

**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Coletiva**

**Repensando a prática profissional em saúde mental: o
profissional de referência como meio para instituir desvio
na clínica**

Bruna Toledo

**Campinas – SP
Fevereiro, 2007**

Introdução

Como o Programa de Aprimoramento prevê uma atuação prática de 30 horas semanais na área de Saúde Mental em uma Instituição SUS dependente, os aprimorandos escolheram, juntamente aos supervisores, locais para suas vivências na rede de serviços de saúde de Campinas.

Entre os locais escolhidos encontra-se o Centro de Vivência Infantil - único CAPS i da cidade - que será abordado nesse trabalho.

O CEVI atende crianças e adolescentes até os 18 anos, sendo que a idade mínima para inserção no serviço é de 16 anos. As demandas absorvidas são de transtornos emocionais, transtornos neuróticos, transtornos esquizotípicos e transtornos do desenvolvimento psicológico, excluindo-se transtornos de comportamento e retardo mental bem como síndromes orgânicas se não estiverem associadas a esses quadros.

Visando maior adesão da clientela e eficácia do trabalho realizado, a família e/ou cuidadores é incluída no tratamento através da construção de um projeto terapêutico familiar. Vale lembrar que essas crianças e adolescentes são provenientes, em sua maioria, de famílias pobres que não seguem o modelo clássico de constituição familiar.

No CEVI há duas equipes que se dividem entre os cinco distritos de saúde; uma equipe referência para as regiões norte, sudoeste e leste e outra para as regiões noroeste e sul. Os profissionais pontuam que o objetivo das equipes é receber os usuários da sua região de referência, avaliar e trocar conhecimento com os equipamentos que fizeram o encaminhamento, sobre as necessidades de cada família. Pretende-se, dessa maneira, estar mais próximo do território e dos recursos existentes na região, familiarizando-se e traçando ações conjuntas que possam favorecer o sucesso do projeto terapêutico.

Diferentemente do que se espera para um CAPS i, o CEVI, por ser a única referência em Saúde Mental infantil em Campinas e por não estar atuando diretamente no território, não trabalha com o sistema de portas abertas e sim com agendamentos de encaminhamentos cujas fontes são Centros de Saúde, Instituições Assistenciais, Policlínicas e Universidades (UNICAMP, PUCC e Universidade Paulista). Os encaminhamentos são geralmente realizados por telefone, assim como uma discussão mais ampla sobre cada caso atendido.

Cabe ressaltar que se privilegia para atendimento o horário em que a criança não está na escola, pois o CEVI busca através de uma parceria com as instituições de ensino, nas quais as crianças estão inseridas, discutir e auxiliar no processo da inclusão.

O paciente recebe alta antes dos 18 anos quando atingidos os objetivos propostos em seu Projeto Terapêutico, sendo acompanhado em seu território pelo Centro de Saúde e inserido em atividades de seu interesse no município.

Ao completar 18 anos o paciente que ainda não concluiu seu tratamento deve ser encaminhado para um equipamento de saúde específico que atenda sua demanda para que haja continuidade de seu Projeto Terapêutico.

Tendo como base tal perfil do equipamento e através da participação em grupos, reuniões, supervisões e outros recursos que fazem parte da rotina da instituição surgiram alguns questionamentos, entre eles sobre o acompanhamento dos projetos terapêuticos desenvolvidos para cada caso e os encaminhamentos quando os adolescentes atingem a idade de 18 anos, além da construção de parcerias e levantamento de recursos no território.

Apesar de existir um profissional de referência para cada criança, além da equipe de referência, muitas vezes o projeto terapêutico da mesma não é acompanhado. É importante relatar que a criança não está sem acompanhamento, mas não há alguém que assuma a responsabilidade em saber se o que fora planejado para aquele determinado caso está acontecendo ou até mesmo se há necessidade de mudanças.

A equipe toda discute os casos escolhidos como pautas nas reuniões e cuidam de suas evoluções, o que é de extrema importância, mas percebe-se que acabam se apropriando mais de determinados projetos em detrimento de alguns. É ao final de um período de um ano apenas, que os profissionais de referência discutem os projetos terapêuticos com os profissionais envolvidos nos atendimentos dos casos e juntos repensam os mesmos. Talvez se o profissional de referência estivesse mais comprometido com o caso ao longo do ano, muitas mudanças poderiam ser realizadas garantindo uma melhor evolução da criança e facilitaria o processo de encaminhamento da mesma quando necessário.

É comum ouvirmos relatos que nos equipamentos substitutivos de saúde mental alguns casos demandam maior atenção e um envolvimento de vários profissionais na tentativa de inseri-los em grupos, pensar e repensar seus projetos terapêuticos, enquanto os

mais “quietos” que costumam “não dar trabalho” não conseguem da equipe esse mesmo movimento. Geralmente não é má vontade do profissional que acaba sendo sucumbido pela dura dinâmica institucional e nessa rotina deixa de repensar sua prática.

