho que eu me sinto muito pressionada a dar respostas do tipo... de ter que arrumar benefício pra "fulano..." Ter que... dar uma... uma resposta pra moradia... Que às vezes eu também não tenho! (Sujeito 7)

Às vezes a gente é tão engolida pelo que acontece geralmente no Caps, que não é uma receita de bolo... Que não é igual hospital. Você chega, pega o plantão da medicação, tem o horário de banho, tem o horário que você faz a sua evolução e aí você fecha o seu plantão e vai embora.

Começa com uma agitação, aí tem outra agitação, e aí tem outra agitação e aí você vai dando conta disso que está acontecendo e aí chega uma família agora para conversar. (Sujeito 1)

Entre estas atividades as que ficam mais negligenciadas, principalmente nos casos, dos profissionais da Psicologia e da Terapia Ocupacional, são as atividades de núcleo. Porém no caso dos profissionais da Enfermagem é relatado com sendo mais difícil deixar as obrigações nucleares de lado devido às diversas exigências do COREN, e em muitos casos as equipes optam que os profissionais desta área tenham menos pacientes de referência para poderem dar conta de suas atividades de núcleo.

Eu estava em uma época com 30 referências e, eu tenho um monte de função no núcleo de enfermagem, a gente entendeu que talvez fosse importante eu ter menos, por que eu não estava dando conta das outras responsabilidades. Também com a mudança de esquema do plantão de final de semana, eu tenho ficado mais presente nos finais de semana e menos durante a semana, o que também dificulta eu estar mais próximo dos usuários. É ruim. Nos grupos, nas outras atividades, enquanto eles circulam durante a semana. Então eu acabei... A gente entendeu que eu era... Eu tinha o limite máximo de 22 referências. (Sujeito 3)

Atividade núcleo é bastante difícil, a gente faz 30 horas, só os TOs estão nas moradias, e técnicos de enfermagem e os monitores, enfermeiros e psicólogos não estão. A gente faz várias atividades e a gente tem que dar conta de tudo isso na tudo nas 30 horas, mais matriciamento toda semana, toda quarta-feira. E sempre garante estar na moradia, são 3 horas por semana. (Sujeito 10)

se a gente for considerar do ponto de vista formal o que são as atividades de grupo pensando grupos de psicoterapia espaços mais da produção da fala... talvez eu diga para você que nenhuma... (Sujeito 4)

Esta sensação de sobrecarga do PR surge também muitas vezes como uma impressão de ter que dar conta de tudo, de ter que dar conta do sujeito em sua integralidade. Daí também certo acúmulo, referido anteriormente, de atividades nos PTSs. Nestes momentos a integralidade, a compreensão e a construção ampliada do caso, parecem ser confundidas muitas vezes com o cuidado da totalidade das variadas esferas da vida do sujeito.

Para mim até certo ponto isso traz uma riqueza, porque você tem uma pluralidade do seu trabalho, e por outro isso traz uma sobrecarga muito grande porque você começa a fazer tudo, a escuta, marcar o agendamento com o médico, fazer o AT com o cara, isso as vezes circula pouco entre outras pessoas da equipe. A função referência começa a ficar como o responsável não pela integralidade do cuidado enquanto a articulação, mas a integralidade da vida enquanto um sujeito sustentando funções junto a um

outro sujeito. Então aí eu acho que entra uma sobrecarga muito grande. (Sujeito 5)

mas em nossa rotina por exemplo isso é inconcebível para a gente poder trabalhar entendendo que a gente não está por exemplo/ não está dando conta da integralidade do sujeito né? que conceitualmente é uma diretriz pro SUS e que o Caps passa também a tentar responder e dar conta disso mas que do ponto de vista mesmo psíquico a gente não vai conseguir éh... atender a integralidade do sujeito inclusive por que inclusive sujeito muitas vezes não se apresenta na sua integralidade..." (...)

acho que para além do burocrático talvez o que chegue mais como cobranças tem haver com essa dinâmica e com esse lugar que a gente vai encarnando assim de super heróis assim no sentido de que a referência ela:: está para poder dar conta da vida do sujeito como um todo... éh... e aí nesse sentido eu acho que as/ as cobranças/ elas aparecem por um ser movimento de defesa do profissional consigo mesmo. (Sujeito 4)

É então possível percebermos uma importante relação entre esta sensação de sobrecarga de quantidade de atividades e também de como é percebida sua função e incumbência, e os relatos de sofrimento destas trabalhadoras. O crescente isolamento no espaço e na equipe de trabalho surge como defesa, tentativa de evitar a chegada de ainda mais demandas, ao mesmo tempo em que procuram dar conta daquelas que já existem de seus pacientes.

Eu acho que é pra gente retomar, então qual que é o foco do Caps, qual que é o foco da referência, que eu acho que isso vai se perdendo... Isso já se perdeu eu acho. Que eu vejo que a gente fica muito mais, todo mundo fala isso, apagando os incêndios do que... Aí eu entro na questão do núcleo, né? Eu sou terapeuta ocupacional, mas aí eu me vejo atendendo, às vezes, uma quantidade grande, por que não tenho só essas referências para atender, às vezes outras coisas vão me atravessando do dia e de outras referências, né? E aí eu me vejo apagando muito incêndio, correndo atrás de muitas coisas e, às vezes, não tendo tranquilidade para criar projetos que eu gostaria que fosse mais do meu núcleo, né? E aí isso me deixa muito frustrada. (Sujeito 9)

Eu vejo as pessoas se defendendo. Tem pessoas com 40 referências, eu sou das que tem menos. Se eu olhar para pacientes de outras referências vou deixar os meus para trás. Tem essa pressão da referência também como responsável. Geralmente é na cobrança, menos no aviso, é geral. São várias cobranças sobre a referência. Várias articulações são possíveis de ser feitas por outras pessoas da equipe, vai da disponibilidade de cada um. Não sobra para a referência. A gente entendeu na minha equipe que a referência é responsável por ajudar a fazer o projeto de crise, mas eu acho que rola uma confusão porque pensar um projeto terapêutico de crise não quer dizer que a referência vai fazer tudo. Eu acho que é defesa, está todo mundo tão sobrecarregado que diz que a responsabilidade é do outro. E no fim dá tudo errado porque fica cada um a solidão do seu trabalho. Está todo mundo se defendendo porque não aguenta o tamanho desse trabalho. (Sujeito 6)

Seria possível questionar o que veio primeiro, se a dificuldade de se trabalhar em equipe cria esta tendência ao isolamento e daí decorre a sensação de sobrecarga, ou se há um importante aumento de demanda por atenção nos serviços que resulta em parte nesta sensação de sobrecarga, levando ainda cada vez mais ao isolamento e a dificuldade no compartilhamento do trabalho.

Tem por exemplo a participação em grupos e oficinas terapêuticas, eu espero que eu consiga junto com aquele sujeito pensar no cuidado dele, mas eu não espero que ele faça oficinas terapêuticas em que eu seja a única facilitadora, espero que ele esteja em outras atividades com outros profissionais. Mas eu percebo que em muitos casos isso acaba não acontecendo, acaba que a referência é quem cuida exclusivamente. (Sujeito 6)

### **Tratamento, Clínica e Cuidado**

As atividades de tratamento, que se destinam a promover a melhoria do quadro psíquico e também a qualidade de vida dos pacientes, são nomeadas pelas entrevistadas principalmente de três formas: cuidado, terapêuticas ou clínicas. Manteremos a aproximação destes termos. São percebidas desta forma atividades realizadas diretamente na relação com o sujeito do sofrimento, tais como “o *cuidado da crise*”, os ATs, grupo de referência, atendimentos de referência, atendimentos de núcleo. Mas também atividades que não são realizadas fora desta relação e não ausência do sujeito em acompanhamento, mas que cumprem papel fundamental e trazem importantes benefícios a seu processo de tratamento tais como reuniões em outras instituições, relatórios e etc. “*Percebo que a gente faz um trabalho de direcionar o cuidado.*”. A chamada clínica da subjetividade ou psíquica não é mencionada com frequência ou descrita claramente na maioria das entrevistas. Mesmo com referências à Psicanálise ou a outras teorias que orientem tais práticas como a Psicologia Analítica em quase todas as entrevistas.

Quanto ao que concebem como o tratamento realizado pelas unidades, as entrevistadas também relataram principalmente sobre as diversas atividades e ações executadas pelas equipes, tanto dentro do CAPS como no território; realizadas diretamente junto ao usuário ou em sua ausência. A relação dos PTSs

com a medicação, sua necessidade e a possibilidade de realização de tratamentos sem sua utilização também foi um tema bastante abordado e comentado.

Nas falas abaixo as profissionais exemplificam algumas atividades que consideram importantes para os PTS de seus pacientes, tais como os atendimentos em psicoterapia, em terapia ocupacional, o matriciamento e a relação com as UBSs, a atenção aos familiares, e algumas de suas funções.

e a psicoterapia que eu acho importante em fim... para alguns que estão muito desorganizados eu acho que a terapia ocupacional também ajuda na organização do cotidiano... então acho que tem muitas frentes de cuidado que não é só a medicação mas que a gente fala muito sobre (Sujeito 8)

matriciamento também acho uma ferramenta importantíssima para o cuidado para as discussões de caso por que não acho que é só o Caps né? que tem que cuidar... muitas ações inclusive eu/ tem muitas ações que é do coletivo junto com a equipe do centro de saúde assim né? éh... então às vezes a gente está cuidando de um paciente aqui mas tem um familiar demandando também um cuidado e aí para este lugar que a gente encaminha e que a gente busca parceria... (Sujeito 8)

existem casos que... que às vezes a gente tem uma ideia de que passa muito tempo no Caps ou que vem poucas vezes no Caps, mas que quando você senta para ouvir você vai entendendo que existem demandas outras que, para além de estar ou não no Caps, que podem ser cuidadas e podem ser olhadas, como muitas vezes é a relação com a própria família, e aí poder interferir necessariamente em um projeto terapêutico pode ser secundário a essa aproximação com essa rede familiar. (Sujeito 4)

Já nesta última fala é possível perceber uma relação com a escuta da demanda do paciente e a construção do projeto terapêutico, sendo a primeira que poderia fazer a indicação das ações realmente pertinentes a cada PTS. A profissional aponta que muitas vezes as demandas trazidas pelos pacientes se referem a questões externas e não aquelas esperadas pela instituição e para as quais se organizam suas atividades. Portanto, a multiplicidade e variedade de ações dos CAPS se justificam então, ao menos em parte, pela necessidade de considerar a integralidade da atenção, procurando entender as demandas e atuar sobre elas de forma ampliada, e não restritos somente às ações típicas de cada núcleo profissional.

[...] não acredito que a gente possa cuidar do indivíduo sem conhecer o contexto familiar e atuar junto nesse espaço... que mais... acho que assim direcionar assim para que eles vão trazendo as demandas e você vai vendo que dentro do serviço também cabe para que ele possa ser cuidado de maneira integral... (Sujeito 8)

Mas eu acho que a construção do projeto ainda tem uma rigidez de dias da semana, como se isso fosse o projeto e não pensando em propostas que ampliem o cuidado. (Sujeito 6)

Nas falas seguintes, duas entrevistadas relatam o que consideram ser importantes habilidades clínicas, de cuidado para com seus pacientes de referência, mas que pouco se relacionam com habilidades técnicas oriundas de suas formações universitárias. É interessante notar como características relativas à humanização da relação com o paciente sejam consideradas como terapêuticas, tais como respeito e toque. Mas também aquelas atividades e interesses particulares, que cumprem importante função para determinados trabalhadores e que, do mesmo modo, passam então a ser ofertadas como recurso terapêutico pela unidade.

[...] eu tenho muito assim como referência a Nise da Silveira... ADORO o trabalho dela assim... ela foi inclusive a profissional assim que trouxe mesmo a terapia ocupacional como um espaço mesmo potente de cuidado de saúde né? assim... que é isso que está no seu inconsciente é isso que a gente/ né? precisa se atentar e cuidar respeitar o paciente... eu acho que eu recebo muito os pacientes e acho que eu coloco muito esse olhar em relação ao respeito que ela tinha/ ao cuidado que ela trazia ao indivíduo... me lembro muito de uma cena dela inclusive desse filme atual que o enfermeiro falando e ela fica "cala a boca... me escuta... né?" isso é material né?... a gente ouvir é material que vai trazer para a gente as condições do cuidado... éh... eu gosto muito da coisa do toque assim de... "oi... tudo bem"... então assim e ouve... acho que é importante o toque que também vem muito dela dessa característica da Nise... (Sujeito 8)

eu acho que hoje eu vou... eu vou entendendo mais como um certo jeito de poder me aprofundar e pensar coisas que me interessam é exatamente poder conciliar outras áreas de interesse da vida com o que eu vou desenvolvendo aqui para dentro do serviço mesmo... então éh.. do ponto de vista mais dos conteúdos teóricos eu éh... me percebo assim muito interessada no que diz respeito assim de uma proposta de uma clínica ampliada então éh... esse hoje/ talvez esse seja um dos conteúdos sobre os quais eu me dedique mais assim a ler éh... inclusive de poder investir mesmo enquanto curso e enquanto processo de capacitação... éh... e acho que daí outras habilidades que vão cabendo inclusive nas propostas de assistência mesmo do Caps... então atividades outras propostas que sejam artísticas éh... que sejam para mim como recurso terapêutico na vida e que também vai me permitindo oferecer também como uma proposta terapêutica no Caps... (Sujeito 4)

Obviamente, esta característica exclusivamente, o interesse do trabalhador, não é determinante para o sucesso de uma atividade ofertada em um CAPS. É fundamental que exista também interesse e função desta proposta por parte dos usuários. Mas é importante frisar que também somente o interesse dos pacientes em uma determinada atividade não é o suficiente para sustentá-la.

As falas seguintes marcam a importância dos ATs para o PTSs. As entrevistadas ressaltam a importância de apoiar o paciente na construção de projetos próprios fora do CAPS, construir espaços de circulação, a ampliação da clínica ao se aproximar de suas casas e do território que os circunda, como forma de trabalhar e aumentar sua autonomia. Porém ressaltam ao mesmo tempo a dificuldade de realizar esta “*clínica cara*”, tais como o excesso de demandas dentro das unidades e os longos períodos de tempo que geralmente são necessários em uma atividade como esta.

Eu gosto muito da clínica do AT, acho uma clínica interessantíssima, com os psicóticos, com os neuróticos não, no sentido de poder construir uma circulação pelo território, como ele mapeia o território, o que estrutura essa circulação. Agora, eu tenho uma frase é assim, o AT é uma clínica cara. Não deveríamos usar o transporte para isso temos que usar os elementos que são pertinentes ao caso, ir a pé ou de ônibus, se a família não traz, é interessante que seja trabalhada esta autonomia. Ou então ele vai ficar usando o transporte eternamente. Fazer esse trajeto da casa para o CAPS e do CAPS para casa é uma manhã, investimento de tempo muito grande, é difícil ter 4 horas livres na semana, acontecem muitas intercorrências, ligações de telefone, pacientes que não estão bem, relatórios para fazer, e aquilo que seria um tempo livre vai ficando cheio. Então eu diria que a clínica do fora do CAPS, que tem uma potência imensa, e que em última instância, é aquilo o CAPS se propõe, isto deveria estar absolutamente presente, você não consegue fazer pela quantidade de demandas que te seguram dentro do serviço. E que, por outro lado, se você não fizer a culpa vai ser sua. (Sujeito 5)

Quando eu falo isso é que eu gostaria por exemplo de retomar algo em grupo e aí eu vejo que pela questão de horário e de tudo que está acontecendo eu não tenho conseguido. Talvez tenha uma questão da minha organização que eu preciso rever. Tem casos que eu consigo investir e eu vejo que essa questão da terapia ocupacional está mais presente de atividade de AT, de projetos de vida fora do Caps, de ir na casa fazer coisas juntos, eu acho que tem casos que isso rola, mas tem casos que ficam a desejar e que eu não dou conta. (Sujeito 9)

eu acho que uma atividade/um recurso que eu gosto bastante é a ideia dos acompanhamentos terapêuticos... é de elaborar... éh... o que da vida surge... o que da vida surge como uma demanda inclusive éh... em vias das dificuldades dos sujeitos né... seja:: em poder circular na cidade seja em poder mesmo dar conta de se apresentar para essa necessidade que está em pauta e de poder fazer junto né?... éh... estar mais próximo da casa... acho que nesse momento também tenho me visto assim muito pegar pelas questões que diz respeito da rede familiar de cada um deles... éh... então hoje tanto o acompanhamento terapêutico quanto as visitas domiciliares assim tem entrado para mim como um norte para esse processo de referência... (Sujeito 4)

Nas falas exemplificadas até aqui é possível perceber que a ampliação da clínica é uma forma de tomar em consideração as diversas demandas dos sujeitos em tratamento a partir da escuta que lhes é oferecida. Mas também que há certa

dificuldade em apontar a finalidade dos PTSs para além da permanência dos pacientes na unidade, nos dias acordados e para as atividades combinadas. O que pode também trazer alguma dificuldade para a avaliação que os próprios trabalhadores deveriam realizar dos efeitos dos PTSs e dos tratamentos que conduzem.