Já a questão dos encaminhamentos, além de envolver uma ação direta e disponibilidade dos profissionais responsáveis pelos casos, acaba encontrando outros entraves.

Muitas vezes acaba-se assumindo alguns casos rejeitados por outras instituições - geralmente essas pessoas já passaram por diversos lugares até serem aceitos no CEVI. Os mesmos, por exemplo, são rejeitados por outros serviços quando se vê a necessidade de encaminhamento após se completar 18 anos. Para que a transição não se dê de forma abrupta, o adolescente permanece sob o assistencialismo do serviço até que se consiga a continuidade do tratamento em outra instituição, com isso verifica-se que muitos estão saindo do CEVI com 21 anos de idade e muitas vezes sem garantia de continuidade de acompanhamento. Ao permanecer apenas em casa sem nenhuma atividade ou atenção específica perde-se todo o trabalho desenvolvido ao longo de anos.

Sabendo que todos os equipamentos de saúde mental recebem casos da rede e também encaminham para a mesma é que será discutido sobre a importância de cada profissional conhecer as oportunidades e serviços que o município oferece e da construção de parcerias tanto para levantamento de recursos no território para possíveis encaminhamentos ou para construção de projetos terapêuticos, bem como para juntos se pensar resoluções em relação a essa demanda da qual ninguém se apropria, mas que continua batendo às portas das instituições.

Ao perceber que esses questionamentos remetem a uma questão anterior, ou seja, envolve a reflexão da prática desenvolvida por cada profissional do equipamento, é que se buscará através de uma discussão tendo como eixo central o dispositivo técnico de referência - o qual não está preso somente a um determinado núcleo, mas que pelo contrário, exige um trabalho coletivo onde prevalecem as diversidades – repensar o compromisso e a atuação dos profissionais na saúde mental dentro das premissas do SUS.

Sabe-se que é um pouco “pobre” repensar uma atuação profissional a partir apenas de um dos dispositivos do serviço, mas o mesmo tem sido utilizado, se não por todos, pela maioria dos equipamentos da rede que lidam com a questão de saúde mental e apresenta

uma certa dificuldade de validação de seus objetivos em meio as outras funções assumidas pelos profissionais sobrecarregados com histórias de vidas difíceis de pacientes inseridos em um contexto social precário.

Repensando a prática a partir do papel do profissional de referência nos equipamentos substitutivos de saúde mental

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil preconiza, a partir da desinstitucionalização, mais que a reestruturação da atenção em saúde mental, sugere um trabalho para além da oferta de novos serviços ou da reestruturação de modelos assistenciais. Implica em mudanças profundas de ordem política, ideológica, ética e das concepções de clínica e reabilitação, visando, entre outros, uma alteração da resposta social à loucura e flexibilidade da atuação do profissional.

Sabendo da importância de se levar em conta a subjetividade e o contexto dos usuários, muitas instituições têm adotado uma nova forma de abordagem em relação aos mesmos. Esse novo modelo conta, entre outros recursos, com a existência de um técnico de referência que, juntamente a equipe e ao paciente, é responsável pela construção de um projeto terapêutico individual, que procura significar as demandas singulares de cada sujeito. Pretende, com isso, substituir a forma de trabalho anteriormente desenvolvida pelos equipamentos que, embora fosse humanizada, se baseava em profissionais e programas de intervenções voltados para um coletivo de pacientes.

Esse dispositivo é importante na medida em que provê contornos ao encontro entre o trabalhador da saúde mental e o usuário, localizando-se, desse modo, na interface entre as ofertas dos equipamentos substitutivos e as demandas apresentadas pelos usuários, passando inevitavelmente pela intersubjetividade.

Espera-se que o profissional aproprie-se de um determinado caso e acompanhe a evolução do mesmo lembrando a equipe dos objetivos almejados. Sabe-se que a rotina institucional exige bastante dos profissionais, os fazendo alegar falta de tempo para realizar com eficácia essa função. Além disso, a dificuldade dos casos, devido a sua contextualidade, faz com que os profissionais em vários momentos se deparem com

frustrações e com isso se distanciem do caso aos poucos, deixando uma porta aberta à instalação da cronicidade.

São casos em que o paciente apenas circula no serviço e não participa de nada ou participa de algo que não faz parte de seu perfil, apresenta faltas freqüentes, aparece apenas para buscar medicação, mas está “estável”, não esboça uma crise (ou esta não é percebida) e muito menos uma melhora, permanecendo nessa situação talvez por anos.

Às vezes esse paciente gera um desconforto na equipe que, ao refletir sua prática, consegue através da mobilização de alguns de seus membros repensar ou construir um projeto terapêutico para ele, muitas vezes sem a sua participação. O paciente acaba não aderindo às propostas e sem alguém para acompanhá-lo mais de perto ou com disponibilidade para encarar a dificuldade do caso e o movimento que esse exige acaba sobrando para o próprio a responsabilidade pelo fracasso de seu tratamento. No caso de crianças o tratamento envolve bastante a participação dos cuidadores que também podem ser culpabilizados pela ineficácia ou não evolução do mesmo. Dessa maneira tem-se o início ou a continuação de um processo de cronicidade.