O uso de medicação é apontado como um dos recursos terapêuticos da unidade, sendo utilizado de forma quase hegemônica. Porém há relatos de tratamentos realizados sem medicação nos CAPS, ainda que poucos, sendo que alguns se mostraram de sucesso, enquanto outros não conseguiram de se sustentar nesta proposta, mesmo com acompanhamento intensivo na unidade e disponibilidade da equipe. De forma geral as entrevistadas apontam que muitos pacientes interrompem o uso por conta própria, e levantam, entre outras, hipótese disto ocorrer devido à dificuldade de discutir esta possibilidade junto à equipe. Nenhum dos entrevistados relatou considerar impossível vislumbrar a possibilidade de tratamentos sem medicação nos CAPS, a partir portanto, apenas do uso das demais ofertas terapêuticas da unidade.

E aí, eu fui falar com médica e ela não concordou. E ela falou que ela era a médica, que ela é que mandava e que ela não iria tirar a injeção. (Sujeito 3)

Eu tenho alguns usuários que não usam medicação, pessoas há muito tempo aqui e que até frequentam outros espaços, mas que tem uma rede de socialização que acaba se dando muito aqui. Então, apesar de não fazer uso da medicação, eles vêm participam de outras atividades. Tenho dois atualmente que não fazem uso de medicação, com a frequência esporádica o CAPS, já tem projetos em outros contextos. (Sujeito 10)

No momento eu acho que a gente não tem... Eu, pelo menos, não tenho nenhum paciente que não use... medicação! Não acho que seja impossível! Não acho mesmo! Mas eu acho que é algo que tem que ser construído caso a caso... via... pela via da singularidade... mas acho que a medicação é um... uma questão que pra mim pode ser muito discutida! Eu prefiro... um paciente vinculado ao serviço... que não tome medicação do que... alguém que tome medicação e a gente não conheça! (Sujeito 7)

Mas eu enquanto referência acabo lidando muito mais do que gostaria com a medicação. Eu gostaria de escutar mais. Aí eu preciso resolver a prescrição que está errada, o usuário que não está tomando, resolver questões de medicação com o médico, a gente acaba generalizando um discurso de necessidade da medicação. Os usuários do meu grupo perguntaram no final do ano se poderiam beber fazendo o uso da medicação, o medico disse que poderiam um pouquinho só, e depois ninguém bebeu. Eu não acho que o uso da medicação é condição para que o sujeito seja cuidado. (Sujeito 6)

Algumas profissionais relataram quanto ao pedido do paciente de interromper o uso da medicação como parte da apropriação deste de seu próprio tratamento e, portanto um pedido legítimo ao qual a equipe deve ouvir e lidar.

Tenho um paciente que está no CAPS há 20 anos e decidimos que ele iria parar de tomar o remédio. Chamamos a família e conversamos sobre isso, mas aí ficamos 4 meses sem médico. Ele parou sozinho, foi me avisando, para agente avaliar junto se está rolando ou não, não deu, ele mesmo voltou e pediu para voltar a tomar o remédio, tinha entendido que o problema não era espiritual. Têm outros que não, que vem para o leito porque ficou muito mal depois de parar de tomar. Tem outros que somem porque a gente tem um discurso muito forte de que tem que tomar a medicação. E que a pessoa entende que ela não quer tomar então não cabe aqui no CAPS. Acho isso péssimo porque a gente não está escutando a pessoa quando ela quer parar de tomar o remédio, temos pouquíssimos casos de pessoas que não tomam medicação. (Sujeito 6)

Isso ainda diz respeito do tratamento dele... né? isso ainda diz respeito da possibilidade de cuidado dele né? inclusive por que me parece muito mais interessante que esse usuário possa dizer na medida em que ele não queira mais tomar medicação e na medida em que a gente possa cuidar disso tentando entender por onde passam quais são as questões que fazem que ele tenha essa decisão/ tome essa decisão do que necessariamente poder suspender então/ suspender a própria inserção e permanência dele no Caps né?... acho que uma coisa não está necessariamente ligada à outra... acho que realmente a gente se propõe a fazer um cuidado que não é o medicamentoso... inclusive pensando no meu núcleo em especial... (Sujeito 4)

Outro ponto trazido pelos profissionais é dificuldade de manter discussões clínicas aprofundadas e críticas nos espaços de reuniões dos serviços. A importância da supervisão clínico-institucional é lembrada neste ponto, mas principalmente devido à diminuição de sua frequência. Uma das entrevistadas relata que as discussões são excessivamente práticas, objetivas, enquanto outras duas apontam a diversidade e quantidade de atravessamentos e urgências como um dos fatores que atrapalham e abarrotam os espaços de discussão, conforme foi apontado em uma categoria anterior.

A gente tenta discutir os casos, né, dentro da miniequipe e... mais amplamente na equipe geral, pensando do ponto de vista do caso clínico, mas, assim... nem sempre... A gente vai esbarrando aí às vezes numa série de questões... Às vezes até... de ordem política... que acabam eu acho que limitando assim... (Sujeito 7)

E fica uma coisa do dia a dia, sem uma, eu acho que talvez essa questão da profundidade da discussão clínica dos casos e acho que isso faz falta. A gente fica muito prático, sabe? Como poderia ser feito? (Sujeito 9)

O que eu sinto falta e muita falta é que antes a gente era muito mais aquecido nas discussões clínicas. As supervisões aconteciam até mais vezes. Hoje em dia até por uma questão do financiamento acontece menos. (Sujeito 9)

Então eu sinto falta disso, que isso fosse efetivo, sabe? Que eu acho que isso traria outra discussão clínica. Eu acho que a gente está fazendo, fazendo, fazendo o tempo todo coisas legais e ricas, coisas não legais também, mas que a gente tem dificuldade de, a gente fala sempre de coisas muito práticas e, às vezes, não se aprofunda ou repete muito as mesmas coisas e não tem uma conclusão sobre aquilo. (Sujeito 9)

exatamente por isso que a gente está dizendo... ao quanto que a nossa rotina não vai nos fazendo caber esse olhar de caso a caso... seja por que é muito pouco o nosso espaço de reflexão assim o nosso momento de poder trabalhar clinicamente os casos éh... e aí poder aprofundar mesmo quais seriam os outros investimentos necessários tanto quanto operacionalizar isso né? é desde um produzir do ponto de vista da reflexão quanto da operacionalização... (Sujeito 4)

Os cuidados de enfermagem são percebidos de forma ambivalente também. Alguns como a realização de medicações injetáveis, coleta e realização de exames, são claramente entendidos como funções exclusivas dos profissionais deste núcleo. Já outras como banho, administração de medicação oral e até mesmo alguns curativos, são percebidas como passíveis de serem realizadas por profissionais de outros núcleos. Há ainda aí uma distinção que surge dentro do núcleo de enfermagem entre o tratamento em saúde mental, na maioria das vezes nomeado somente como cuidado, e as atividades de tratamento que orientam para os fatores orgânicos, nomeadas como “cuidados clínicos”.

Eu acho que tem os cuidados específicos, privativos da enfermagem e quem acaba fazendo mais são os técnicos, mesmo de medicar, de verificar sinais vitais, intervir quando o paciente está passando mal, socorrer, sei lá, acompanhar no banho. Que nem sei também se banho é privativo da enfermagem, acho que não. Acho que banho que precisa de uma técnica, né? Um banho no leito, tal... Se tem um curativo e se tem algo específico, aí sim, por que exige uma técnica. (Sujeito 3)

mas eu também não sei responder o que é da enfermagem e o que não é. (Sujeito 3)

Então, dentre os núcleo de enfermagem tem cuidados de escutar família, orientar, então a ideia no COREM foi essa, de que a SAE seja da equipe multi, construída por todo mundo, e que dentro dela tenha sim os cuidados de enfermagem. (Sujeito 3)

Então, por exemplo, cuidar dos usuários que estão de leito noite e fazer a sistematização da assistência de enfermagem que é direcionar os cuidados de enfermagem para os técnicos. Tem a inserção dos usuários novos, que daí eu tenho que fazer uma anamnese, que é para acompanhar mesmo

como que ele chega, como está a situação atual de saúde, então... A sistematização é só da enfermagem, mas por exemplo, se eu faço uma triagem eu posso solicitar exame, pela rede eu posso, não necessariamente precisa ser o médico. Então, eu costumo dar uma avaliada. Aí eu peço exame de tireoide, sorologia... por que eu acho que é importante para começar o cuidado e acho que a gente tem que descartar clinicamente que não tem nada clínico que possa ser responsável por essa alteração. (Sujeito 1)

A importância da vinculação para o tratamento também foi um aspecto abordado pelas entrevistadas. Esta vinculação do paciente com o trabalhador pode se dar de forma espontânea, sem que seja determinado objetivamente pelo arranjo de PR e pela reunião da ER. Em algumas unidades, como foi dito anteriormente, este processo espontâneo é aproveitado pela equipe para definir o PR de um paciente que está iniciando tratamento na unidade. Já em outras ocorre o que uma entrevistada chama de “*referência cruzada*”, quando há um PR definido pela ER, mas o paciente se “*endereço*” a outro profissional da equipe, às vezes de outra ER da unidade. Neste caso o cuidado é realizado de “*junto, compartilhado*”. Não aparece claramente em nenhuma entrevista qualquer tipo de conflito entre essas duas figuras de referência quanto ao PTS e suas ações. Esta mesma entrevistada apenas diz que quanto a vinculação espontânea não há nenhuma organização “formal” em sua unidade.

Então, a gente... Isso... Isso às vezes acontece! Essa... Essa referência um pouco cruzada assim... que a gente... às vezes tem, né?! Mas não são nossos, mas tem a referência que é a referência de cuidado, que tá ali... se acontecer alguma coisa eu posso me... é... conversar com aquela pessoa... e trocar uma ideia, mas às vezes o próprio usuário te vê como referência, né?! Tem... Tem esse... esse olhar...! Pela vinculação que a gente tem com ele, né?! Pela proximidade!

A gente sempre... mantém como referência, mas a gente essa... essa referência meio cruzada, né?! Isso... Isso... é... acontece de uma maneira tão espontânea, tão... não tem nada é... é... formal em relação a isso, né?! Nem... Nem dos profissionais nem das referências, é uma questão de uma identificação e mesmo porque, assim, se tem um usuário que tá identificado comigo, não necessariamente precisa ser da minha referência, né?! Ser do outro, mas esse cuidado a gente faz junto, compartilhado! (Sujeito 1)

Coisa que eu venho pensando muito, um conceito que eu venho trabalhando, a partir do qual venho pensando o conceito de referência é o de endereçamento. A referência no papel pode ser uma outra pessoa, mas na medida em que esse cara endereçar questões para você eu diria que você está fazendo uma função de referência, lógica, clínica, não a função burocrática. (Sujeito 5)

Já esta outra entrevistada relata sobre a dificuldade de realizar um tratamento com pacientes com quem não ocorre um “encontro”. Aponta com mais

especificidade e como exemplo desta dificuldade a impossibilidade de uma aproximação verbal com a paciente com deficiência intelectual, provavelmente relacionado a sua formação de núcleo, psicologia. Ela também aponta que as mudanças de PR ocorrem na maioria das vezes por pedido do próprio usuário, portanto poucas vezes por pedido de algum profissional. Parece ficar evidente aqui certa dificuldade dos trabalhadores em avaliar o vínculo que tem com seus pacientes de referência em termos de sua eficiência para seu tratamento.

Eu tenho uma referência que eu digo que não consigo ser referência dele, não há um encontro, a gente não consegue. E eu já tentei muito. É alguém com deficiência intelectual, sem uma aproximação verbal por exemplo. Alguém que eu acho que precisaria mudar de referência. Eu já recebi uma desse tipo que não se encontrava com a sua referência. E também tive uma referência que tinha crises recorrentes e que a relação foi ficando muito difícil comigo e na discussão da mini equipe decidimos que teria que mudaram para uma referência masculina. Geralmente essas mudanças são a pedido do usuário, mas mesmo assim a gente demora para ouvir esse pedido, dizendo que isso é o sintoma do usuário. Antes a gente tenta mudar coisas no manejo e no projeto terapêutico. (Sujeito 6)

Esta última fala dá a entender que não há muita clareza nas avaliações do vínculo do paciente com o PR, tanto por ele mesmo como por sua ER ou ainda pela equipe geral. Tal vínculo geralmente parece ser questionado somente quando ocorrem intercorrências importantes, “*crises recorrentes*” entre outros eventos de conotação negativa, mas não como decorrência de uma avaliação do PTS e de seu andamento, portanto para sua melhoria.

As entrevistadas também relataram influências de seus próprios tratamentos, seus processos de terapia ou análise, de acordo como cada uma delas o nomeou, sobre seu processo de trabalho. Alguns, como esses relatos abaixo, o relacionam diretamente com sua forma de entendimento e condução dos PTSs. Elas relatam então como isto possibilitou perceber e lidar de maneiras melhores com algum incômodo em algum caso específico e como a própria condução e manejo seus próprios terapeutas ou analistas podem ser pedagógicos, podem ensinar formas de abordagem e posicionamento, maneiras de manter um distanciamento subjetivo do que é escutado possibilitando então tomar condutas considerando também os valores do paciente e não apenas seus próprios ou os da instituição.

Não. Não, teve um caso que eu discuti. Que, nossa! Foi de uma mãe. Que foi um caso que eu estava muito incomodada com a mãe. E eu percebi que eu estava muito identificada, assim. E que eu tinha que pegar mais leve, recuar e tal. Que depois, obviamente, serviu para outros casos. E daí, toda

vez que eu vou falar com uma mãe eu boto o pé atrás, respiro fundo, dou umas cambalhotas. (Risos) Sei lá... E daí eu falo. Mas acho que lembro mais disso. Mas, de modo geral... Por que daí depois eu fiz alguns encontros com essa minha colega que... Eu li alguns textos de Freud, assim, de conceitos, de inconsciente, o que é inconsciente... Que é muito louco você ler isso sozinho. Em casa acho que eu iria ler e não iria fazer o menor sentido. Eu... Isso também me ajudou bastante, mas eu acho que é uma questão mais clínica dos casos. (Sujeito 3)

Já fiz análise sim, não estou fazendo agora, mas acho que preciso retomar. Mas eu acho importante sim. Primeiro porque tem questões que a gente vai ter contato e vai cuidar no cotidiano que podem reverberar de uma maneira muito íntima para a gente. E se tem alguma coisa de um usuário que me desperta algo muito intenso, quer seja usuário que eu gosto muito e vou ter dificuldade em ser mais duro quando for necessário, quer seja usuário de quem eu não gosto e que posse ter uma dureza que não cabe. Poder ter cuidado com aquilo que reverbera em mim e poder ter um manejo técnico e clínico eu diria que eu preciso ter propriedade de mim mesmo, e aí e análise é uma forma de ter contato com quem está em jogo para você naquele momento. Tem outro lado que quando você faz análise e topa com uma repetição inconsciente sua e percebe que não se daria conta daquilo sozinho. Traz um certo modelo de como isso foi abordado com você qual foi o caminho que o seu analista foi tomando para você perceber aquilo. Então eu acho que a análise entra numa função de aprendizagem também. E eu acho que se aprende na função referência sim, muito. (Sujeito 5)

Mas tem um tanto que a gente trata na análise do nosso processo de trabalho, né? Por que, assim, eu acho que é importante para você... No meu caso especificamente foi muito importante por que às vezes a gente tem uma formação que é muito moralista. Poder discutir isso na psicanálise ou na análise como eu estava fazendo para mim é muito importante, assim, por que não é muito simples você se desfazer dos seus valores para conseguir fazer um atendimento. Pra mim isso foi de fundamental importância. Por que a gente não está nessa função de julgar, a gente está com alguém para tentar elaborar e fazer alguma coisa com isso que a gente está escutando. Então, eu acho muito difícil a gente se desfazer das nossas referências morais, culturais, para conseguir dar conta disso. É muita loucura. (Sujeito 1)

Uma das entrevistadas diz perceber com certa clareza como o andamento de seu próprio tratamento influencia o andamento dos tratamentos que conduz como PR no CAPS.

[...] impossível falar disso sem não fazer menção à máxima freudiana assim do quanto que a gente só vai conseguir ir com os nossos casos a partir do momento em que a gente for à nossa própria história né? Éh... e o fato de ter éh... me proposto estar em um espaço de cuidado éh... mais circunscrito desde que também entro na saúde mental me dá muito às vistas o quanto que da minha/ do meu próprio tratamento éh... me... me faz chegar... me faz caminhar no que hoje eu tenho me proposto a oferecer no tratamento das minhas referências... dos meus pacientes éh... quando eu consigo caminhar eu talvez me perceba caminhando com eles também é uma coisa que está (par e passo). (Sujeito 4)

As próximas duas falas ressaltam também a importância de espaços de cuidado do próprio trabalhador, mas também incluem a instituição neste âmbito, apontando a insuficiência dos espaços ofertados por ela. Uma das entrevistadas aponta a psicoterapia como este espaço, mas também que podem existir outros que cumpram essa função tão bem quanto; a segunda entrevistada relata como com o auxílio de seu “espaço de cuidado” é possível barrar melhor o excesso de demandas que lhe chegam no serviço, e critica o pouco investimento neste tipo de espaço dentro das instituições, mesmo apontando as supervisões como um deles.