Sabe-se que a desinstitucionalização e a criação de novos modelos não faz com que a cronicidade desapareça, embora as “novas instituições” explicitem constantemente o desejo de romper com um passado produtor da mesma. Cronicidade não é sinônimo de incurabilidade, é uma adesão a um programa de vida imposto, decidido fora de qualquer expressão subjetiva, ou seja, ao eliminar o significante doença, cria-se o tratamento do usuário, por toda vida, num regime de assistência social. Para que isso não aconteça é necessário reencontrar a dimensão da clínica, o que pode ser paradoxal já que a clínica está ligada à doença. O caso clínico não exclui o caso social, pelo contrário, o primeiro é a condição para que o segundo aconteça. Ambos devem ser considerados, no tratamento, sem antagonismos ou sobreposições, uma vez que ambos incluem o sujeito no discurso e no mundo.

Enquanto o caso social é conduzido pelos operadores, o caso clínico é resolvido pelo sujeito, que é o verdadeiro operador, desde que nós o coloquemos na condição de sê-lo (Vigano, 1999). Isso nos dará condição de distinguir e operar sobre a exclusão que resulta de processos subjetivos e também de procedimentos excludentes que passam pelo contexto do paciente. Esta convergência entre clínica e saúde mental viria ao encontro do que se

pode chamar de “clínica ampliada”. A clínica vem nos dizer que existe um sujeito no indivíduo que está no mundo e a saúde mental vem nos lembrar das determinações sociais, políticas e ideológicas que o envolvem neste mundo.

Situação comum onde foi vivenciada a prática do aprimoramento, talvez também em outros equipamentos, era a seguinte: quando os pacientes apenas eram atendidos em grupos por diferentes profissionais, muito se observava e se sabia sobre os mesmos, o que poderia render horas de discussão sobre os casos. Pensava-se em muitas estratégias, alternativas criativas, percebia-se os sinais dos pacientes, familiarizava-se com modo de ser de cada um, mas ao colocar em prática o que a partir disso poderia se constituir como projeto terapêutico muito se perdia. Com isso acontecia nova discussão do caso, onde também muito não era colocado em prática. Constituía-se um círculo vicioso. Isso ocorria, pois muitos estavam se apropriando do caso, faltando alguém, ou seja, o profissional de referência, que tomasse as rédeas, não propriamente para realizar tudo o que foi pensado, mas para distribuir as tarefas, verificar a concretização do projeto e daí sim perceber a necessidade de uma nova discussão, só que dessa vez mais fundada, após de fato ter-se realizado algo e verificado que mais ou outras coisas poderiam ser feitas.

Propõe-se que os profissionais de referência sejam de diferentes formações e componham uma equipe de referência, que se constituirá na menor unidade organizacional do serviço. Além disso, é função básica desse dispositivo planejar, acompanhar e avaliar (não necessariamente executar) o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar o processo de reabilitação psicossocial de cada usuário e garantir a continuidade do tratamento, evitando-se a perda do paciente nas conhecidas e descontextualizadas teias constituídas pelos “encaminhamentos”.

Pretende-se que a responsabilização e vínculo sejam uma das decorrências da forma de trabalho dessa função. (Furtado e Miranda, 2006)

A construção do vínculo é um aspecto central do trabalho do profissional de referência, uma vez que propicia o alargamento da responsabilização do profissional da saúde e pressupõe uma relação de interdependência, co-responsabilidade e compromisso mútuo entre o trabalhador e o paciente, permitindo uma construção compartilhada de percursos institucionais. No entanto, é válida a constatação de uma particularidade na formação de vínculo com um paciente psicótico - perfil dominante da clientela atendida nos

serviços de saúde mental. Segundo Oury (1991), no tratamento da psicose o objetivo primordial é a permissão da emergência de um “si mesmo” do paciente, com toda a singularidade possível. Deve-se compreender a maneira como estes pacientes estão fundados, para que determinadas características ou comportamentos não sejam erroneamente interpretadas como piora de um quadro clínico e sejam tratadas com o objetivo de uma suposta melhora. Essa difícil tarefa só é possível se há uma proximidade com o paciente, alguém implicado e disposto a captar seus sinais, detalhes, mudanças, por menores que possam parecer, sem com isso iniciar uma incansável interpretação dos fatos, mas, se permitindo, muitas vezes, apenas perceber que algo de novo aconteceu e que isto, em si, já é significativo.

Cabe ressaltar que um projeto terapêutico, por tomar como importante a subjetividade do usuário, não é fixo; está em constante construção, assim como o sujeito passa por mudanças, vivencia novas experiências, etc.

Esse processo, realizado com a intervenção do profissional de referência, facilitará a construção de um projeto terapêutico e tornará o paciente ativo e responsável pelo seu tratamento, além de dar as pistas sobre quais meios/recursos buscar para atender a demanda do mesmo e com isso, no caso do CAPS i, auxiliar no encaminhamento para outros serviços ou na busca de outras atividades compatíveis ao perfil da criança mesmo durante o seu tratamento, quando ainda não há previsão de alta.

Ainda em relação ao CAPS i, aproveitando o assunto responsabilização e vínculo, há uma dificuldade particular em se assumir a referência de determinado caso. Como a família ou cuidador também é incluída no tratamento, um profissional (ou mais) se torna responsável pelo atendimento da mesma e outros profissionais pelo da criança ou adolescente. Nesse caso apenas a criança terá profissional de referência que no caso pode ser quem está acompanhando a família, mas não a atende. Tarefa difícil vincular-se e atender as demandas tanto da família quanto da criança; algum lado sairá perdendo com essa divisão. Já que o familiar é atendido no serviço, mais cabível que tivesse alguém particularmente responsável pelo acompanhamento de seu tratamento, embora haja um projeto terapêutico familiar e os procedimentos formais (APAC) validem apenas o tratamento da criança.

Constatando tamanha responsabilidade incumbida ao profissional de referência nota-se a dificuldade e mesmo a impossibilidade de trabalhar somente em seu núcleo de competência.

A tarefa do profissional de referência, para sua melhor eficácia, deverá constituir-se num trabalho com e entre muitos, ou seja, tal profissional deverá operar mais no campo de competência e responsabilidade – constituído por responsabilidades e saberes comuns ou convergentes a várias profissões ou especialidades - do que na especialidade que sua categoria profissional lhe proporciona. Ainda, porque tal modelo pretende dar conta de demandas pouco evidentes em uma primeira aproximação ou até mesmo latentes, nesse caso contar com o apoio do restante da equipe para que se possa ter uma visão ampliada do caso que se está acompanhando e poder se questionar sobre o trabalho realizado alivia a carga produzida por tal responsabilidade, evitando dessa maneira a alienação e a burocratização do objeto e objetivo de trabalho.

A formação de profissionais em serviços é uma alternativa importante e necessária, bem como a oferta de um espaço onde possa ser trabalhada a própria demanda dos profissionais, como, por exemplo, nas supervisões clínico-institucionais. É papel da gestão oferecer tais suportes para os trabalhadores, porém sem minimizar a responsabilização dos mesmos, ou seja, os membros da equipe de saúde são inegavelmente protagonistas do modelo, concretizadores da atenção, mesmo que esse modelo não seja facilmente visível, portanto co-gestores no trabalho exercido pela instituição.

No entanto, porque a organização de tal dispositivo não está livre, assim como outros recursos (ex: assembleias, grupos, etc), de ser capturado pela administração burocrática, perdendo com isso sua potência transformadora, faz-se necessária a constante avaliação dos mesmos para que se possa identificar os ganhos e os pontos onde mudanças são desejáveis.

Assim, constata-se que o arranjo “técnicos de referência” está muito além do gerenciamento de um determinado caso e da construção de um projeto terapêutico para o respectivo (Furtado e Miranda, 2006). Constitui-se como um recurso terapêutico que requer para seu efetivo funcionamento, um leque de outras organizações e iniciativas que apontem para a horizontalização das relações de poder (entre funcionários e entre estes com os pacientes), constituição de confiança entre os trabalhadores e contínua avaliação e

intervenção sobre os fatores intrínsecos e extrínsecos que afetam sua prática, devendo durar tão somente existam demandas que o justifiquem.

Em outras palavras, constata-se com isso como o exercício da função desse dispositivo envolve tamanha implicação e responsabilidade do profissional envolvido e, para que tenha eficácia, deve passar por constante avaliação dentro da prática do mesmo, a qual por consequência também passa a ser avaliada e repensada.

Conhecendo a Rede de Serviços de Saúde do Município: ampliando as possibilidades de construção de parcerias

Um importante papel do técnico de referência na construção do projeto terapêutico é, por meio da vinculação com a rede, da atuação no território, buscar recursos e informações do contexto social do paciente que auxiliem no traçado de um objetivo a ser alcançado. Também pode contribuir para o encaminhamento de casos com responsabilização sem que haja abandono dos mesmos.

É válido aprofundar a questão do encaminhamento uma vez que muitas vezes é realizado de forma inadequada, o que faz com se perca muito da evolução do caso.

Encaminhar não deve ser encarado como passar a responsabilidade para outro, mas sim em aumentar as possibilidades de implicação com o tratamento de alguém, criando, desse modo, chances de parcerias, mesmo para que juntos se tente encontrar um lugar adequado ou atividades específicas para pessoas que são encaminhadas de um lugar para o outro, pois não são se encaixam no perfil de nenhuma instituição.

A partir disso pode-se pensar quais são as dificuldades que inviabiliza o trabalho mais próximo do território e a criação de parcerias.

Tal assunto, mais uma vez a partir de uma função delegada ao técnico de referência, remete à importância da avaliação das práticas dos profissionais da área de saúde, uma vez que compõem as instituições e essas juntas a rede de serviços do município.