Eu acho que é muito importante o espaço de cuidado do profissional, foi muito importante para mim fazer análise nesse tempo. Em outro momento fiz yoga e acho que isso também me ajudou bastante no trabalho. Eu acho que nós profissionais precisamos buscar mais esse cuidado. Muita gente reclama que o Cândia deveria oferecer espaço de psicoterapia. Eu acho que o cândia poderia ter algum tipo de convênio, mas eu não acho que todo mundo tem que fazer psicoterapia ou análise, não funciona para todo mundo. Teriam que fazer outras coisas algum esporte ou meditação. Mas eu acho que a gente precisa se cuidar para cuidar dos outros, eu acho que a gente se cuida bem pouco. (Sujeito 6)

Eu lido melhor com essas demandas que eu fui te falando, entendeu?! Eu consigo barrar mais isso... tendo um espaço de cuidado! Eu acho que nesse sentido a supervisão também tem ajudado bastante, mas eu acho que ainda faltam espaços de cuidados... nos serviços de saúde para os profissionais...! (Sujeito 7)

A psicanálise é a referência teórica e prática clínica mais referida entre as entrevistadas. Outras teorias foram a Terapia Cognitivo Comportamental, a Psicologia Analítica, a Terapia Ocupacional Psicodinâmica. Mesmo sendo a mais citada, a Psicanálise não é uma referência teórica importante para todas as entrevistadas, não sendo nem mesmo mencionada por algumas delas, ainda que todas tenham referido estar ou ter estado em espaços de terapia ou análise pessoais desde que iniciaram o trabalho nos CAPS. Mas é mencionada com frequência como um saber que em algum momento auxiliou na compreensão de algum caso ou fez parte de alguma discussão. Somente em algumas entrevistas, no máximo duas e somente entre as psicólogas, é possível perceber uma clara influência da teoria psicanalítica sobre as formulações que o profissional procura fazer acerca dos casos e de suas ações.

Nas falas seguintes é possível perceber como a Psicanálise é colocada como que de forma lateral, tanto nas práticas institucionais como no trabalho e

ações de formação que os trabalhadores se engajam. Na primeira fala a entrevistada aponta a importância da psicanálise como referencial em seu próprio trabalho, ao mesmo tempo que percebe uma ausência desta ou de outra referência para as discussões clínicas da unidade, como se esta escolha ficasse unicamente a cargo de cada trabalhador. Na segunda e terceira falas é perceptível a importância da psicanálise como instrumento para a diferente compreensão e condução dos casos, para outra concepção de adoecimento psíquico e sintoma; mas ao mesmo tempo surge a questão do processo de formação, as vezes “incompleto”, e a necessidade de diálogo da psicanálise com outros saberes.

A psicanálise para mim é uma referência, eu tendo mais para a laciana. Para mim, não é um referencial para equipe. Eu acho que a equipe principal pauta mais pela saúde coletiva e pela reforma, mas quando vamos fazer uma discussão clínica não tem um referencial claro, é um pouco mais heterogêneo. (Sujeito 6)

Eu acho que mais clinicamente. É que, às vezes, a gente vê: "Nossa! Por que esse paciente está assim? Não é possível!" E o que você vai fazer para ele? E... Não tem o que fazer! E... Ah! Eu entendi um pouco, eu acho né? (Risos) Do complexo de Édipo, de como que é, às vezes, a simbiose com a mãe e de um pai ausente, e de que às vezes a gente tem que fazer essa função, com muito cuidado. É... De que, às vezes, as coisas vão ser sempre assim mesmo. Essa é a vida da pessoa. Não tem mais nada e a gente vai ter que ajudar ela a viver desse jeito por que a vida dela é assim e é assim que a vida dela vai ser. É... De inconsciente, de ato falho... (Sujeito 3)

Eu gosto muito, não tenho uma formação completa, mas eu gosto muito do Winnicott e aquela terapia ocupacional psicodinâmica, que é de Jo Benetton. Eu vejo que eu não tenho uma... Eu gosto da psicanálise, mas eu não fico muito fechada para ouvir outras coisas. (Sujeito 9)

Mas mesmo sem uma formação específica em psicanálise, talvez devido à procura de espaços de análise próprios, a maioria das entrevistadas relatou acreditar no inconsciente.

Eu diria que eu preciso saber mais. Eu não sei te dizer. Não desacredito, não tenho, eu precisava de mais conhecimento. Não sei, sabe? Isso pra mim é meio ambivalente, na verdade. Tem horas que sim, tem horas que faz muito sentido pra mim. Tem horas que eu repenso isso. (Sujeito 1)

Somente em uma entrevista foi possível perceber uma clara influência da psicanálise, que se mostra no uso de terminologias diferentes para a descrição do pacientes, como “neurose” e “psicose”, a forma como e a importância da descrição dos casos clínicos, bem como consequências destas diferenciações nos PTSs. Outro ponto pertinente que surge nesta entrevista, mas não somente nela, é a

atenção e a importância dada a vinculação entre paciente e trabalhador que ocorre de forma espontânea, quando é mencionado o “*endereço da demanda*”.

quando eu tô como referência de um caso as minhas funções vão ser muito mais múltiplas, mas mesmo assim todas essas funções para mim vão ser permeadas pela psicanálise, que é o referencial teórico que eu sigo. (Sujeito 5)

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

A análise dos dados expostos no item anterior irá agrupá-los em cinco categorias para que façamos considerações quanto a: adscrição e as ERs, a crise, o PTS, vínculo e referência, e por último sobre a clínica. É importante que estes são apenas os eixos de nossa discussão, não se configurando como categorias estanques, portanto haverá constantemente, sempre que necessário, interlocução entre as mesmas ao longo da discussão e análise dos dados. Bem como dados expostos nos item anterior também serão utilizados sempre que for pertinente a categoria em análise.

### **Considerações sobre a Adscrição e as ERs**

Um primeiro ponto que chama atenção nas entrevistas é constante menção e descrição do PR como um mediador, um intermediário, um articulador entre diversas instâncias: entre o paciente e a equipe, entre a unidade e o território, entre o paciente e seus familiares. Este tipo de relato coincide com o que Furtado e Miranda (2006) descrevem como um dispositivo inevitavelmente marcado pela intersubjetividade por procurar articular as demandas dos sujeitos do sofrimento com as possibilidades de ofertas do serviço. Outro ponto em que o PR se coloca como articulador é a mediação, nem sempre pacífica, entre a demanda do sujeito do sofrimento, isto é o que este deseja como apoio ou melhora de seu tratamento, e os valores e objetivos que embasam e sustentam a criação dos CAPS enquanto serviços substitutivos no campo da saúde mental. Isto é, se encontra a meio caminho entre o agente de uma clínica e o defensor de uma política pública e da concepção de mundo e sociedade que ela carrega.

O ponto da articulação entre o paciente, o PR e a ER parece de especial importância por sua relação com a responsabilização da equipe pelos casos, que é um dos objetivos que justifica sua implantação. É então surpreendente perceber em diversas falas que a presença do PR, na maioria das vezes induza a desresponsabilização do restante da equipe.

Em todos os grupos focais da pesquisa avaliativa os profissionais descrevem com relativa clareza como se dá a organização do trabalho de referência, mas, ao fazê-lo, acabam por mostrar que o modelo escolhido sofre variadas mudanças, conforme a necessidade de cada caso e as possibilidades de comunicação e compartilhamentos de toda a equipe. Num dos grupos, por exemplo, os profissionais se contradisseram ao descrever como organizavam seu trabalho de referência, acabando por assumir que faziam *as duas coisas*, ou seja, trabalhavam com profissionais e duplas de referência, tendo as equipes de referência apenas para discussão de caso. (MIRANDA, 2009, p. 107)

A conversão do profissional de referência à responsável pelo caso pode criar conflitos e des-responsabilização de outros profissionais envolvidos, sobrecarregando e, muitas vezes, tendo efeito de anulação da construção coletiva produzida na formulação do PTS. (OLIVEIRA in BRASIL, 2008, p. 280)

Esta primeira citação de Miranda parece apontar o afastamento que ocorre da ER em relação aos trabalhos dos PRs, ao dizer que a primeira se destina apenas à discussão dos casos, denotando que pode ocorrer um afastamento dos demais profissionais de uma ER das ações a serem realizadas no processo de tratamento de pacientes que sejam diretamente de sua referência enquanto PR. Isto reforça os relatos das entrevistadas de que a maior parte das ações a serem realizadas junto ao paciente em seu PTS são feitas principalmente pelo PR. Isto parece confirmar o que Silva (2007) e Silva e Costa (2010) apontam como a responsabilização do PR ante um traslado direto de certas tarefas que seriam originariamente também parte do trabalho e da dinâmica da ER. Já Oliveira (2008) marca claramente o risco de desresponsabilização do restante da equipe caso o PR se torne o único responsável pelo caso, diminuindo a atenção e a realização de ações de outros profissionais junto àquele paciente.

O serviço que mostra maior clareza na descrição de sua organização é um daqueles que afirma ter equipe de referência e, dentro dela, técnicos de referência. Explicam que o técnico é o responsável pelo acompanhamento mais abrangente do usuário que referencia, mas divide muitas das funções desse acompanhamento com os demais membros de sua equipe de referência. Já os trabalhadores do outro CAPS, em que há a adoção dessa estrutura, comentam que o trabalho solitário do técnico de referência sobrecarrega o profissional e o leva a adotar atitudes paternalistas. Diante desse quadro, têm feito um grande esforço para *diluir um pouco* o lugar de referência, de modo que outros profissionais compartilhem do acompanhamento do caso e das conseqüentes responsabilidades. Para tanto, têm feito atendimentos em dupla e se esforçado para assistir todos os pacientes que apresentam algum problema repentino, mesmo que não sejam da sua equipe de referência. (MIRANDA, 2009, p. 108)

Miranda (2009) aponta a tendência a fragmentação e isolamento na equipe de trabalho nos casos em que as duplas trios de referência recebem maior ênfase que as ERs, tendo inclusive importante influência no entendimento, na atenção e cuidado às crises psicóticas, sendo estas mesmas momentos de fragmentação explícita e angustiante do sujeito. Tal tendência com certeza também contribui para o isolamento e o não compartilhamento do trabalho entre os profissionais, falas que foram bastante recorrentes entre as entrevistadas, contribuindo eventualmente para a sensação de cansaço e sobrecarga destes. Pode haver, portanto, a partir da modalidade como se organiza a relação entre o PR e a ER, uma influência importante na forma como se estabelece a relação entre o PR e seus pacientes de referência. Costa-Rosa (2013) aponta que há uma relação direta de reprodução entre as formas de organização das equipes dos CAPS – mais ou menos integradas ou fragmentadas, mais ou menos horizontalizadas ou verticalizadas – com a forma como seus trabalhadores se relacionam com sua clientela.

Oliveira (2008) também aponta como a forma de trabalho e organização da relação dos profissionais nas ERs tem estreita relação com os objetivos pretendidos e os resultados obtidos pelas intervenções dos PTSs. A fragmentação da equipe pode produzir ações absolutamente incongruentes entre si e até mesmo contraditórias e conflitantes, podendo até mesmo eventualmente ser danosas ao paciente.

Os modos de trabalho em equipe interferem diretamente nas possibilidades de sucesso do PTS. Uma equipe na qual os profissionais trabalham de forma isolada e fragmentada, cada um em seu *Núcleo* (Campos, 2000b), avaliando a mesma problemática segundo seu próprio arsenal de saber e de experiência e partindo daí para criar ações pode, no seu conjunto, desenhar intervenções que consideram hipóteses e aspectos totalmente diferentes com relação à problemática. O resultado não é propriamente um projeto de equipe, mas um conjunto de ações muitas vezes incoerente e até contraditório, diminuindo a resolutividade no seu conjunto e aumentando as chances de intervenções danosas ao usuário. (OLIVEIRA in BRASIL, 2008, p. 281)

Furtado (2009) situa as dificuldades de instauração de uma dinâmica mais coletiva de trabalho em equipe entre as lógicas “profissional” e “de colaboração”. A primeira seria aquela que reforça o trabalho de núcleo e as características corporativistas de cada trabalhador, promovendo uma maior distinção e separação entre eles e que, bem como aumentando o grau de autonomia do trabalhador sobre

suas ações, em um espaço privado de trabalho, operaria no sentido da reserva de mercado. Já a segunda seria uma lógica que reconhece a complexidade do objeto de trabalho e intervenção e a necessidade compartilhar discussões, construções e ações quanto a ele, a partir dos conhecimentos, especialidades e experiências e mesmo a intersubjetividade dos trabalhadores. Isso geralmente implica em uma perda, não pouco sentida e incômoda para alguns trabalhadores, de autonomia sobre suas decisões e ações quanto aos casos.

Este posicionamento do autor contrasta com o que encontramos nos dados das entrevistas, já que a maioria das entrevistadas apontava a dificuldade em poder se dedicar a atividade de seus núcleos profissionais de origem devido às diversas demandas e tarefas a serem realizadas na unidade, tanto como PR como outras compartilhadas com o restante da equipe, como os plantões semanais e o apoio matricial nas UBSs. A exceção são as profissionais de enfermagem que relatam que ocorre justamente o contrário, tendo obrigações e tarefas de núcleo, relatadas como excessivas e muitas vezes sem qualquer sentido no cotidiano, que atrapalhavam suas ações como PR e até mesmo justificavam a diminuição da quantidade pacientes de referência sob sua responsabilidade. Mas de forma geral, a distinção e a tensão que são relatados entre os PR e as ER se dão devido a responsabilização pelos casos, sendo muito comum o relato de isolamento e excesso de responsabilização do primeiro em relação ao segundo.

Goldberg (1996) descreve a criação das “mini equipes” do CAPS Luis da Rocha Cerqueira em São Paulo – também conhecido como CAPS Itapeva – como *“pequenos grupos que se incumbem de cada caso, aglutinados de acordo com a maior afinidade de pontos de vista entre os profissionais aí atuantes e também atendendo às escolhas dos próprios pacientes.”* (GOLDBERG, 1996, p. 122). Chama a atenção o surgimento do termo “mini equipe” no texto do autor, ainda antes do que ER, termo este ainda muito usado nos serviços substitutivos de saúde mental. A composição destas mini equipes não é descrita claramente, mas fica evidente, tanto pela composição relacionada da equipe geral, como pelas demais referências teóricas, práticas e históricas que marcam a trajetória de criação do CAPS Itapeva, que tais mini equipes são efetivamente multiprofissionais. Chama a atenção dois aspectos da citação acima. Primeiro a consideração pela afinidade entre os próprios trabalhadores para a composição das mini equipes, aparentemente levando em conta o vínculo entre estes para o melhor funcionamento do grupo de trabalho e

para o a realização das atividades. Segundo a escolha feita pelos sujeitos do sofrimento por determinada mini equipe, considerando então a vinculação dele com aquele grupo de profissionais ou algum deles. É possível observar com clareza que o quesito territorial não estava em pauta na organização do sistema de referências aos sujeitos do sofrimento neste serviço, como é a orientação comum atualmente nos CAPS.

Quanto à composição da equipe de trabalho, Viganó (1999) também assinala a importância do vínculo entre os trabalhadores para um bom desenvolvimento da tarefa. O autor parece denotar uma diferença importante entre o que é produzido a partir do tipo de vínculo estabelecido tanto entre os membros da equipe como, por consequência, do trabalho que se estabelece entre a equipe e os sujeitos do sofrimento.

A partir dessa forma de se pensar a construção do caso, dentro do grupo de trabalho, acredito que tenha então respondido ao tema da democracia. A decisão não é tomada pela maioria, mas se impõe a partir do saber que é extraído do paciente. Naturalmente isso requer um grande e longo exercício, mas requer, sobretudo, uma transferência de trabalho entre os membros da equipe. (VIGANÓ, 1999, p. 47)

É também interessante também notar que este autor não dá maiores importâncias às formações acadêmicas e suas especialidades, não percebendo ser a partir destas que se constrói o vínculo que terá efeito terapêutico para o sujeito do sofrimento. Em nenhum momento deste texto faz alusão a qualquer especialidade profissional específica, nomeando todos os trabalhadores como “operadores” da instituição.

Em relação ao outro aspecto, o das profissões, gostaria somente de sublinhar que esse trabalho de construção opera um corte transversal em todas as figuras profissionais. Ele interroga o lugar que elas ocupam em relação ao paciente, alarga as fronteiras profissionais e os lugares de saber fundam-se com o trabalho, onde o trabalho constrói um saber possível em torno daquele sujeito, naquele momento. (VIGANÓ, 1999, p. 47)

Já o PR, para Goldberg (1996), seria a incumbência de um dos dois profissionais que haviam realizado a triagem em ser

seu elo de referência com a instituição, isto é, alguém capaz de se remeter imediatamente às diversas instâncias de operação do Centro para tratar demandas dos usuários. Será este o profissional de referência que comunicará os termos do contrato estabelecido com o paciente e negociará

alterações neste contrato, que encaminhará, enfim, todos os assuntos de interesse do usuário no âmbito institucional. Vale notar que tal profissional não é responsável pelo atendimento deste caso (...) (GOLDBERG, 1996, p. 122).

Diferentemente do proposto por Campos (1997) ao conceituar as ERs e propor a responsabilização coletiva pelos problemas de saúde de uma determinada população, é nítido como a função do PR formulada por Goldberg (1996) é fundamentada quase que exclusivamente no vínculo individual. Segundo o autor, esta proposta se construiu a partir da observação da dificuldade de vinculação de certos pacientes psicóticos à equipe e à instituição. Ainda que atualmente este profissional assuma também funções oriundas de preceitos e influências da Saúde Coletiva, como a formulação e revisão do PTS, as articulações externas ao serviço com outras instituições, entre outras, persiste esta característica de sustentação do vínculo individual. É importante também notar que o momento da triagem é reconhecido como fundamental para a formação do vínculo do trabalhador e da instituição com o sujeito do sofrimento, mantendo como referência algum dos profissionais que fazem seu primeiro acolhimento, ainda que o programa de recepção dos novos pacientes do CAPS Itapeva incluísse também o contato com os demais profissionais da equipe. Este tipo de procedimento é tratado de forma ambígua entre as entrevistadas, sendo ora relatado como um simples procedimento que não acarretaria qualquer consequência ao tratamento do ingressante após sua transferência a sua ER, ora tratado como um dos elos fundamentais da vinculação deste com a instituição, daí priorizando e procurando direcionar este primeiro contato já com a ER do sujeito.

Parece possível apontar, a partir da revisão bibliográfica e dos dados da pesquisa, que persiste importante dificuldade em produzir formas de trabalho coletivizadas, e que facilmente se retorna à tendência à individualização das ações, avaliações e decisões. Vale lembrar que a tese de Miranda (2009) já mostrava que apesar da intensa produção científica sobre o trabalho em ERs em detrimento das pesquisas sobre os PRs, que pudemos confirmar também em nossa revisão bibliográfica, os serviços ainda funcionavam majoritariamente baseados no segundo dispositivo, isto é, a partir principalmente de ações, avaliações e decisões mais individualizadas, enquanto uma minoria das unidades relatava ter o primeiro dispositivo instalado. Isto pode ter uma importante relação com a portaria ministerial que regulamente a instalação das unidades (BRASIL, 2003), por priorizar a

contratação de profissionais e não de equipes, mesmo que procurando contemplar particularidades regionais, diferentemente do que ocorre, por exemplo, com o cadastramento pelo Ministério da Saúde das equipes de PSF nas UBSs. Portanto, a escolha e implementação de dispositivos como o PR e a ER nos serviços substitutivos de saúde mental permaneceu quase que exclusivamente a cargo dos gestores municipais ou dos próprios serviços. Vale ressaltar que – talvez este seja o receio e motivo da resistência dos trabalhadores segundo Furtado (2009) – que a instalação de modos coletivizados de trabalho apenas dão nova orientação à relação individualizada de cada trabalhador como cada sujeito do sofrimento em tratamento, e não pretendem em nenhum momento excluí-las, até mesmo devido a impossibilidade disto.

A forma da adscrição da população dos sujeitos inseridos em tratamento também tem considerável relação como que foi dito quanto à sobrecarga de trabalho. A quantidade de pacientes de referência entre as entrevistadas variou à época das entrevistas entre dezenove e trinta e dois, sendo que uma das entrevistadas diz ter chegado a quarenta em determinado período e ainda ter visto outros profissionais chegarem a cinquenta pacientes de referência, mesmo as enfermeiras tendo a possibilidade de redução deste número devido a suas demandas de núcleo junto a equipe de enfermagem. Neste ponto o único parâmetro para comparação com o trabalho do PR encontrado é realizado pelo *Case Manager* (MACHADO et al, 2007), em que é colocado um limite claro do máximo de dez pacientes que cada trabalhador pode acompanhar, de forma a não prejudicar a qualidade do trabalho e a consecução de seus objetivos. O mesmo artigo menciona pesquisas que apontam que acima de doze pacientes já há perdas significativas na qualidade do trabalho do *Case Manager*.

Nas entrevistas surge a diferença de funcionamento entre algumas unidades quanto a parceria realizada pela equipe de formação universitária e a equipe técnica de enfermagem na função de referenciamento dos pacientes. É importante destacar que não é feita nenhuma diferenciação no número de pacientes de referência por PR entre as unidades a partir desta particularidade de organização. Da mesma forma que o PR tem de dividir-se entre outras tarefas na unidade, fora desta função, também o tem de fazer os técnicos de enfermagem que realizam a função de referência em parceria com a equipe de profissionais universitários. Assim sendo, ambos tem limitações consideráveis na possibilidade de

dedicação ao trabalho como PR. Também o trabalho do *Case Manager* é dividido entre *de agenciamento* ou *clínico* que, conforme relatado na introdução, tem diferenciação de nível de formação, sendo necessária formação mais especializada para o profissional clínico, que pode inclusive realizar o trabalho de “terapeuta primário”.

Esta comparação entre o PR e *Case Manager*, ainda que incipiente, permite o questionamento de se os primeiros não estariam trabalhando com atribuição excessiva de pacientes de referência. A ampla variação desta quantidade em si, 68% do menor para o maior, sem levar em consideração os relatos de quantidades ainda maiores, parece apontar a ausência de qualquer parâmetro para avaliação da influência deste quesito no trabalho dos PRs, como existe para o trabalho do *Case Manager*. A prevalência da referência territorial dos CAPS e a determinação frágil do número máximo de pacientes que cada unidade deveria atender (BRASIL, 2002), que é frequentemente desrespeitada, não contribuem para que seja feita tal delimitação. A ausência de tais parâmetros para comparação e organização dos serviços parece ser um dos fatores que contribui para a intensa sensação de sobrecarga e cansaço relatados pelos trabalhadores.

A atenção para a quantidade de pacientes geralmente surge, conforme relatado pelas entrevistadas de alguns serviços, no momento de escolha do PR para um paciente novo da unidade, quando o critério geralmente utilizado é o do profissional da ER com menor número de pacientes de referência naquele momento. Esta escolha na maioria das vezes é feita pouco tempo depois da inserção desta na unidade, algumas vezes até mesmo sem que qualquer profissional de sua ER tenha visto o paciente. Como dita anteriormente, esta conduta é geralmente tomada procurando prevenir a não responsabilização da ER pelo caso, a partir de uma avaliação de que é necessário que um profissional se responsabilize e não toda a ER. O vínculo aqui entendido então como responsabilidade sanitária da unidade por seu território passa a ser encarregado a um profissional apenas. É interessante notar ainda que outras unidades, como as UBSs, ainda que também trabalhem a partir na responsabilização das equipes de PSF por seu território e, portanto pelo vínculo sanitário, não se utilizam do PR como dispositivo em suas ações. É apontado que nestes casos não é tomado em consideração o processo de formação do vínculo dos profissionais com o paciente no que se refere ao interesse que podem causar um no outro, e que este vínculo tem de ser então “cruzado” com o

vínculo sanitário. Uma das consequências desta organização pode ser o que alguns profissionais apontam como a dificuldade de acessar alguns de seus pacientes de referência, já que estes dificilmente os procuram ou não lhes dirigem suas demandas, mas sim a outros profissionais da equipe, de sua própria ER ou não.

Tem o lado burocrático da referência, o paciente está sem evolução no prontuário, mas eu não o tenho encontrado, e quem tem encontrado com ele? Colocar registro em prontuário como obrigação da referência eu acho surreal. (Sujeito 5)

De outro lado encontramos as unidades que priorizam a escolha do PR a partir da vinculação que se constrói e que se forma aos poucos entre os pacientes e determinados profissionais da ER, sem definir a priori qual deles deve se aproximar. É possível perceber nas falas das entrevistadas que se faz necessária maior atenção dos trabalhadores a esse processo e são descritas discussões consecutivas do caso após sua entrada na unidade, que parece reforçar ainda um pouco mais o funcionamento da ER enquanto coletivo de trabalho. O risco nesses casos está na disponibilidade de cada profissional às demandas do pacientes, podendo eventualmente aqueles mais disponíveis ficarem com um número maior, e talvez excessivo, de pacientes de referência, enquanto aqueles menos disponíveis abarcam uma quantidade menor. Outro risco é também que o que pode definir a vinculação a ser a procura por aquelas especialidades historicamente definidas no discurso hegemônico como competentes quanto às questões do sofrimento psíquico, como a psiquiatria principalmente, excluindo as demais.

Fica clara aqui também a importância de dois fatores. Primeiro, este ainda ausente como dito mais acima, a utilização de parâmetros numéricos que orientem a adscrição de pacientes aos profissionais. O segundo, este sim operando com maior frequência, ainda que sem a utilização destes parâmetros, o função observadora e limitadora das ERs na distribuição de seus pacientes de referência entre seus integrantes.

### **Considerações sobre a Crise**

O acolhimento à crise também surge como um ponto bastante mencionado entre as entrevistadas e de forma ambígua, em relação a função do

CAPS neste momento e também quanto a concepção e entendimento da crise. Algumas entrevistadas tem clareza da função dos CAPS III em acolher e tratar as crises no território, dentro da concepção da integralidade da atenção e procurando respeitar a prerrogativa da importância do vínculo para os tratamentos em saúde mental. Já outras questionam até que ponto, de quais crises e em quais condições suas unidades são efetivamente capazes de realizar esta tarefa, e também quais os impactos dela para a rotina do serviço. Quanto à concepção de crise algumas entrevistadas a descrevem como um momento de intensa produção subjetiva do sujeito que pode ter importantes impactos em seu PTS, enquanto outras a entendem como um período que necessita de ser estabilizado com a máxima rapidez.

Ferigato et al (2007) apontam como o conceito de crise, que em sua raiz semântica significa principalmente purificação e possibilidade de crescimento, tomou em Psiquiatria uma conotação essencialmente negativa a partir dos trabalhos de Erich Lindernann's na década de 1940, ao relacionar as consequências psíquicas de catástrofes, que posteriormente foi ampliado para as variadas situações estressantes da vida cotidiana. A crise é então entendida como a agudização ou intensificação de sintomas característicos que abalam um suposto estado de homeostase, de inércia, produzindo prejuízos diversos para a pessoa adoecida e que, portanto tem ser eliminada e aplacada o mais rápido possível.

Mas as autoras trazem também concepções de crise embasadas na Psicanálise, que caracterizam a crise como um transbordamento, um excesso de força pulsional que rompe as possibilidades de simbolização, podendo trazer para a cena do tratamento o que estava excluído e que se faz presente por insistência. Poderíamos também dizer que a crise é como que um momento de ruptura com os laços instituídos, já que estes não abarcam alguma parte importante da vida psíquica do sujeito que insiste em ganhar seu espaço e expor sua demanda, portanto uma nova configuração subjetiva. A crise pode então ser também este momento em que se tem contato e clareza com esta força antes silenciosa que irrompe, conforme é dito por uma das entrevistadas.

mas por outro lado também a gente pode pensar a crise não só como um/ um período de prejuízo e suspensão assim do sujeito... mas também como um momento de muita produção... mas também de um trabalho psíquico também do sujeito né?... (Sujeito 4)

Viganó (1999) também aponta este momento oportuno do acolhimento da crise como a chance colocada sujeito se deparar claramente com o impasse que o faz sofrer. Mas isso só é possível se suas falas não forem escutadas como erros ou apenas frases sem sentido causadas por um mal funcionamento cerebral a ser corrigido pela medicação.

Portanto, lugares psiquiátricos, que oferecem abrigo a neuróticos e psicóticos no momento da crise, no momento de uma insustentável dificuldade de se manter dentro do circuito do social, podem representar um momento de uma chance analítica, dentro de uma clínica do segundo tipo, mas somente na condição de que o momento clínico não seja comprimido pelo projeto terapêutico da equipe. (VIGANÓ, 1999, p. 42)

A clínica de “segundo tipo” descrita por Viganó se refere à articulação entre a demanda singular do sujeito com a demanda social, da subjetividade daquele que demanda atenção e apoio com o circuito do discurso social, do qual sempre é excluída colocada fora nos momentos de crise. Daí a importância que autor assinala da necessidade dos profissionais colocarem em suspenso seus preceitos e valores, próprios ou oriundos dos processos históricos da RS ou da RP, no momento da escuta de cada sujeito do sofrimento, sob o risco de perderem a singularidade da demanda que este traz e que tem de ser colocada em diálogo com os objetivos e ofertas da instituição. Aqui reencontramos o PR no lugar do intermediário já descrito mais acima, como um profissional que precisa articular e compor um compromisso entre diferentes interesses.

O momento de crise também parece pertinente ao apontamento de Costa-Rosa (2013) faz quanto expropriação ou apropriação pelo paciente de seu trabalho psíquico, subjetivo. Principalmente se tomarmos em conta que o principal recurso utilizado nestes momentos, segundo relatos das entrevistadas, é a medicação e que, apesar de algumas relatarem a preocupação com a construção de um PTS de crise, as ofertas de tratamento e cuidado para este período permanecem pouco variadas. Há sim, portanto a necessidade do serviço estar organizado de modo a prontificar-se para acolher para a emergência do inédito. Mas por outro lado isto se choca com a manutenção de outros espaços de cuidado e tratamentos em curso, como fica bastante explícito nas diferentes formas de relatar sobre a crise, sendo o paciente em crise da referência ou não da profissional. No primeiro caso é mais fácil e perceptível com os conteúdos que emergem e seu lugar e função

tratamento do paciente; já no segundo fica mais claro que a crise é vista como algo perturbador e que tem de ser resolvida e aplacada o mais rápido possível, daí a intensa demanda por uso de medicações. Não se trata aqui obviamente de negar a pertinência e certos benefícios que o uso de medicações pode trazer nesses momentos, mas sim de questionar sua utilização única e prioritária, que inclusive parece inibir o desenvolvimento e a criação de outras técnicas e formas de tratar o sofrimento do sujeito em crise psíquica. Neste sentido, a proposta do “PTS de crise”, mencionada por uma das entrevistadas, desde que devidamente articulada ao PTS original do paciente, pode, como propõe o conceito, ampliar as formas de entendimento das causas e significados daquele momento, valorizando a singularidade daquela situação, bem como auxiliar na criação de outras formas de intervenção para além da medicamentosa, ou mesmo incluindo esta última com outra função dentro de um contexto mais amplo.

Por esta razão, para Saraceno et al. (2001), cada decisão de uma intervenção farmacológica deve estar incluída dentro de uma estratégia geral que tem em seu centro o projeto terapêutico singular do usuário e não a simples eliminação dos sintomas. Caso contrário, da mesma forma que os psicotrópicos podem representar um importante meio e trabalho e de comunicação dentro e fora da instituição, facilitando a relação entre o paciente e a vida, quando mal administrado, podem também representar o maior obstáculo desta mesma relação. (FERIGATO et al, 2007, p. 39)

Conforme relatado, todos os serviços contam com profissionais destacados para o “acolhimento” ou “plantão”, a nomeação varia em cada unidade, em cada período de segunda a sexta, responsáveis por realizar o acolhimento das demandas e organizar a atenção aos pacientes que se encontram no leito-noite. Alguns serviços organizam este destacamento com apenas um profissional de nível universitário por período, enquanto outros o fazem em duplas ou trios, que podem ou não incluir profissionais não universitários (técnicos de enfermagem e monitores). Porém é perceptível em alguns relatos como em certos momentos esta organização é insuficiente e os demais profissionais, que estão organizados para outras atividades, têm de deixá-las de lado e auxiliar com situações e demandas oriundas da atenção à crise no leito-noite.

Diaz (2013) aponta a precariedade ainda existente na rede de atenção à crise e à urgência em Saúde Mental por diversos motivos, entre eles: a ausência de políticas e financiamentos para leitos em hospital geral e a resistência dos

trabalhadores deste tipo de serviço em acolher as demandas no de Saúde Mental, a centralização deste recurso nos CAPS III, a excessiva autonomia dos municípios na implementação dos projetos e a falta de fiscalização por parte do nível federal. Além disso, o autor também relaciona a importância da organização da equipe para o acolhimento à crise, e o impacto de estratégias como educação permanente e a supervisão clínico-institucional para este objetivo. “*A atenção à crise necessita espaço: físico, psíquico e técnico*” (Diaz, 2013, p. 157)

### **Considerações sobre o PTS**

O conceito e a utilização do PTS surge no âmbito dos NAPS em Santos, sob forte influência da Psiquiatria Democrática Italiana, como um deslocamento da noção médica e psiquiátrica de cura como norma idealizada para a ideia de autonomia e emancipação como objetivos do tratamento.

O projeto terapêutico, desenvolvido pela equipe de assistência com a participação do usuário, também tem como objetivo ajudar o indivíduo a restabelecer relações afetivas e sociais, reconquistar direitos e poder, “buscar a autonomia afetiva-material-social e o incremento da incorporação desse na vida de relação social e política” (Zerbetto, 2005, p.116). Em várias experiências no campo da saúde mental, a concepção de projeto terapêutico está vinculada a noção de profissional de referência. Aquele que assume a gestão da clínica (e do cuidado) num projeto terapêutico em andamento. Em uma equipe, cada profissional se tornaria referência para certo número de usuários inseridos em projetos terapêuticos. Funcionando como dispositivo de responsabilização e de reforço do vínculo (OLIVEIRA, 2008, p. 273)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade. (OLIVEIRA, 2008, p. 273)

É claramente perceptível a influência do discurso da Psiquiatria democrática Italiana quanto ao deslocamento dos determinantes biomédicos do adoecimento psíquico, quer seja como sua causa principal ou ainda como sua forma de descrição e abordagem.

Formular e operar um PTS demanda a realização de três movimentos, necessariamente sobrepostos e articulados: a co-produção da problematização; a coprodução de projeto e a co-gestão/avaliação do processo. (OLIVEIRA in BRASIL, 2008, p. 277)

A co-produção da problematização pode ser entendida também como produção e escuta da demanda do paciente, e não simplesmente de sua queixa explícita. A singularidade se refere ao que é irreproduzível e menos sujeito a captura nos processos de produção e reprodução tayloristas. Aqui é interessante problematizar uma questão que surgiu nas entrevistas, que em parte discute a concepção de projeto terapêutico, mas de outro lado também o momento de sua formulação. Oliveira aponta como o PTS é uma ampliação do entendimento e da atenção direcionada a determinado paciente ou pequeno coletivo, não podendo, portanto ser reduzido meramente aos dias e atividades que este paciente tem de frequentar a unidade, desvinculados completamente dos objetivos traçados coletivamente para seu tratamento.