Conhecer o local de trabalho e o leque de ofertas que se tem na cidade para lançar mão quando necessário, é tarefa inicial para viabilizar projetos terapêuticos, projetos da

instituição (internos e externos) ou até mesmo para uma maior aproximação da clientela atendida e de suas demandas.

Durante a experiência vivenciada pôde-se notar um certo paradoxo: no CAPS i, algumas vezes, ouvia-se queixas de isolamento em relação à rede de serviços, mas por outro lado, por não ser “porta aberta” recebiam encaminhamentos da própria. Conclui-se que a demanda para o CEVI seria maior ou melhor direcionada se todos conhecessem seus objetivos e também que os encaminhamentos de pacientes dessa instituição se tornariam mais fáceis se conhecida a rede e recursos de cada distrito.

Conhecer os recursos implica também no vínculo com o paciente e em conhecer o contexto onde este está inserido, ou seja, o local onde foi produzida a doença.

Muitas instituições optam pelo trabalho interno com o argumento de que o paciente poderá reproduzir em seu meio o vivenciado naquele espaço, o que somente poderá ser válido se conhecido seu contexto e levado em conta sua subjetividade, aí sim se utilizar desse recurso para desenvolvimento de habilidades, não no intuito do paciente adaptar-se à instituição.

Há uma tendência dos profissionais de encarem o trabalho na comunidade como tarefa extra. Relatam que não foram contratados para isso e que “não têm pernas” para tanto ou mesmo que a instituição não dá um devido suporte para que isso se concretize.

Para Medeiros (2003), esse modo de atuar pressupõe uma forma de considerar a demanda apenas como “pessoas individuais” e não grupos sociais – a doença mental está no indivíduo, ou no inconsciente individual, e a eficácia do tratamento dependerá das soluções encontradas e encaminhadas exclusivamente pelo técnico. Alerta que nesse tipo de tratamento corre-se o risco de eliminar-se apenas os sintomas, sem questionar-se, no entanto, as razões que originaram determinados sentimentos e ações. Podem encarar a psicofarmacologia como grande aliada: produtora de corpos dóceis e adaptados. As mudanças, se ocorrerem, serão individuais sem alterar, conseqüentemente, o meio, o sistema socioeconômico e político que provocou a situação-problema, portanto a busca de soluções resume-se a procurar novas formas de adaptar-se à mesma ordem social.

Outro ponto questionável é a formação dos profissionais. Alega-se que o despreparo é o responsável pelo insucesso de determinadas medidas e planos na área da saúde – os

profissionais não foram estimulados a assumirem uma conduta voltada ao coletivo, trabalho interdisciplinar.

É fato que atualmente o profissional para acompanhar as mudanças de sua área necessita uma nova formação: a educação permanente, não só aquela respaldada em seu diploma universitário. A educação permanente não diz respeito somente à exigência de novos cursos e supervisões técnicas, mas à disposição interna que permite que várias questões sejam repostas e repensadas no processo da vida profissional. No entanto, culpabilizar o despreparo profissional pela ineficácia de determinada ação pode ser muito mais uma justificativa reforçadora do modo centralizador e autoritário de se administrar e fazer saúde.

Facilmente identifica-se que a tônica das reformas para a área de saúde tem sido a proposta de “pacotes” de ações e serviços, previamente pensados e desejados por gerentes do sistema, para serem executados, de maneira alienada, por técnicos. Isso sim pode inibir a participação dos profissionais na direção e compromisso de suas práticas, minguando a criatividade e iniciativa dos mesmos, contribuindo para a deterioração da qualidade dos serviços. Ao contrário disso, deveria ser estimulada a capacidade de refletir, de sensibilizar-se com o mundo circundante e de criar. Um profissional entediado em sua prática diária não se vê motivado a mudar, buscar novas ferramentas para atuar no momento, com as demandas exigidas pela clientela, torna-se descrente de inovações. A competência que perde suas raízes de diversão se transforma em rígido profissionalismo.

Se por um lado as coisas, ou as estruturas, determinam a vida das pessoas, por outro, são essas mesmas pessoas que constroem as coisas, as normas, os valores e as estruturas (Campos, 1994), cabendo então refletir o que implicaria um projeto inovador, ou simplesmente uma mudança na prática do profissional da saúde - seguro em sua rotina diária.

Percebe-se através de reuniões, supervisões que se almeja mudanças no modo de atuar, mas que logo são barradas com as dificuldades que começam a surgir.

As mudanças (como a criação de parcerias ou o trabalho no território, por exemplo) são propostas em projetos coletivos, que para serem postos em prática necessitam da aprovação da maioria e, mais do que isso, da implicação dessas pessoas. Como tudo que é pensado inicialmente, esse projeto apresenta um certo corte com a realidade, através de

uma abstração conveniente o que implica numa redução do real a um esquema ideal mais ou menos simplificado. Com o caminhar do projeto faz-se necessárias adequações (adaptação teoria – prática) que o coloquem mais próximo das situações enfrentadas e que permitam seguir rumo aos objetivos traçados. É nessa parte que os que já não estavam implicados começam a apontar as dificuldades, boicotando as tarefas ou relatando o quão utópicas eram as mesmas, mingando nos outros a motivação para uma continuidade.