O outro ponto se refere ao que é explicitamente solicitado ou não pelo paciente e aquilo se e possível construir de demanda real em seu pedido, muitas vezes diferente e aparentemente deslocado de sua fala inicial. É notoriamente sabido que esta outra demanda não surge inicialmente, que só pode se fazer presente a partir da construção do vínculo com o paciente, colocando em xeque falas que propõe a construção do PTS logo na triagem.

No cotidiano dos serviços as práticas de planejamento concentram-se muito mais na resolução pragmática de problemas do que propriamente na produção de novos contextos. A tensão instaurada pelas políticas de produtividade adotadas pela gestão de muitos municípios e também pelos estados e governo federal, contribui para um “produtivismo” voltado para o aumento de produção de procedimentos, sem, necessariamente, implicar em produção de saúde e melhor qualidade de vida. A lógica do planejamento normativo (Merhy, 1995), o “produtivismo” e a *racionalidade gerencial hegemônica* (Campos, 2000a), atuam de forma sinérgica produzindo uma prática de planejamento, nos serviços de saúde, muitas vezes burocrática, endurecida e pouco participativa, separando muito claramente os momentos de problematização, de eleição de objetivos e a proposição de ações. (OLIVEIRA, 2008, p. 280)

Há uma importante ligação, portanto entre a forma como é construído e os objetivos que são traçados em um PTS com o que poderá ser avaliado de seu andamento e resultados posteriormente pela ER. A forma como Oliveira (2008) ressalta que a construção do PTS pode ser burocrática se assemelha muito com a escolha e do PR, com a necessidade e obrigatoriedade de existência deste dispositivo, diferentemente, como já foi apontado anteriormente, da maioria dos serviços de Atenção Básica, onde esse dispositivo dificilmente é encontrado.

Viganó (1999) propõe o que chama de construção de caso clínico como um dispositivo de avaliação do processo construção do vínculo com o sujeito do sofrimento e sua orientação no seu posicionamento e no tratamento.

Construir o caso clínico é preliminar à demanda do paciente. Em outros termos, é colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que o analista esteja pronto a escutar a sua palavra, quando esta vier. (VIGANÓ, 1999, p. 45)

Portanto a construção do caso clínico para este autor é parte da construção da demanda que o sujeito pode vir a endereçar a instituição e sua equipe. Daí então importância da possibilidade de comunicação do sujeito em tratamento de seus sintomas à equipe que dele se encarrega. Para ele esta é um requisito inicial para que a separação e oposição entre a terapia e a reabilitação possa ser retomada e superada com o que podemos nomear como postura clínica, *“uma reabilitação só pode ter sucesso na condição de seguir o estilo que é sugerido pela estrutura subjetiva do psicótico, por seus sintomas.”* (VIGANÓ, 1999, p. 41). Aqui também, como quanto a “clínica do segundo tipo”, este autor propõe a superação da dicotomia entre subjetivo e social, entre caso social e caso clínico, ao justapor e aproximar a reabilitação do sintoma psíquico. A partir de uma clara influência da psicanálise, propõe uma nova concepção de sintoma, não aquela de algo que tem de ser extinto e extirpado, mas aquilo com o qual tem de se tornar possível se comunicar, ser colocados em palavras e escutado. Reabilitação então pode tomar um sentido mais jurídico de construção, reconstrução ou restituição pelo próprio sujeito do sofrimento de um lugar social de direito pleno a cidadania.

Este parece ser outro ponto importante nas formulações de Viganó, o traslado de uma posição passiva do sujeito nos discursos psiquiátricos tradicionais para uma posição mais ativa em seu tratamento. *“Em síntese, trata-se de não colocar a pergunta: – O que podemos fazer por ele? mas uma outra pergunta: O que ele vai fazer para sair daqui?”* (VIGANÓ, 1999, p. 43). Este posicionamento descrito pelo autor pode ser percebido nas falas das entrevistadas sobre a construção do PTS com a participação do usuário, que já denotam as outras vezes que isso é feito sem ele, sem espaço ou consideração por sua fala.

## Considerações sobre Vínculo e Referência

Conforme apontado nos relatos das entrevistadas, a função de referência, como aquela a quem o sujeito do sofrimento reconhece como ponto de amparo e saber sobre seu sofrimento, não se confunde, portanto com o PR, por mais surpreendente que isso possa ser. Podemos dizer que foram encontradas duas formas de vinculação dos profissionais com os pacientes. A primeira através da responsabilização do vínculo sanitário às ERs, e a segunda que surge como que de forma espontânea da aproximação do paciente com os trabalhadores das unidades. Portanto, nossa hipótese inicial que o PR seria aquele profissional que se disponibilizaria para a aproximação e vinculação com os pacientes não se confirma na prática pela perspectiva das profissionais entrevistadas. Segundo estas é apontado o contrário em alguns casos, como naqueles em que o sujeito do sofrimento pouco procura o profissional institucionalmente nomeado como seu PR, e ainda outros em que surge ainda a menção à “referência cruzada”, demonstrando que uma vinculação, talvez mais produtiva e importante para o tratamento, ocorreu com outro trabalhador da unidade. Parece então que a proposta do PR pode propiciar uma mudança do lado da disponibilidade e vinculação do profissional por determinados sujeitos do sofrimento, mas desconsidera a dupla mão de formação do vínculo, não permanecendo atento a como este se dá a partir daquele que procura a unidade.

A garantia de continuidade, de avaliação e de reavaliação do processo terapêutico sem que, no entanto, isso implique em burocratização do cuidado, do acesso e da organização do serviço representam grandes dificuldades e desafios para os serviços e para as equipes de saúde que se propõem a fazer PTS. Uma estratégia que procura favorecer essa articulação entre formulação, ações e reavaliações e promover uma dinâmica de continuidade do PTS é a escolha de um profissional de referência. Como já foi mencionado no início do capítulo algumas experiências no campo da saúde mental atribuem ao profissional de referência um papel importante na gestão da clínica. Não é o mesmo que responsável pelo caso, mas aquele que articula e “vigia” o processo. Procura estar informado do andamento de todas as ações planejadas no PTS. Aquele que a família procura quando sente necessidade. O que aciona a equipe caso aconteça um evento muito importante. Articula grupos menores de profissionais para a resolução de questões pontuais surgidas no andamento da implementação do PTS. Pode ser qualquer componente da equipe, independente de formação. Geralmente se escolhe aquele com modo de vinculação mais estratégico no caso em discussão (OLIVEIRA, 2008, p. 283)

Aqui fica colocada a necessidade de se avaliar a forma de vinculação que seja mais estratégica para o PTS, o que implica estar atento e ter formas de avaliar as formações de vínculo dos sujeitos do sofrimento com os trabalhadores da equipe e com a instituição.

A ampla utilização do termo vínculo, a despeito de uma conceituação mais rigorosa, é notada por Barbosa e Bosi (2017) que ao realizarem uma revisão da bibliografia sobre o tema em cinquenta e dois artigos relacionados à Atenção Básica, encontram definições conceituais claras apenas em dois.

A literatura é escassa em abordar vínculo em termos teórico-conceituais, conforme já referido. Sua expressão como amálgama semântico dificulta e/ou escamoteia conceituações, já que opera com o uso de sinônimos, quase sempre referindo confiança, elo, relação interpessoal estreita. Além disso, não se observa um refinamento capaz de diferenciar, por exemplo, de vínculo terapêutico, vínculo de amizade, vínculo profissional, ou mesmo vínculo institucional. (BARBOSA e BOSI, 2017, p. 1010)

A associação do vínculo como sinônimo de confiança na relação com o sujeito em tratamento é bastante referido pelas entrevistadas. Por algumas delas isto é percebido já desde a primeira entrevista, outras descrevem a confiança como uma construção ao longo do tratamento. Porém são muitas as descrições do vínculo do PR com seus usuários de referência como um vínculo estreito, próximo, quase familiar. Esta formulação do vínculo parece contribuir mais para confusões e indefinições do que a separações e demarcações. E talvez por isso as trabalhadoras atribuam em diversos momentos a função de separação e discernimento a seus espaços de terapia e análise

As autoras chamam a atenção também para a utilização do termo ora como ferramenta de trabalho, tal qual um estetoscópio; para sua redução a qualquer mero contato dos agentes dos serviços de saúde com o sujeito, geralmente como sinônimo de confiança; e por último seu surgimento como condição para a realização ou sucesso de diversas ações em diversos âmbitos da Saúde Coletiva – gestão, práticas terapêuticas, controle social, formação dos profissionais e etc. Outro ponto interessante que percebem é a referência ao vínculo no futuro do pretérito, denotando antes de qualquer outra coisa sua suposta ausência e, portanto, ainda em por vir. O vínculo é pressuposto então ali onde é percebido algum sucesso das práticas substitutivas, quer seja na Atenção Básica ou nos CAPS, mas não é

encontrado qualquer relato ou trabalho que aponte parâmetros que possibilitem sua avaliação.

Das poucas conceituações que Barbosa e Bosi (2017) encontraram sobre o vínculo ambas se referem diretamente à constituição, circulação ou estagnação de afetos. Mas fica claro também a superficialidade com que este outro conceito também a tratado. Uma outra forma de vínculo que relacionam é a relação entre estado e sociedade através da implementação de políticas públicas, como as de saúde, e tomado então a partir de seu viés de relação de poder e instauração da biopolítica, da normatividade das subjetividades e do controle das populações.

Já Goldberg (1996), conforme discutido mais acima, aponta “a importância crucial da relação terapêutica (transferencial) em todas e quaisquer práticas desenvolvidas no interior da instituição (...)” (p. 129), sendo as diversas atividades catalisadoras dessas relações, e não terapêuticas em si mesmas.

Feita estas primeiras definições de vínculo é importante retomarmos o trabalho administrativo realizado pelo PR e como a forma como está organizado influencia e condiciona certos modos de relação e vínculo com o sujeito do sofrimento. Silva (2007) define como trabalho administrativo do PR aquele que não incide diretamente sobre o sujeito do sofrimento, mas somente em seu entorno, e reserva o termo “clínico” para aquele trabalho que se dá em contato direto com os sujeitos. Isto coincide em parte com o que encontramos nos dados das entrevistas, em que este tipo de trabalho, também chamado de burocrático, poderia também ser aquele que o trabalhador não nenhuma função ou sentido em ser realizado, ou que é simplesmente “chato” de ser executado. Porém o que predomina nos relatos das trabalhadoras como incômodo em relação ao trabalho administrativo é sua ausência de sentido. Quando muito a RAAS é vista como forma de “sobrevivência da instituição”, aquilo que garante a existência dos serviços a partir de seu financiamento, já que o acúmulo de informações das atividades desenvolvidas, e não de seus resultados, é de difícil acesso às equipes e não há qualquer retorno destas para quem as realizou. Ante todas as demais atividades descritas como administrativas no item anterior, acrescentando a isso o questionamento do excesso de pacientes de referência para cada PR, pode ser questionado o montante de tempo dispensado para a realização destas tarefas apontadas pelo próprios trabalhadores como sem sentido algum.

É impossível não retomar aqui a função alienante da ausência de sentido para o trabalho no modo taylorista de organização do processo produtivo, que desautoriza o trabalhador de qualquer outro interesse em seu trabalho que não seja sua própria remuneração (CAMPOS 1997, COSTA-ROSA 2013). Vale lembrar como a burocratização do processo de trabalho e o pagamento por produção são importantes instrumentos do modo taylorista de produção. Porém não se trata aqui simplesmente da ausência de sentidos neste campo, já que dos dados das entrevistas demonstraram existir produção de sentido no trabalho. A dificuldade se dá na coletivização destes sentidos, na forma como se torna ou não possível alguma forma de circulação, enlaçamento ou produção neste no coletivo de trabalho. Este parece ser um ponto importante naquilo que as formas de organização e relação da própria equipe têm de reprodução nos modos de relação e acolhimento da demanda dos sujeitos do sofrimento que se dirigem às unidades.

Essa definição das tarefas administrativas dada pelas entrevistadas se mostra mais ampla do que a encontrada na literatura. E também demonstra a dificuldade dos profissionais em definir com clareza a diferença, fazer uma distinção e uma separação entre um tipo de trabalho e outro. Se o contraste tem que se dar entre presença/ausência do sujeito do sofrimento, presença/ausência de sentido para a atividade, sua utilidade/inutilidade, o prazer/desprazer na execução da mesma. A evolução dos prontuários é um exemplo importante deste tipo de tarefa, porquanto se coloca como a história clínica do sujeito em tratamento e visa à transmissão de seu caso ao restante da equipe e aos profissionais que venham a trabalhar em uma determinada unidade, ou se permanece atrelada à sua fiscalização externa e a evitação de sanções e punições para o serviço. Outras ações e benefícios também são relatados desta forma ambígua, como podendo ou não se enquadrar dentro do PTS, isto é, dentro de seu manejo e do cálculo clínico da equipe ou simplesmente como uma obrigação desta. A questão do sentido das tarefas a serem realizadas pela equipe se mostra novamente um ponto fundamental, capaz então determinar a orientação do PTS dos sujeitos em tratamento e das ações dos trabalhadores. Não estamos então defendendo a extinção, impossível, destas tarefas, mas sim questionando seus excessos e seus efeitos, e procurando encontrar uma forma que sua execução proporcione retorno à equipe que as produziu e possa assim auxiliar no entendimento e planejamento das ações da unidade.

Portanto, estes excessos estão ainda ligados a outras falas das trabalhadoras, aquelas quanto ao excesso de trabalho e de demandas, que geralmente resultam na dificuldade de organização do trabalho. Permanece então o imperativo de “Dê conta da demanda!”, das tarefas de “super-herói”, sem a possibilidade de discutir e problematiza-las junto à equipe, geral ou ER, a partir de parâmetros de avaliação que orientem e demonstrem as qualidades e deficiências do trabalho realizado.

### **Considerações sobre a Clínica**

Se comparadas à conceituação de Guerra (2004) sobre as três modalidades de orientação das atividades e ações dos CAPS, as descrições feitas pelas entrevistadas parecem poder se enquadrar principalmente em duas: Sociopolíticos/Críticos e de Orientação Clínica. O modelo Psicopedagógico não é descrito claramente em nenhuma das falas. Estes dois modelos, conforme descritos pela autora, apresentam momentos de coincidência e outros de divergência. Ora o processo de inclusão social coincide com o tratamento do sintoma e do sofrimento subjetivo do sujeito, ora se colocam de forma nitidamente separadas.

Os ATs são um ponto das descrições que parece exemplificar bem esta situação. Sua importância é relacionada pelas entrevistadas a construção de vínculos e espaços de circulação em outros locais que não os do CAPS, e também ao conhecimento e organização dos variados contextos de vida do sujeito. Trata-se então de uma atividade que ocorre então tanto na casa do sujeito em tratamento e no seu entorno, locais já conhecidos por ele e que necessitam de uma nova organização ou da reformulação ou reconstrução dos vínculos, mas também em locais novos e ainda desconhecidos, onde outros interesses podem surgir e novos laços podem vir a ser construídos.

Aqui pode ser localizada a aparente dicotomia descrita tanto por Guerra (2004) como por Viganó (1999), entre as ações de reabilitação, que se orientariam para locais externos ao CAPS visando garantir os direitos sociais e a cidadania dos usuários, e as ações clínicas que muitas vezes, como também descritas por Silva

(2005, 2007), seriam aquelas tradicionalmente relacionadas aos núcleos profissionais e geralmente realizadas nas dependências da instituição – atendimentos individuais diversos, grupos de psicoterapia, terapia ocupacional ou de medicação, e etc. Cabe aqui questionar se a “ancoragem simbólica do psicótico” mencionada por Guerra ocorreria somente na instituição, como se estes sujeitos não fossem capazes de realizar vinculações em outros espaços fora dos CAPSs. Seguindo a proposta de Viganó, essa separação didática parece, no entanto bastante reducionista, à medida que separa uma dificuldade notória de muitos dos sujeitos do sofrimento em realizar e sustentar a circulação e o contato social, de seu sintoma psíquico e de suas características pessoais.

Discorrendo sobre as modificações na psiquiatria a partir da criação do DSM em 1952, Dunker (2016) enfatiza as consequências do que chama de “sequestro da neurose” para o diagnóstico e consequentemente para o tratamento psiquiátrico. O principal efeito segundo ele é a fragmentação e a pulverização de diagnósticos variados, mas ao mesmo tempo aparentados, semelhantes em diversos aspectos, que antes, sob influência da Psicanálise encontravam agrupados em nomeações de maior alcance. A forte tendência de hegemonização do variado e diverso discurso psiquiátrico do pós Segunda Guerra Mundial, produz então o afastamento entre Psiquiatria e Psicanálise, que por sua vez também produz outros distanciamentos, tais como a separação entre sintoma, história de vida e características de personalidade, e se perde assim também a possibilidade de uma hipótese diagnóstica unificadora. Isto é de especial interesse em nossa discussão, já que a dicotomia entre social e psíquico, entre reabilitação e clínica, parece ser uma consequência deste distanciamento descrito por Dunker. Apenas em um dos relatos as atividades externas ao CAPS realizadas pela equipe são descritas com termos que denotam uma preocupação com os efeitos subjetivos para o sujeito em tratamento e situa também este tipo de atividade como uma “clínica”, e não somente como a garantia ao direito de ir e vir ou a outros direitos ainda.

Outra consequência estreitamente ligada a essa separação apontada por Dunker (2016) é um importante distanciamento na prática psiquiátrica atual, e por consequência também no campo da Saúde Mental, é a escuta e o acolhimento do sofrimento. Esta é outra separação operada pela Psiquiatria a partir da evolução do DSM, que desvincula o sintoma psíquico com a ideia de sofrimento subjetivo, desresponsabilizando os trabalhadores de tomá-lo em consideração como elo

ligação entre os diversos aspectos da vida do sujeito. O sofrimento é, ainda que entendido pelo DSM como digno de atenção clínica, relegado a outras esferas, todas relacionadas com vivências apenas “sociais” e não subjetivas, tais como: discriminação racial, problemas no relacionamento conjugal, ganho de baixos salários, violências de diversas formas e etc.

A alienação do sujeito em tratamento de e em seu sintoma, tese defendida por vários autores (DUNKER, 2015, 2016; COSTA-ROSA, 2013; COSTA VAL et al, 2017), parece ser então correlata da tese institucionalista de que o trabalhador é alienado de sua implicação. Podemos então traçar uma relação entre a formação de vínculo e a implicação, ambas sempre presentes. Assim como não existe “desimplicação” e sim alienação quanto às formas de implicação de cada sujeito a instituição, também nos parece possível afirmar que não existe ausência de vínculo entre o sujeito do sofrimento e os trabalhadores, que tem de ser produzido a partir da organização do processo de trabalho das unidades, mas sim alienação quanto às modelagens com que esse vínculo se dá, por mais degradada que seja a clínica praticada. Portanto, o que se faz necessário são espaços em que seja possível realizar a análise qualitativa da implicação e do vínculo que esta em processo de formação. Conforme foi apontado tanto pelas entrevistadas como pela literatura consultada, é fundamental a presença de um terceiro para as equipes e os profissionais possam se deslocar do discurso biomédico e produzir novas formas de laço e produção entre si e com os sujeitos que demandam atenção e tratamento.

Aqui surge então uma relação com o que foi descrito pelas entrevistadas em dois pontos, quanto à importância tanto dos espaços de tratamento dos próprios trabalhadores – terapias e análises – como do espaço de supervisão clínico-institucional. No primeiro ponto vários relatos demonstram como os espaços de tratamento e “cuidado” dos próprios trabalhadores são fundamentais para produzir “separações” e “distanciamentos” de modo a tornar visível o posicionamento e a demanda que os pacientes fazem aos trabalhadores, possibilitando um reposicionamento a partir desta análise. Efeito muito semelhante é relatado dos processos de supervisão clínico-institucional, mas então sobre processos de trabalho e tratamento realizados por diversos trabalhadores, sejam de uma ER específica ou da equipe geral. Vale ressaltar aqui que as trabalhadoras relatam ainda importante corte de investimento em supervisão por parte da instituição, investimento que, segundo algumas opiniões das mesmas, deveria ser ainda mais

ampliado e estendido a outros espaços de discussão coletiva das unidades como as reuniões de ER. Este é um dos aspectos que elas relatam quanto à precarização de suas condições de trabalho. E vale ainda ressaltar novamente a grata surpresa de todas as entrevistadas terem sustentado ou ainda sustentarem espaços de cuidado e escuta pessoais.

Portanto, também se torna pertinente atentar ainda para essa relação entre vínculo e implicação e a forma como se dão as discussões clínicas nos serviços, tanto as discussões das ERs como da equipe geral. Entendendo então que tais discussões são sempre espaços de análise das formas de implicação e do vínculo que está se estabelecendo. Foram feitos relatos da dificuldade de se sustentar discussões clínicas aprofundadas nas reuniões das unidades de forma geral, espaços esses geralmente muito tomados pelas discussões sobre as urgências e outras necessidades da ordem do dia. Esta queixa das trabalhadoras quanto à dificuldade de sustentar discussões clínicas consistentes parece ser uma subversão da operação proposta pela Psiquiatria Democrática Italiana de colocar a “doença entre parênteses”. Campos (2001) aponta como sua má interpretação “*tem contribuído para um certo esvaziamento da discussão sobre a clínica nos serviços substitutivos de saúde mental.*” (p. 102). É interessante aqui olhar para estes relatos não como pedidos de discussões teóricas sobre os casos e sobre as patologias, mas como uma demanda de espaços qualificados para a análise do vínculo e da implicação, tanto nos casos em atendimento como nos processos de trabalho dentro e fora da instituição, que podem efetivamente requerer uma ou outra discussão de ordem mais técnica ou teórica, mas que tem de ser demandada da discussão qualificada do vínculo.

Campos (2005) relata sobre a recusa e dificuldade em tratar da questão da categoria da clínica nos serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico. Ela aponta aí o risco de se perder o saber técnico que estes profissionais possuem para lidar com as demandas do sofrimento psíquico, sem que com isso tenhamos que incorrer em um tecnicismo excessivo, em uma valorização dos especialismos.

Porém, gostaríamos de chamar a atenção para o caráter de recalcado da categoria clínica. A psicanálise ensina-nos a ficar atentos àquilo que “não se fala”. Eliminar a problematização sobre qual é a clínica que se faz nos equipamentos de saúde acarreta o risco de banalizarmos a importância dos aspectos técnicos do trabalho. (...) Sendo críticos com uma leitura tecnicista da saúde, porém, desejamos ressaltar que, a nosso ver, é fundamental não

descartar a clínica e sua qualidade técnica, como se fosse o bebê com a água do banho. (Campos, 2005, p. 578)

Campos observa, portanto que a qualidade da formação técnica do trabalhador do campo da Saúde Mental é fundamental em pelo menos duas acepções:

Os conhecimentos técnicos teriam, na nossa argumentação, duas funções produtoras de eficácia: uma específica na produção de saúde dos usuários, e outra importante na produção de saúde dos trabalhadores. Eles poderiam ser a mola da ampliação da clínica (Campos, 2003), do resgate da dimensão do cuidado, da melhora nos processos intersubjetivos de comunicação, etc. (Campos, 2005, p. 579)

Parece muito importante em sua argumentação que, ao menos em parte, o sofrimento do trabalhador da Saúde Mental possa estar ligado a deficiências de sua formação, o que corrobora uma hipótese de nosso trabalho da ausência de espaços de formação para o PR antes de começar a exercer função. Portanto, a formação técnica seria um fator protetivo em relação ao sofrimento oriundo do objeto de trabalho, tendo uma importante influência *“no grau de resistência e tolerância com que o sujeito em questão conta para enfrentar o dia-a-dia em contato permanente com a dor e o sofrimento.”* (CAMPOS, 2005, p. 578). É então possível compreender o motivo das entrevistadas geralmente associarem sua função como PR, sempre em alguma medida, a sua formação universitária original, demonstrando a impossibilidade de realizar uma completa separação entre as duas funções que exercem nas unidades, exatamente porque é essa formação que também lhes fornece o conteúdo e recursos capazes de protegê-las da constante falta de sentido do encontro com a psicose. Parece haver aqui então uma aproximação possível da proposta de Costa-Rosa (2011) de uma ética do “cuidar-se”, e não do “cuidar de”, estando claramente apontada a necessidade do trabalhador também cuidar-se de diversas formas, e não ser cuidado, para poder exercer sua função junto ao sujeito que demanda atenção nos serviços.

Retomando Campos (2005), a insegurança técnica tem ainda importante relação quanto a forma de interpretação da demanda dos sujeitos pelos trabalhadores, fazendo com que seja mais difícil realizar avaliações cuidadosas e com bom discernimento entre situação de urgências e riscos realmente graves e que necessitam de intervenção imediata, às vezes mesmo a revelia do sujeito.

Digamos que o trabalhador de saúde que não conte com razoável formação técnica será submetido a mais um fator de sofrimento, a angústia que provoca o “nada saber”, ou, no dizer de Oury, o fato de não estar advertido. Quando a insegurança técnica é grande, toda demanda é amplificada, não é possível discernir em relação a riscos e urgências. (Campos, 2005, p. 579)

A autora discorre também sobre a inevitabilidade e a dificuldade dos trabalhadores em lidar com o sofrimento e a angústia gerados pelas situações de miséria social e econômica frequentemente encontradas no cotidiano de trabalho. Há nessas situações um sofrimento explícito e inegável, radicalmente diferente no geral daquele vivenciado pelos trabalhadores dos serviços, bem como se percebem diferentes formas de lidar, evitar e se defender desenvolvidos por essa população pauperizada ao extremo.

O grau de miserabilidade dessas populações extrapola nossa capacidade de resistência. Uma coisa é saber – em tese – que o Brasil é um país cheio de pobres. Outra bem diferente é tentar uma intervenção terapêutica com pessoas que estruturaram sua própria resistência à morte por meio de formas de subjetivação que não conseguimos compreender. Uma mãe que não demonstra preocupação com seu filho gravemente enfermo e mal nutrido. Um contexto em que vida e morte (tráfico, violência material e subjetiva) significam outra coisa e não a que estamos acostumados a entender. Desejamos destacar a intensidade dessa experiência e a sua singularidade. O grau de esgarçamento simbólico que percebemos em algumas dessas comunidades, nas quais, por exemplo, em vez de conversar, mata-se, coloca em xeque todas nossas propostas interpretativas. Falta-nos suporte, arcabouço conceitual ou categorial para a saúde coletiva poder de fato apoiar os seus agentes nesse percurso. É nessa busca que trabalhamos com a idéia da gestão como uma importante produtora de processos de subjetivação. (Campos, 2005, p. 579)

Mas a importância de se discernir entre um sofrimento e outro, um essencialmente psíquico daqueles com forte relações com situações de vulnerabilidade sócio-econômica, diz respeito a ampliação da clínica. Além de ser impossível de se evitar o contato com tais realidades, a Integralidade da atenção nos convoca a atentar e considerar tais contextos na construção do PTSs. Porém fica a questão de qual a medida da ação das equipes dos CAPS sobre estes determinantes e partir de que ponto se perde a consideração pela clínica enquanto atenção e cuidado da subjetividade com consequências consideráveis, tanto para o lado da atenção às demandas sociais como da clínica da Saúde Mental. Alguns trabalhadores relatam a dificuldade para lidar com estas questões porque, ao contrário do que estudaram e se formaram para trabalhar, não tem recursos técnicos

e teóricos para dar conta destas demandas, o que acaba por gerar e acumular ainda mais sofrimento, além daquele que já é esperado neste campo de trabalho.

Dunker e Kyrillos Neto (2004) também já apontavam que o discurso da inclusão social como um imperativo das práticas dos serviços substitutivos ao manicômio, e não como um parâmetro de avaliação da eficácia e dos resultados de um processo de tratamento, opera pelo seu completo oposto e por sua negação integral, mas tem também como consequência a exclusão da clínica enquanto seu sinônimo, conforme também aponta Campos (2005). *“Trata-se de um conjunto de práticas que discursivamente se recusam a inscrever-se na noção de clínica e muitas vezes colocam-se em oposição a esta.”* (DUNKER e KYRILLOS NETO, 2004, p. 117). Sua exclusão social da esfera do consumo e do trabalho requereria então apenas intervenções que garantissem o acesso a esses bens. Daí também o que aparece nas falas dos profissionais como um excesso de tarefas que devem desempenhar para garantir tal acesso, quer seja a um benefício financeiro, passes de ônibus ou outras necessidades urgentes. Não se trata de negar ou ignorar tais necessidades, muitas vezes de garantias básicas de vida para sujeitos em extrema condição de vulnerabilidade social como foi relatado pelas entrevistas, mas este nitidamente um efeito de deslocamento para ações que não tomam a demanda e o sofrimento em sua vertente subjetiva. Nas entrevistas as “demandas sociais” surgiram como algumas das tarefas de maior peso e dificuldade em ser realizadas pelos PRs, aquelas mais difíceis de serem dimensionadas dentro dos PTSs.

É no quadro desse deslocamento discursivo que se torna compreensível a oposição entre estratégia política e retórica clínica. A clínica, psiquiátrica, psicanalítica, psicológica, torna-se identificada a um aspecto do antimodelo manicomial por que ela supõe, em tese, uma outra forma de articulação da demanda: individual, subjetiva, idiossincrática, articulação que deve ser posta em oposição à articulação política, cujos atributos teriam sinais contrários. Nessa operação, a clínica torna-se excluída da política. (DUNKER e KYRILLOS NETO, 2004, p. 120)

Um pouco mais adiante os autores explicitam que a posição discursiva da inclusão *“propõe como cura para doença mental a reinserção social do paciente nos meios produtivos.”* (DUNKER e KYRILLOS NETO, 2004, p. 120), mas sem qualquer crítica dos modelos de processo produtivo para os quais se propõe que os sujeitos retornem, sem transformações nos laços sociais em que o sujeito originalmente se encontra.

Portanto, podemos dizer que encontramos importante dificuldade nos serviços para a análise dos vínculos e da implicação ante os imperativos discursivos de dar conta da demanda, implicar-se e vincular-se, e também devido ao desinvestimento institucional quanto aos espaços coletivos que teriam esta finalidade. Desta forma, a sobreimplicação pode ser entendida como uma nova inflexão da implicação ao transformar o que em sua origem eram os interesses dos trabalhadores e sujeitos do sofrimento em obrigações na rotina da instituição. Assim bloqueia e inibe a capacidade de análise destes sujeitos. Diferentemente da alienação que opera pelo desconhecimento e inobservância da implicação e do vínculo, por sua pretensa inexistência. Isto pode ser percebido na forma como alguns relatos trazem a exigência do vincular-se a partir da escolha realizada pela equipe geral ou pela ER do PR para o sujeito que inicia um novo tratamento na unidade. Parece de uma certa forma que esta exigência termina por ter o efeito de encobrir a possibilidade da equipe realizar a análise do vínculo, incorrendo em seguida na desresponsabilização relatada por muitas das entrevistadas, objetivo oposto ao pretendido a partir destes dispositivos. Aqui surge o questionamento não da pertinência do PR como dispositivo para o trabalho nos CAPS, mas sim sobre sua forma de utilização. Ousaria até mesmo interrogar se este é um dispositivo que tem de ser obrigatoriamente utilizado, ou se deveria ser evocado quando de alguma situação específica que o requeira.

Fica aqui claro que a utilização em larga escala deste dispositivo se orienta pela certeza inequívoca de que, em sua ausência, não haverá responsabilização de qualquer trabalhador da unidade pelos sujeitos em tratamento. Porém esta lógica parece não levar em conta o interesse dos trabalhadores pelos casos em acompanhamento, sua preocupação e empenho para a melhora e restabelecimento dos sujeitos do sofrimento. Consequentemente, como uma extensão desta organização da equipe como bem aponta Costa-Rosa (2013), também fica como que marginalizado qual seria o interesse dos sujeitos em tratamento por este processo, como já foi dito anteriormente. Outra consequência então da elisão dos interesses tanto do trabalhador pelo seu trabalho, como por seu processo e resultado, como também do paciente por seu processo de tratamento e pelo resultado deste, conjuntamente a instauração da exigência aos trabalhadores de vincular-se, é a obrigação dos sujeitos em tratamento às ações e orientações do mesmo: comparecer ao CAPS, tomar medicação, participar de grupos e oficinas, e

etc. Mas é nítido em muitos relatos das entrevistadas que há interesse e preocupação por seus usuários de referência, tendo em vista os diversos relatos de casos que surgiram ao longo das entrevistas como exemplos aos questionamentos do entrevistador. Porém é importante ressaltar que a necessidade de se colocar em evidência, conseguir um espaço para trabalhar a implicação dos interesses dos trabalhadores nos processos de trabalho dos serviços se dá dentro de instrumentos e dispositivos organizativos já existentes na instituição.

Fica evidente então como há basicamente duas formas de responsabilização em ação nos serviços, ambas necessárias e legítimas. A primeira derivada da vinculação sanitária dos sujeitos do sofrimento a uma ER da unidade, com toda a responsabilidade sanitária decorrente deste vínculo. A outra a responsabilidade terapêutica, derivada do vínculo terapêutico que se estabelece no decorrer do tratamento entre o sujeito e os profissionais da equipe que o acolhe. Uma diferença importante de ser colocada é que a responsabilidade sanitária, por ser territorialmente fundamentada, é predeterminada ao encontro entre os trabalhadores de uma instituição e o sujeito que procura a unidade, portanto, prescinde completamente que uns e outros se conheçam efetivamente. Os trabalhadores de uma determinada unidade sabem de antemão que qualquer pessoa de sua área adscrita que venha a adoecer terá os cuidados sob sua responsabilidade. Já o vínculo terapêutico é totalmente dependente do contato direto, regular e continuado entre o sujeito do sofrimento, a equipe que dele se encarrega e a instituição. É isso que irá determinar modos de relação com a equipe e de circulação pela unidade, e que serão objetos de intervenção e manejo em seu PTS.

Campos (2003, 2005) aborda a gestão dos serviços substitutivos de saúde a partir de suas potencialidades de produção. Por um lado ela ressalta a tendência de reprodução do instituído da gestão tradicional *“Preocupada sempre com o aumento da produção de mais-valia, de produtividade e de reprodução dos statu-quo.”* (p. 124). Mas por outro valoriza a possibilidade da gestão gerar novos modos de produção, menos alienados e com maior grau de análise de suas implicações em seu processo produtivo e no produto final de seu trabalho. Assim como Costa-Rosa (2013), a autora procura mostrar que as instituições podem apoiar seus trabalhadores e sujeitos do sofrimento na construção de novos sentidos, sempre necessários ao enfretamento das transformações da vida. Na concepção de

Campos, a função da gestão do serviço é fundamental para esta finalidade, mas para isso tem que conseguir deslocar-se e transitar entre o “gerir” como o controle, o exercício de poder, e o gerar, função de favorecer e acolher o surgimento de novidades, promover a criação novos modos de produção. A gestão tem então a importante função de auxiliar a sustentar espaços onde os trabalhadores possam desenvolver relações intersubjetivas para constituir-se enquanto equipe, mesmo que tenha que lidar cuidar dos eventuais dramas e conflitos que venham a surgir.