O que acontece muitas vezes é que, nesses projetos, o profissional é convidado a repensar sua atuação e qualquer intervenção que pretenda despertar questionamentos, perguntas em relação aos saberes, às ferramentas de trabalho, coloca em jogo grandes ansiedades persecutórias. A equipe começa a dividir-se fugindo de uma esperada reflexão: os que têm mais tempo de casa se utilizam da história da constituição do serviço para barrar as propostas e reivindicações dos que pretendem inovação enxergando-os como idealistas, visionários. Fazem uso de argumentos tais como “No começo eu era assim, nada adiantou”, “Já tentamos tudo isso que vocês propõem e continuamos na mesma”. Trata-se de uma defesa para preservação de uma identidade profissional construída ao longo de anos e que permite ao sujeito a garantia de uma certa segurança; deixar isso para trás ou acrescentar algo novo pode soar ameaçador. Cabe ressaltar que não se pode generalizar essa dada reflexão, uma vez que vemos muitos jovens profissionais escondidos em seu núcleo repetindo incansavelmente técnicas aprendidas na universidade, necessitando às vezes “desaprender” para poder agir.

Além disso, nota-se uma identificação com a clientela atendida, a qual nem sempre é assumida. A instituição tende a enxergar-se como um lugar que só tem a oferecer em relação a seus pacientes carentes, falhos. Confessar que não se sabe algo é aproximar-se do faltante, portanto da loucura, confusão.

Realmente a demanda a qual se recebe nos serviços de saúde é de alta complexidade, uma vez que é inserida em um contexto social precário e adoecedor, fazendo com que o profissional se sinta em um desafio: ou se constitui em “messias” ou se vê tão miserável como os que são atendidos quando se é defrontado com a frustração de um projeto salvador. Ficam assim colados aos pacientes, produzindo sintomas, descreditando em sua produção que à semelhança da produção de sua demanda, não acha espaço de legitimação (Marazina, 1990). Realiza-se um trabalho, baseado em atividades-meios,

produzindo trabalhadores altamente dependentes disso e pouco atentos às finalidades das ações, a ponto de chegar-se a discutir na equipe a solução dos problemas das soluções.

Por isso, a importância de sempre avaliar e reavaliar a atuação, perguntar-se quais as finalidades de cada intervenção, quais suas conseqüências não só para o paciente, mas para o conjunto de práticas de saúde. O profissional é, e deve enxergar-se assim, um agente interveniente no contexto em que está inserido; é produto deste e, ao mesmo tempo, seu reproduzidor ou recriador.

Trabalhar com tamanha complexidade, dentro de limites impostos a todo o momento, obriga a mudança dos próprios limites dos trabalhadores, podendo desencadear diversos processos internos que serão melhor compreendidos se proporcionada pela gerência da instituição a efetivação de relações democráticas que favoreçam e estimulem a convivência com as diferenças num espaço, como o da supervisão, por exemplo, onde seja permitido falar, ouvir, identificar-se, interagir.

Como relata Medeiros (2003), repensar a prática e com isso tornar-se flexível às mudanças, pode ser um processo bonito e dolorido: bonito, pois envolve a alegria das descobertas, permite a reflexão de valores pessoais e coletivos – descobre-se que se tem muito mais em comum com o companheiro de trabalho do que se imaginava; dolorido porque exige a revisão do que aparentemente estava seguro, pronto, cômodo, necessitando-se quebrar as resistências internas.

Feita uma abordagem sobre a prática profissional, volta-se a ressaltar a importância de concretização de um projeto mais próximo do contexto do paciente, lembrando que isso não implica em somente estar presente em seu meio, mas em estar mais vinculado ao paciente, atento aos seus sinais, o que gosta de realizar no lugar onde habita, para aliar, essas informações ao atendimento na instituição. No caso de argumentos contrários como falta de transporte, recursos humanos, entre outros, pode-se novamente enfatizar a importância dos parceiros, sejam eles escolas, centros de saúde, que estando talvez mais próximos possam ser respaldados pelo serviço solicitante e auxiliar nas dificuldades encontradas.

No CAPS i algumas falas de familiares davam crédito a essa ação. Diziam que a criança naquele espaço se comportava diferentemente do que em casa ou na escola e até mesmo com outros profissionais que a atendiam em outros serviços. Muitas vezes não

havia comunicação entre todas as pessoas envolvidas no caso para se saber o que de fato acontecia em tais lugares, que pudesse ser responsável por essas mudanças de comportamentos. Com isso seguia-se com o paciente em seu tratamento com cada lugar a seu modo de enxergar a evolução do caso, se é que de fato ela ocorria.