Se resgatarmos que a grupalidade que desejamos contribuir a produzir das equipes é uma grupalidade operativa, em que as pessoas aí possam explorar autonomia e criatividade, e assumam e se comprometam com a produção de mundo (diminuição do coeficiente de alienação), então o gerente tem de propiciar o acontecer dessa grupalidade. (CAMPOS, 2003, p. 135)

Kaës (1991) propõe criar dispositivos de trabalho que permitam restabelecer um espaço subjetivo conjunto, uma área transicional comum, relativamente operatória. Temos defendido que a gestão poderia exercer essa função, mas, para isso, ela precisa se constituir como uma instância, como um lugar e um tempo, onde e quando se possa experimentar a tomada de decisões coletivas e analisar situações com um grau de implicação maior em relação àquilo que é produzido. (CAMPOS, 2005, p. 577)

Porém esta grupalidade não é da completa homogeneidade, é uma grupalidade que se propõe suportar e acolher as diferenças, mesma proposta para a assistência aos sujeitos do sofrimento, para que não seja simplesmente reproduzida a subjetividade hegemônica. Esta é a via proposta por Campos para produzir a implicação dos trabalhadores, mais do que simplesmente implicação com os preceitos e valores da RP, implicação também com seus próprios interesses em seu trabalho.

Reconheço-me implicada com isso, penso nessa postura como postura ao mesmo tempo profundamente compromissada política, ética e terapeuticamente. A gente é um meio, mas não é um meio vazio. Somos um meio recheado de nós mesmos. (CAMPOS, 2003, p. 142)

Este oferecer-se pode ser reconhecido em algumas nas falas de algumas trabalhadoras que não percebem grandes diferenças entre aquilo que orienta seus interesses fora do CAPS e o que oferecem como atividades terapêuticas para o público da instituição.

Diaz (2013) também relaciona a clínica, a organização e a gestão no intuito de ressaltar a responsabilidade da gestão como parte fundamental a

determinação das diretrizes do atendimento clínico das unidades. Parte, pois tomando a grupalidade da equipe como heterogênea à de se chegar a um mínimo de consenso quanto às diretrizes clínicas das unidades, e isto se refere menos aos tipos e modalidades de atendimento que são realizados e mais com o que pretende produzir nos processos de tratamento.

Nem sempre aparece nitidamente a relação entre a clínica, organização e gestão, mas entendemos que conseguimos manter as múltiplas complementaridades e determinações e, neste sentido, entendemos que a gestão é um dos principais responsáveis em estabelecer as diretrizes clínicas do atendimento em um serviço. Por que é um questão ética e política, e por que é sua função. (DIAZ, 2013, p. 155)

É exatamente tomando em consideração tais modificações nas formas de assistência produzidas a partir desta grupalidade que a Clínica Ampliada retoma seu valor e seu lugar, como outra forma de entender e realizar ações e tarefas que não se enquadram naquelas tradicionais a cada núcleo profissional. A inclusão e ampliação do repertório de ações dos serviços pode se orientar então também, segundo falas das entrevistadas, pela construção e acolhimento da demanda dos sujeitos em tratamento. Esta e outras referências à Saúde Coletiva e a Clínica Ampliada (CAMPOS 1997) pode ser vistas nas falas de forma bastante clara, principalmente na descrição do que orienta a construção dos PTSs e a forma como são realizadas as ações e atividades. Termos como “integralidade”, “ampliação” são usados com frequência em suas descrições.

Um importante obstáculo à ampliação da clínica e do cuidado pode ser a forma como é tratado o uso da medicação, o espaço e a função que seu uso tem nos PTSs. Em uma fala anterior a trabalhadora explicita claramente a existência de outras ofertas terapêuticas além da medicação. Ainda como modo de produção dominante de atenção, o uso de medicação se apresenta como um discurso generalizado. Seis profissionais relataram ter pacientes em tratamento em suas unidades sem fazer uso de qualquer medicação, mas não se recordam de mais do que dois. E ainda que não seja de seu núcleo direto de atuação, a maioria relatou ter de lidar com esta questão rotineiramente, tanto para solucionar dificuldades administrativas dos serviços, tais como prescrições, receitas e liberação de medicações para seus pacientes de referência, como para discutir com o pacientes,

seus familiares, com o psiquiatra e o restante da equipe esta parte do PTS quando isto se faz necessário. Portanto não se trata de recusar o uso da medicação como parte do tratamento dos sujeitos do sofrimento em tratamento nos CAPS, mas sim de questionar seu uso hegemônico e imediato deste recurso, procurando subordiná-lo, como qualquer outra forma de intervenção, à construção clínica do caso.

Costa-Rosa (2011) faz aqui uma importante consideração, associando o uso de psicofármacos a esfera da produção material e subjetiva, apontando que aqueles que se encontram excluídos de tal esfera por serem considerados incapazes, passam a ser incluídos pelo consumo de psicofármacos como resposta hegemônica ao sofrimento psíquico. A invalidação do sujeito é aqui fundamental, tanto material como subjetivamente é tratado como incapaz de produzir. E também fica mais evidente a dificuldade de escapar desse modo de produção e realizar outros.

A tutela e, eventualmente, a invalidação, são ainda mais facilmente realizadas por meio da inclusão dos indivíduos no continente dos simultaneamente excluídos da produção e incluídos no consumo de psicofármacos. (...) Aí se esconde uma das proezas de nossa forma societária, à qual essa modalidade de psiquiatria parece conseguir responder com eficiência assustadora: excluir incluindo e vice-versa. (COSTA-ROSA, 2011, p. 745)

Diaz (2013) aponta uma diferenciação que consideramos importante, aquela entre postura clínica, entendida como prática institucional coletiva, e as práticas realizadas nos settings tradicionais de tratamento que sustentam práticas ambulatoriais, geralmente pautados quase que exclusivamente nos atendimentos individuais. Mas isso não tem de se confundir com uma recusa das práticas individualizadas, pois é também uma orientação para a escuta realizada individualmente por cada profissional, seja em seus atendimentos regulares ou acolhimentos eventuais.

Defendemos uma postura clínica desde a psicanálise e, como já dissemos, a entendemos como uma maneira de organizar a escuta e de agir em função dela, possibilitando o desvio do evidente, do óbvio aparente, da literalidade e permitindo a surpresa, perdendo valor o debate entorno do *setting*" (DIAZ, 2013, p. 160)

Podemos aproximar do que Diaz chama de postura clínica aquilo que Miranda (2009) relata ter encontrado em sua pesquisa como uma forma de escuta

pertinente à prática clínica dos CAPS, de onde destacamos a evitação de qualquer caráter normativo e punitivo da escuta do profissional. Normativo aqui pode ser entendido como qualquer orientação discursiva que possa produzir um enquadramento da fala do sujeito, conformando-a a este discurso para daí transformá-la em uma demanda. É evitando este tipo de postura que se pode produzir um espaço de interlocução e acolhimento. Segundo a autora esta é a postura clínica na escuta que mais favoreceria a vinculação do sujeito que demanda de atenção à equipe e a unidade. É perceptível então a partir destes dois autores, bem como se também tomarmos as considerações de Viganó sobre a construção do caso clínico, as considerações institucionalistas quanto implicação e sobreimplicação, que a clínica não se constitui como ações e atividades simplesmente, sendo estes apenas os espaços onde se concretiza. A clínica é uma construção anterior.

Para Viganó (1999) então a clínica é uma forma de análise do discurso e, portanto, uma clínica do discurso e não da patologia. Retomando então a importância da análise das implicações dos vínculos, mais importante que definir diagnósticos nosológicos ou estruturais, equipe tem que se interrogar sobre como este sujeito se coloca em suas relações, o que isto tem a ver com sua forma de sofrer, e como isto se reproduz no cotidiano institucional.

Só que a construção é um tipo de trabalho que pode levar, por meio desse debate democrático, a um ponto de orientação, a uma autoridade, a um ponto que faça a equipe tomar uma decisão. Minha proposta é que seja a construção do caso a produzir uma nova autoridade, que eu chamaria de autoridade clínica. (VIGANÓ, 1999, p. 46)

A clínica então como clínica do discurso distancia-se um pouco das ações e atividades realizadas nos serviços. Esta separação é necessária, pois o que define então se uma determinada ação é ou não da ordem de uma clínica pertinente a RP e à Atenção Psicossocial e sua relação com a concepção do objeto e dos objetivos visados. A clínica então como análise de um discurso, dos vínculos e da implicação subjetiva, se aproxima mais da análise da postura ética do trabalhador e do sujeito do sofrimento. Costa-Rosa (2011) realiza uma análise sobre as éticas presentes no campo da Saúde Mental, atentando principalmente como em sua maioria, por cientificidade, tutela ou compaixão excessivos, operam pela objetificação do sujeito do sofrimento antes seu discurso e suas práticas.

Não é difícil perceber que a ausência do sujeito nessas discussões sobre a ética é apenas a aparência da sua objetificação necessária decorrente do paradigma disciplinar “sujeito-objeto” e do princípio médico “doença-cura” que ainda são incontestavelmente dominantes, mesmo na práxis denominada Atenção Psicossocial. (COSTA-ROSA, 2011, p. 744)

Esta posição de Costa-Rosa corrobora a de Dunker e Kyrillos (2004) quanto a posição objetificada que o sujeito do sofrimento pode ser colocado mesmo no discurso da RP. É importante aqui atentar para o discurso como algo além dos enunciados, mas também como aquilo que pode denotar a relação com a organização psíquica com os modos de produção, material e subjetiva.

Quando tomamos os discursos para além de sua consistência de enunciados, como laços sociais – como estruturas produtivas e modos de produção –, as transformações discursivas podem ser tomadas como revoluções de discurso, e dizem respeito às possibilidades de mudança dos diferentes modos de organizar o processo de produção. Diferentes modos de produzir implicam em diferentes resultados produtivos, isto é, em diferentes formas dos produtos. Veremos que não será diferente quando se trata dos processos de produção da Atenção ao sofrimento psíquico, no qual estão em destaque os processos de subjetivação e seus impasses. (COSTA-ROSA, 2011, p. 750)

Costa-Rosa, portanto reafirma a posição que encontramos também em Viganó (1999) e Dunker e Kyrillos (2004) quanto a necessidade do sujeito do sofrimento ser o agente de seu próprio tratamento enquanto aquele que pode produzir o novo sentido demandado pela insuficiência de seu sintoma como resposta ao mal-estar psíquico inerente a condição humana civilizada (FREUD, 2010). Para Costa-Rosa a fundamentação na Psicanálise como orientação para o entendimento de sintoma e o saber inconsciente é essencial para deslocar o trabalhador da Saúde Mental de seu lugar de mestre supridor e recolocá-lo na função de testemunhar, atestar e manejar o trabalho e a produção subjetiva do sujeito que busca amenização para seu mal-estar. Nas entrevistas pudemos perceber algo dessa dualidade nos relatos sobre a forma como é construído o PTS, sendo enfatizada a presença do sujeito do sofrimento ou não, se dando a partir da construção do vínculo terapêutico ou não. Estes autores apontam para uma importante transformação tanto na forma como na importância e nos efeitos que a escuta clínica pode ter a partir de transformações como a mudança do paradigma da identificação com o sujeito como parâmetro de compreensão de sua fala, o reconhecimento e validação de sua postura agente e produtiva, bem como do saber produzido.

Esta proposta parece também ter nítida relação com os intensos relatos de cansaço, sobrecarga e excesso de trabalho das trabalhadoras entrevistadas. Seria importante pensar, conforme a proposta destes autores, qual é a real função destes profissionais e se não estariam assim trabalhando para outros – sujeitos do sofrimento, familiares, para Psiquiatria, para a RP e etc. Esta questão é fundamental, pois não se trata de menosprezar a função dos trabalhadores quando ressaltamos a importância do papel do sujeito do sofrimento como principal produtor da solução de seu impasse. Muito pelo contrário, vimos ressaltando em todo este trabalho a relevância do trabalho da autoanálise coletiva dos vínculos e da implicação subjetiva das equipes e dos trabalhadores como modo de reorientação de seu processo produtivo, bem como sua parte dos resultados deste processo. Mas se trata sim de situar como eixo de todo esse processo a demanda dos sujeitos do sofrimento. Portanto, para Costa-Rosa (2011), o trabalhador é aquele que está na posição de possibilidade de apontar o surgimento de sentidos novos, não repetidos.

O intercessor nessa clínica da Atenção Psicossocial é aquele que é capaz de interceptar a subversão dessas mensagens tautológicas e que fazem sofrer, posicionando-se de modo a fazer advir a sua negação radical capaz de direcionar o sujeito para a possibilidade da escolha decidida dos sentidos novos que ele atribuirá a sua situação e mesmo a sua existência. (COSTA-ROSA, 2011, p. 749)

Costa Val et al (2017) também analisam as contribuições da Psicanálise à Saúde Mental e à Saúde Coletiva que operam no sentido de mudanças no paradigma hegemônico psiquiátrico. Ressaltam a diferenciação de alguns conceitos, tais como sintoma, diagnóstico, trabalho interdisciplinar, laço social e produção de conhecimento, porém ao mesmo tempo procuram também situar contribuições de conceitos específicos da Psicanálise, como transferência e inconsciente. Para nosso trabalho ressaltamos a importância da aproximação da conceituação de vínculo com o de transferência e como isto pode operar mudanças na forma de realizar diagnósticos e construir os PTSs. *“Na prática, se o sintoma é uma solução para o sujeito, precisamos entender sua função e avaliar, cuidadosamente, as consequências de sua remoção”* (COSTA VAL et al, 2017, p. 1293). A abordagem diagnóstica através de manuais apresenta nítido empobrecimento das práticas na Saúde Mental.

De fato, na prática clínica, as abordagens têm focado cada vez mais nos algoritmos e diagnósticos dos manuais e na prescrição de medicamentos. A coleta cuidadosa da história dos pacientes, a implicação subjetiva do profissional e a relação que ele estabelece com aquele que o procura têm perdido o espaço para procedimentos diagnósticos padronizados que desconsideram as dimensões subjetiva, histórica e cultural dos sujeitos. A Psicanálise, neste contexto, fornece um importante contraponto. (COSTA VAL et al, 2017, p. 1295)

Assim como Costa-Rosa (2011, 2013), ressaltam a importância do saber como produção inconsciente, saber como produção sobre o não-sabido (Unbewust), e portanto podendo ser localizado somente naquele que (se) desconhece.

A partir então destas constatações nos parece necessário também apontar que as ações dos trabalhadores dos CAPS, entre eles o PR, não se enquadram exclusivamente em apenas uma destas categorias, clínicas, políticas, de reabilitação. *“Quando o usuário traduz a retórica da exclusão nos termos singulares de sua própria narrativa, esse é um ato simultaneamente clínico e político.”* (DUNKER e KYRILLOS NETO, 2004, p. 124). E a escuta clínica aqui tem a função fundamental de trazer o sujeito novamente para o centro do tratamento, porém sem expropriá-lo de seu sofrimento, como forma de construção e reconhecimento de sua demanda.

É nessa operação que a escuta clínica parece ser insubstituível. Não consideramos que o lugar do clínico seja uma espécie de mirante onde se tem uma ampla, neutra e geral visão do panorama ideológico social. A clínica é apenas mais uma forma de apontar o antagonismo social e, no melhor dos casos, de não tamponá-lo.” (DUNKER e KYRILLOS NETO, 2004, p. 124)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objeto o PR e sua prática cotidiana, procurando evidenciar inicialmente diferenciações entre aquelas que se orientam pelo que é nomeado como clínica por um lado, e as outras que cumprem funções diversificadas, mas que os trabalhadores não compreendem como inclusas na primeira categoria, e que genericamente foram chamadas de burocráticas ou administrativas. A partir então desse mote iremos sintetizar aqui nossos principais achados.

O primeiro achado que nos surpreendeu, talvez o mais interessante e importante, foi a forte tendência à individualização da função de referência a partir da nomeação do PR, e a conseqüente desresponsabilização do restante da equipe. Isso, junto com outros fatores como a indefinição das ações e atividades da função, o excesso de demanda nos serviços, um determinado entendimento da Clínica Ampliada, o aumento das tarefas administrativas, gerou uma importante sensação de cansaço, desânimo e sobrecarga de trabalho, relatado pela maioria das trabalhadoras. Este último ponto será retomado de alguns outros ângulos nos itens seguintes.

Cabe aqui uma consideração específica quanto a forma de registro da produtividade, a RAAS, que, sob o pretexto de dar mais visibilidade e clareza às ações realizadas pela equipe, em comparação com sua antecessora APAC, gerou importante aumento de demandas administrativas. É ainda importante ressaltar a vinculação atual do financiamento dos CAPS a essas medidas e metas de produção, sem contribuir em nada com qualquer tipo de retorno dessa produção para a equipe, que não consegue se apropriar dela nem mesmo numericamente. Este resultado corrobora os apontamentos de diversos autores sobre a alienação no trabalho, especificamente quanto ao processo de sua burocratização (CAMPOS 1997,1998; CAMPOS, 2003, 2005; COSTA-ROSA 2011, 2013). Ainda quanto a isso, é importante apontar a dificuldade tanto no estabelecimento de objetivos nos PTSs como de sua posterior avaliação por parte dos trabalhadores, que também pode ser um índice do grau de alienação que estes espaços têm produzido.