Muitas vezes atuando-se apenas com o que se acredita que é o máximo que se possa oferecer faz com que determinado caso permaneça no serviço mais tempo do que realmente necessita. Como casos graves que ainda não conseguiram ser encaminhados e que continuam sendo atendidos uma vez por semana na instituição para mostrar que está sendo feito algo, mas que até mesmo a própria equipe desacredita.

Desconsiderar o contexto do paciente é entender a doença como manifestação de desordem num corpo individual, sem se levar em conta as determinações sociais das condições e qualidade de vida.

É um desafio e tanto atuar nesse contexto onde todas as instituições sociais não podem, desde a instituição primeira/primária da família em diante, por isso a necessidade de um trabalho coletivo, implicado, sem sobrecarga de poucos e da constante avaliação do que está sendo desenvolvido, para que se possa reconhecer as impotências, rever os exageros, pensar algo mais viável, considerando-se os limites encontrados. Cada elemento dessa experiência (adesão, conflitos, dúvidas, recusa) deve ser encarado como um analisador capaz de fornecer informações significativas para o delineamento dos novos e possíveis caminhos, em vez de serem considerados apenas como explicitação de fracasso ou desgaste de alguma tática. Ninguém melhor que o profissional de referência para realizar tal tarefa, uma vez que ficará responsável por alguns casos, espera-se sem sobrecarga e contará com o respaldo do restante da equipe para planejamento e execução das tarefas, das quais se responsabilizará.

Se conseguir adentrar nessa prática, o profissional estará diminuindo a distância que o separa de seus pacientes, contribuindo com uma horizontalização no atendimento em saúde onde estarão mais integrados com a comunidade, com a rede, e permitindo uma participação mais ativa do sujeito em seu tratamento.

Como última colocação constata-se que já é hora de cada profissional se perceber co-gestor das ações na área da saúde e parar de culpabilizar terceiros pela inviabilidade das práticas, deixando de lado queixas que mais apontam para uma dependência daquilo que se

crítica. Parece uma espera da validação de um poder sempre externo à instituição que viria propiciar a tão esperada mudança.

Utilizando-se das palavras de Marazina (1990), conclui-se que é preciso instalar a crise, ousar, inventar, recuperar o poder delegado tantas vezes, e fazê-lo potência. Não se é somente vítima das armadilhas do poder, também se pode exercê-lo.

Últimas Considerações

Através da experiência de aprimoramento, tanto na prática quanto nas supervisões teóricas, buscou-se discutir as ações de saúde mental e coletiva desenvolvidas no município. Acompanhar durante um ano o trajeto de uma determinada instituição e ter um espaço de troca de experiências permite o amadurecimento e a reflexão constante da atuação. No entanto alguns questionamentos chamam mais a atenção do que outros e merecem ser mais aprofundados.

Neste trabalho, buscou-se refletir, a partir do dispositivo técnico de referência, o papel de cada profissional como ator das mudanças em saúde mental e efetivação das ações desenvolvidas nesse campo. Essa idéia surgiu presenciando-se as dificuldades vivenciadas pelo serviço, tais como criação de parcerias, atuação no território para a elaboração de um projeto para os pacientes do CAPS i onde não fossem privilegiadas somente as práticas internas, encaminhamentos, entre outros.

A abordagem dessas questões convida a reflexão de diversos assuntos: as políticas públicas, os saberes, os modos de fazer saúde, as instituições, os direitos, os processos socioculturais. Sem desconsiderar todas as dimensões que compõem esse processo, considera-se fundamental refletir também sobre os modos cotidianos de pensar e agir nos serviços de saúde no contexto do SUS.

Por isso repensar o papel do profissional de saúde dentro dessa política, uma vez que é peça fundamental para que as mudanças aconteçam.

Sabe-se que ao longo do caminho depara-se com inúmeras dificuldades; a alta complexidade da demanda e seu contexto em si já são bastante significativos, pois fazem,

muitas vezes as frustrações serem maiores que os sucessos alcançados – é preciso bastante implicação e investimento.

Reconhecendo tudo isso é que se quis utilizar um recurso que já faz parte do serviço, mas que talvez esteja precisando de um novo olhar, uma nova avaliação de seus objetivos.

O dispositivo técnico de referência faz parte de quase todos os equipamentos e pode ser um aliado para a validação das ações, evitando a sobrecarga dos profissionais, permitindo que se conheça melhor o sujeito em tratamento e o espaço que ocupa em seu contexto, garantindo o surgimento de uma subjetividade que deverá ser considerada na busca de recursos.

Ser referência propicia uma maior implicação dos profissionais com seu lugar e objeto de trabalho. Será a referência que se responsabilizará por encaminhamentos, cobrar interconsultas, conversar com a família. Essa produção ativa de vínculo propiciada por este dispositivo é central para contribuir para desalienar os trabalhadores de seu objeto de trabalho, criar maior compromisso e responsabilização e potencializar o fato de enxergar o próprio trabalho como produtor de “obras” e permitir uma avaliação freqüente de sua prática.