O excesso de demandas no serviço foi percebido de diversas formas e de diversas fontes. Tanto demandas dos próprios sujeitos do sofrimento, quanto demandas das equipes (geral e ER), das gestões da unidade e da instituição, como

também dos ideários RP e da RS. A isto é pertinente ainda sobrepor o que diversos autores apontaram como a importante recusa da clínica pelo discurso inicial da RP (ONOCKO CAMPOS, 2003, 2005; DUNKER e KYRILLOS, 2004, DUNKER 2016), com o intuito de, sob influência e como certa interpretação das propostas basaglianas, recusar de forma diametralmente oposta o paradigma e as propostas da psiquiatria tradicional. Porém ao recusar a clínica, foi descartada também qualquer possibilidade de conceber o sofrimento enquanto constituinte da realidade psíquica do sujeito, e não somente como consequência da miséria social e econômica. O sofrimento decorrido de vulnerabilidades sociais e situações de extrema pobreza é realmente evitável e solúvel; já o sofrimento psíquico decorrente da miséria subjetiva humana, nossa “existência-sofrimento” é inerente à condição humana, como já apontado por Freud desde sua conceituação quanto a função do Narcisismo na constituição da subjetividade (FREUD, 2010). Não se trata aqui de excluir e ignorar os determinantes sociais do processo saúde-doença-atenção e sua importância para o atendimento aos sujeitos do sofrimento, mas de apontar um discernimento que pode contribuir para o entendimento da sensação de sobrecarga dos trabalhadores.

Em relação à inclusão dos determinantes sociais podemos perceber que outro desvio de entendimento pode ter ocorrido, agora também quanto a concepção de Clínica Ampliada e suas consequências para as atividades e ações das equipes e trabalhadores. Recusar o entendimento, as concepções e, principalmente as ações reducionistas do paradigma biomédico e psiquiátrico hegemônico é uma proposta que procura, entre outras coisas, aumentar a resolutividade das ações em saúde. Temos que recordar aqui suas determinações oriundas da Epidemiologia e da Medicina Preventiva (CAMPOS 2003) como formas de entender e atuar sobre situações epidêmicas e em coletivos de diversos tamanhos, e não restringir a atuação dos serviços de saúde às práticas individuais. Porém o traslado dessas prerrogativas para a Saúde Mental traz algumas dificuldades, justamente por, neste campo, tais determinantes estarem geralmente ligados às situações de vulnerabilidade social e econômica descritas anteriormente. A questão que se coloca para este campo é como produzir a ampliação da clínica sem confundir o trabalho dos CAPS e de suas equipes com o de áreas próximas, mas que guardam importantes distinções quanto às concepções de objeto e as formas de intervenção, como, por exemplo, a Assistência Social. Aqui esta distinção aponta ainda outra

importância, a de colocar os trabalhadores em contato com aquilo que efetivamente podem produzir transformações e resultados, e que pode ter novo impacto quanto à sensação de excesso de trabalho e também quanto desânimo relatado pelas entrevistadas.

Outra contribuição que esperamos poder oferecer com este trabalho é uma primeira distinção quanto às formas de vinculação do sujeito do sofrimento à instituição e à equipe. Concordamos com Barbosa e Bosi (2017) quanto à ausência de trabalhos que distingam, qualifiquem e aprofundem o conceito de vínculo, tanto na Saúde Coletiva quanto, e ainda mais preocupante, na Saúde Mental. Isso parece apontar uma dificuldade de se ter o vínculo como fundamento e motor para os tratamentos operados nos serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, ainda que esta seja uma prerrogativa e uma proposta, tanto da RP como da RS. Comparando com nossa revisão de bibliografia sobre o tema, constatamos que há grande produção sobre o vínculo sanitário, importante influência da RS sobre a RP para a territorialização dos serviços e adscrição da população. Porém são mais escassos os trabalhos que conceituem os vínculos, sua formação e sua utilização pelos serviços de saúde, tanto de saúde mental como outros. A partir das falas das trabalhadoras pudemos perceber que a concepção de vínculo se diferencia por menções a “confiança”, “endereço”, “cruzada” e “referência”, este último como o profissional que é acessado pelo sujeito do sofrimento quando necessário. Outro ponto importante quanto ao vínculo trazido pelas entrevistadas foi a necessária dimensão do tempo para a construção e posterior análise do vínculo, indicando que este tipo não se dá logo em um primeiro e único contato, ainda que a forma de recepção do sujeito na instituição já possa marcar a importância deste processo naquela unidade. As consequências desta segunda forma de vinculação podem ser vistas tanto nas falas das entrevistadas como em alguns autores (COSTA-ROSA, 2011, 2013; COSTA VAL et al 2017) como mudanças em diversos aspectos, tais como: uma diferente forma de entendimento e construção da demanda; da transição do diagnóstico como doença para a dinâmica dos vínculos e implicações; mudança na concepção e ampliação das ações necessárias ao tratamento; mudança na forma de implicação tanto de trabalhadores como dos sujeitos do sofrimento no processo de tratamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTOÉ S (org). **Rene Lourau: Analista institucional em tempo integral**. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

AMARANTE P. **O Homem e a Serpente: outras histórias para loucura e psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE P. **Manicômio e loucura no final do século e do milênio**. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs.). **Fim de século: ainda manicômios?** 1.ed. São Paulo: IPUSP, 1999.

AMARANTE P. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**. In. AMARANTE, P.(org) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003.

BARBOSA, MIS; BOSI, MLM. **Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva**. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 1003-1022, dez. 2017 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000401003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400008>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 336**. 2002

BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**, ano VII, nº 10, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**.2003.

BIRMAN J, COSTA JF. **Organizações e instituições para psiquiátrica comunitária**. In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994

CAMPOS GWS. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 1998 Oct [cited 2017 July 27]; 14(4): 863-870. Availablefrom: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)

311X1998000400029&lng=en.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>.

CAMPOS GWS. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 1999 [cited 2017 July 27]; 4(2): 393-403. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>

CAMPOS GWS. **A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte.** Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 July [cited 2017 July 27]; 16(7): 3033-3040. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800002>.

CAMPOS GWS. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde.** IN: MERHY EE, IN: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (ORG.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, p.229-266, 1997

CAMPOS GWS. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2000 [cited 2017 July 27]; 5(2): 219-230. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>

CAMPOS, RO. **O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, Sept. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300015&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300015>.

COSTA-ROSA A, LUZIO CA, YASUI S. **“Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva”** In. AMARANTE, P.(org) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003.

COSTA-ROSA A. **“O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar”**. In AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA A. **Atenção Psicossocial para além da Reforma psiquiátrica**. 1ª ed. São Paulo. Edunesp. 2013.

COSTA VAL, A et al . **Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições**. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 1287-1307, Dec. 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000401287&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401287&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400022>.

DEVERA, D. **A reforma psiquiátrica no interior do estado de São Paulo: psiquiatria reformada ou mudança paradigmática?** Dissertação de mestrado, UNESP. Assis. 2005.

DIAZ, ARMG. **Atenção à Crise em Saúde Mental: Clínica, Planejamento e Gestão**. Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, 2013.

DUNKER, CIL. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**. São Paulo: Boitempo, 2015.

DUNKER CIL, KYRILLOS NETO F. **Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidado a psicóticos**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2004, 24(1), 116-125.

FERNANDES, M. I. A., SCARCELLI, I. R., COSTA, E. S (orgs). **Fim do século, ainda manicômios?** São Paulo. IPUSP, 1999.

FERRER, AL. **Sofrimento Psíquico dos Trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura**. Dissertação de mestrado, UNICAMP, Campinas, 2007.

FERIGATO, SH et al. **O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos**. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 2007.

FIGUEIREDO, MD; VIANA, D. **A rede de saúde do município de Campinas (SP): peculiaridades e inovações**. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.P.;

PASSOS, E.; BARROS, R.B.. (Org.). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. 1ed.São Paulo: Hucitec, 2008, v. , p. 155-162.

FIGUEIRREDO, MD. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paidéia e formação.** Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, 2012.

FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas.** Porto: Edições Afrontamento, 1976.

FOUCAULT M. **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

FREUD, S. **Mal-estar na Civilização e Outros Textos.** São Paulo: Companhia das letras, 2010.

FREUD, S. **Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e Outros Textos.** São Paulo: Companhia das letras, 2010.

FURTADO JP. **Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões.** Interface (Botucatu) [Internet]. 2007 Aug [cited 2017 July 27]; 11(22): 239-255. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>.

FURTADO, JP, MIRANDA L.O **dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana.** *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2006, 9(3), 508-524.

GAMA CAP. **Saúde Mental na Atenção Básica: relações entre Subjetividade e território.** Tese de doutorado, UNICAMP. Campinas, 2011.

GAMA CAP. **Saúde Mental na Atenção Básica: as relações entre a subjetividade e o território.** Tese de Doutorado, UNICAMP, Campinas, 2011.

GOLDBERG, J. **A Clínica da Psicose.** Rio de Janeiro, Te Corá. 1996

GUERRA, AMC. **Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas.** Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo , v. 7, n. 2, p. 83-96, June 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142004000200083&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000200083&lng=en&nrm=iso)>.

accesson 08 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142004002005>.

KODA MY. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em Saúde Mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial.** Tese de doutorado, USP, São Paulo, 2002.

L'ABBATE, Solange. **A análise institucional e a saúde coletiva.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en&nrm=iso)>.

access

on 27 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100019>.

LOURAU, R. (1995). **A análise institucional.** Petrópolis, RJ: Vozes.

LOURAU, R. (2004). **Analista Institucional em Tempo Integral.** In ALTOÉ, S (Org.), [falta título da publicação] (pp.47-283). São Paulo: Hucitec

LOPES, TD. **História da Saúde Mental na Atenção Básica: Narrativas de um processo de construção em Campinas.** Dissertação de Mestrado, UNICAMP, Campinas, 2015.

MACHADO, LF et al . **Programa de tratamento assertivo na comunidade (PACT) e gerenciamento de casos (case management): revisão de 20 anos da literatura.**J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro , v. 56, n. 3, p. 208-218, 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852007000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000300009&lng=en&nrm=iso)>.

Access

on 01 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300009>.

MINAYO, MCS. (2000) **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2000.

MIRANDA L, CAMPOS RTO. **Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial.** Rev. Saúde Pública [Internet]. 2008 Oct

[cited 2017 July 27]; 42(5): 907-913. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500017&lng=en). Epub Aug 28, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000051>.

MIRANDA L, ONOCKO-CAMPOS RT. **Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica.** Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 Jun [citado 2017 Jul 27]; 26(6): 1153-1162. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000600009&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600009&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600009>.

MIRANDA L. **Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos.** Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, 2009.

OLIVEIRA, GN. **O Projeto Terapêutico Singular.** In: CAMPOS, GWS; GUERRERO, AVP. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica - Saúde Ampliada e Compartilhada.** 1ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

ONOCKO, RT (Cor.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo/Buenos Aires. Hucitec/Lugar Editorial, p. 229-266, 1997.

ONOCKO-CAMPOS RT. **Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2001, v. 25, n. 58, p. 98-111

ONOCKO CAMPOS, R.T. **A gestão espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas.** In: CAMPOS, GWS (Org.) Saúde Paidéia. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 122-149.

PENIDO, CMF. **Análise da implicação de apoiadores e trabalhadores da estratégia de Saúde da Família no Apoio Matricial em Saúde Mental.** Tese de doutorado, UFMG, Belo Horizonte, 2012.

PENIDO, CMF. **A análise da implicação como dispositivo de transformação do processo de trabalho.** Gerais, Rev. Interinst. Psicol., Juiz de fora, v. 8, n. spe, p. 248-257, dez. 2015. Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202015000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 fev. 2018.

SAMPAIO, GR. **Nas Trincheiras da Cura**. Campinas. Editora da Unicamp. 2001.

SILVA, MBB. **Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2005. 15(1):127-150.

SILVA, MBB. **O Técnico de Referência no Centro de Atenção Psicossocial: uma nova especialidade no campo da Saúde Mental?** *Vivência*. 2007. 32. 207-23.

SILVA EA, COSTA II. **O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2010, 13(4), 635-647.

SONNENREICH C. **Um conceito em debate: Esquizofrenia**. *Temas*, São Paulo, número 44. 1992. p. 171-228.

VIGANÓ, C. **A Construção do Caso Clínico em Saúde Mental**. *Curinga*, nº 13, 1999, p. 39-47.

## ANEXOS

### **ANEXO 1: PESQUISA - A FUNÇÃO TÉCNICO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL E SUA FORMAÇÃO: ENTRE A CLÍNICA E A ORGANIZAÇÃO**

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a função técnico de referência exercida por profissionais que trabalhem em CAPS III. Pretendemos esclarecer junto aos trabalhadores de saúde mental como identificam e quais foram os processos formativos para esta função, como a definem em seu cotidiano de trabalho e como a mesma dialoga com o trabalho em equipe.

Serão objetivos específicos desta pesquisa:

1. Compreender quais são os referenciais teóricos que orientam os trabalhadores de Saúde Mental em seu trabalho como técnicos de referência.
2. Evidenciar os fatores que dificultam e facilitam a realização deste trabalho.
3. Compreender quais as concepções de vínculo entre os trabalhadores da referida rede e como se utilizam do mesmo em seu trabalho.

A produção de dados será feita através de entrevistas individuais semi-estruturadas de grupos focais com os trabalhadores dos CAPS III de Campinas.

Esses grupos serão conduzidos por 02 pessoas: um coordenador, que irá apresentar os tópicos de interesse para a pesquisa e focar o debate para as questões mais pertinentes, e um observador responsável por anotações das falas. Esses grupos serão áudio-gravados e transcritos para subsidiar sua análise posterior. As gravações serão guardadas nesta instituição pelo período de cinco anos.

É compromisso do pesquisador assegurar o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa. Seu nome não será citado quando da transcrição das falas e incorporação das informações em textos acadêmicos. Do mesmo modo, o manuseio dos dados será feito de modo a não identificá-lo nestes mesmos textos. Nos grupos serão feitos acordos quanto ao sigilo em relação ao que for dito nestes espaços. O método de construção de narrativas que será utilizado nesta pesquisa também contribui para a manutenção do sigilo dos dados produzidos.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham qualquer tipo de prejuízo. O pesquisador compromete-se também a prestar qualquer tipo de elucidação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

O risco previsto se trata da questão do sigilo, que pretendemos minimizar e prevenir através dos procedimentos metodológicos e contrato de sigilo citados anteriormente. Não há benefícios diretos decorrentes da sua participação na pesquisa, porém sua participação nas entrevistas e grupos focais poderá gerar reflexões quanto a posturas profissionais e organização de processos de trabalho.

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no TCLE, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, patrocinador e das instituições envolvidas.

Não haverá ressarcimento para a participação nas entrevistas pois as mesmas ocorrerão no local e horário mais convenientes aos entrevistados. Para os grupos focais haverá ressarcimento, caso o participante solicite, no valor das passagens de ônibus utilizadas para os translados de ida e volta ao local de realização do grupo.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Daniel Mondoni, pelo telefone (19) 99771-0517 ou pelo e-mail [danielmondoni@gmail.com](mailto:danielmondoni@gmail.com).

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante:

RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do pesquisador)

## **ANEXO 2: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- Coleta de dados sócio-demográficos: sexo, idade, área de formação, tempo de formação, tempo de trabalho no CAPS, se tem formação na área de Saúde Mental.

1- Por favor, descreva como é seu trabalho como profissional de referência.

- Quem define qual é o trabalho?

- Você faz aquilo que acha mais adequado ou tem algum tipo de protocolo a ser seguido?

- É individual ou em equipe?

- Qual o tempo que você se dedica? Isto está pactuado?

- Quantos casos? Como é feita a divisão dos casos? Você consegue acompanhar todos? Como faz a priorização dos casos? Há priorização dos mais graves ou dos mais chatos?

- Todos os casos tem PTS? O PTS é acompanhado, avaliado e são feitas novas propostas?

- Como é o trabalho com a família? Tem um espaço reservado para as famílias?

- Você realiza um trabalho mais clínico ou mais administrativo? Explique?

- Você desenvolve este trabalho mais dentro do CAPS ou no território?

- Descreva alguns casos que podem exemplificar sua prática

- Qual é o principal objetivo do trabalho?

2- Qual é a responsabilidade do profissional de referência?

- Você tem responsabilidade de apresentar algum resultado? A coordenação acompanha seu trabalho? Ela cobra algum tipo de resultado? Quem se lembra dos casos que não estão dando problemas?

- Como você vê sua responsabilidade com relação à família do paciente?

- Qual é sua autonomia de decisão com relação aos outros espaços do CAPS como a reunião de Equipe, assembleias, etc?

- Você é quem constrói o PTS ou só acompanha seu desenrolar?

3- Como você diferencia esta atuação de sua atuação em seu núcleo profissional?

- Quais atividades você desenvolve como profissional de referência e dentro de seu núcleo profissional?
- O profissional de referência tem algum apoio clínico ou institucional?
- Os seus casos são discutidos com outros profissionais? Em quais situações?

4- Quais as referências que se utiliza para realizar este trabalho?

- Estas referências teóricas estão relacionadas à sua graduação? Você teve saúde mental na sua graduação?
- Estas referências teóricas estão relacionadas a cursos que fez após a graduação? Quais? Onde?
- Estas referências teóricas estão relacionadas trocas no próprio local de trabalho? O CAPS propicia formação? Formal ou informal?
- Há um aprendizado neste trabalho de referência? Qual ?
- Como você entende o adoecimento psíquico?
- Você acredita em inconsciente?
- O que você pensa sobre a medicação?