Buscar parcerias também pode ser um grande auxílio nessa tarefa de envolvimento do sujeito com seu meio, seja por meio de atividades, educação, tratamento, lazer. Por isso a importância de refletir o que impede que se faça um trabalho além dos muros da instituição, a que ou a quem tem sido atribuída a dificuldade de realização dessa tarefa.

Segundo Campos (1994), tanto nos serviços públicos e privados, há uma nítida separação, um claro distanciamento, entre os profissionais e os pacientes, entre as equipes e a comunidade, entre os trabalhadores e seus meios de trabalho. Se lembrado que os equipamentos de saúde mental e coletiva buscam obedecer aos princípios do SUS, fica mais fácil questionar-se o porquê das ações desenvolvidas que com certeza não são para criar um distanciamento dos profissionais com o paciente e nem de uma instituição com outra.

Deveria-se cuidar com mais carinho e rigor para que o que explicitamente objetiva e justifica a existência de uma instituição fosse cumprido. Trata-se do óbvio, mas de um óbvio que não costuma ser levado à prática.

Como reordenar e construir as práticas em saúde de forma a ampliar as possibilidades de defesa da vida?

Nessa visada, não se trata de uma intencionalidade exterior às concepções e ao cotidiano das práticas, mas sim de colocar em discussão os saberes, os cuidados e as ações, os serviços, os processos de trabalho, as formas de gestão. Requer repensar os serviços públicos de saúde, redefinindo a sua organização e a totalidade do seu planejamento, enfrentando a burocratização, a anomia dos espaços, inventando novos modos de agir em saúde.

É uma tarefa árdua, pois envolve energia afetiva dos atores envolvidos (Tenório, 2001) que muitas vezes se identificam com o modelo aplicado o que dificulta uma avaliação precisa e com um certo distanciamento das práticas aplicadas. É nesse aspecto que o aprimorando se diferencia: ele encarna muitas vezes o “estrangeiro” (o estranho) de Freud; ele é tão familiar, está todo dia ali, compartilha tantas coisas... Mas ele tem um lugar terceiro, um inter(esse) diferenciado – está ali para se formar, trabalha semanalmente no paradoxo entre se inserir na equipe e não ser um homogêneo a mais. Por isso pretende perceber as situações com um olhar diferente - alguém que, mesmo inserido, também está vindo de fora, pois não pertence ao serviço.

O que se espera é poder ter contribuído de alguma forma para que certas condutas sejam reavaliadas e para que a dimensão das políticas de saúde retomem sua devida importância no trabalho que se procura desenvolver e nos objetivos que se almeja alcançar.

Pensando particularmente no CEVI, atualmente o desafio é a construção de uma política voltada para a população de crianças e adolescentes que considere suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS. No campo específico da atenção à saúde mental, as diversas instituições implicadas com esses grupos, apontam a necessidade de constituição de uma rede ampliada pautada na intersetorialidade e na co-responsabilidade para que se supere os antigos modelos e a “confinação” dessa clientela em instituições e escolas especiais para deficiência mental, inadequadas para suas demandas e em desacordo com os princípios a que se procura seguir e para que se proporcione o desenvolvimento da mesma.

Segundo Vygotsky (1984), ao proporcionar situações de interação, vivência de novas experiências, desafios, colocamos à criança a possibilidade de desenvolvimento real.

As mediações devem ser planejadas de modo a possibilitar progressos, porém não é qualquer tipo de mediação que produz resultados efetivos. É preciso que se conheçam os caminhos percorridos por determinado sujeito em sua cultura, em seu meio social, suas experiências, para que se possa construir uma relação de ensino-aprendizagem eficiente no que se refere ao processo de desenvolvimento como um todo.

Referências Bibliográficas

CECILIO, L. C. O.; Campos, G. W. S.; Merhy E. E., *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo, Hucitec, 1994.

FURTADO, J. P. Responsabilização e Vínculo no Tratamento de Pacientes Cronificados: da Unidade de Reabilitação de Moradores ao Caps Estação In: A reforma psiquiátrica no cotidiano. Ed. São Paulo – Hucitec, 2001, p. 32-48.

MARAZINA, I. Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. In: SaúdeLoucura I. Lanzetti, Antonio, org. pp 69-74. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

MEDEIROS, M. H. R. *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*. São Carlos: Ed. Hucitec - UFSCAR, 2003

MIRANDA,L., FURTADO, J. P. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Revista Brasileira de Psicopatologia Fundamental*, 2006.

OURY, J. *Itinerários de formação*. *Reveu Pratique*, nº 1 – 1991, p. 42-50.

TENÓRIO, F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001 – cap. 2, p. 19-51.

VIGANO, C. *A construção do caso clínico em saúde mental*. Coringa/Escola Brasileira de Psicanálise, nº 13, Belo Horizonte, MG – set. 1999.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*. 1ª ed. São Paulo, SP - Martins Fontes, 1984.

