

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

PEDRO HENRIQUE PIROVANI RODRIGUES

**APROXIMAÇÕES ENTRE SAÚDE MENTAL E FUNÇÃO APOIO NA
CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM
SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL**

Campinas
2016

PEDRO HENRIQUE PIROVANI RODRIGUES

**APROXIMAÇÕES ENTRE SAÚDE MENTAL E FUNÇÃO APOIO NA
CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS D A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM
SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de
Residência em Saúde Mental e Coletiva, da
Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade
Estadual de Campinas (UNICAMP).

Orientadores: Ellen Cristina Ricci
Thiago Lavras Trapé

Campinas
2016

RESUMO

Neste trabalho trato da construção do campo da saúde mental em um serviço de funcionamento ambulatorial ligado à prática de ensino e pesquisa e à assistência em saúde, o Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação (Cepre). O objetivo é refletir sobre as possibilidades e limites de atuação da residência multiprofissional em saúde mental neste estabelecimento. Busco pensar nos desafios colocados à residência com a discussão dos conceitos de demanda em saúde e de rede, noções que serão tecidas a partir de minha experiência enquanto psicólogo residente. Neste contexto, coloco em análise o funcionamento deste campo de atuação através uma perspectiva institucionalista levando em conta a relação estabelecida com usuários, familiares, profissionais, estagiários(os) e aprimorandas(os). Aponto para uma prática que tome como referencial a metodologia Paideia, formulada por Gastão Campos, para tratar dos aspectos da clínica e da gestão. Discuto com esta metodologia a prática do residente a partir da aproximação com o conceito de função apoio, buscando tratar de uma assistência que não se reduza às práticas ambulatoriais. Neste sentido, tenho em vista que a residência pode ampliar suas intervenções ao serviço quando não se reduz ao funcionamento pré-estabelecido, ao apostar numa prática em saúde mental e coletiva que amplie seus objetos e objetivos de intervenção, tendo por diretriz a necessidade de ações interdisciplinares e interprofissionais. Aponto que a melhoria na comunicação entre trabalhadores, com a criação de novos dispositivos coletivos, tem como norte a formação e gestão em saúde, além das práticas assistenciais, trazendo efeitos no modelo de funcionamento do serviço, na qualidade da assistência prestada aos usuários e na saúde dos próprios trabalhadores a partir da reorganização do seu processo de trabalho.

Palavras-chave: saúde mental; função apoio; apoio matricial; produção de rede; modelos de atenção em saúde mental.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
METODOLOGIA	6
Sobre o funcionamento do Cepre	7
Sobre o início de nossa inserção	10
RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
Das pistas importantes para a gestão da clínica em saúde mental e coletiva	13
A função apoio na ampliação da clínica e da gestão	19
Das práticas desviantes na produção do cuidado	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	32
ANEXO 1 – Projeto de Intervenção	34
ANEXO 2 – Fluxograma da Rede de Saúde Mental	36

INTRODUÇÃO

O Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto” (Cepre) iniciou suas atividades em 1973 com o objetivo de atender pessoas com deficiência visual e surdez. Atualmente presta assistência em saúde à população de Campinas e Região, principalmente, com foco nas deficiências sensoriais, comunicação humana, linguagem e reabilitação. Além disso, o Cepre está ligado à prática de ensino e pesquisa, por meio da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), fazendo parte da formação de alunos do curso de fonoaudiologia - aprovado pelo Conselho Universitário desta instituição em 2001 - e de pós-graduação¹.

O Cepre conta com uma equipe multiprofissional. Fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, pedagogia, serviço social, arte-educação, nutrição e enfermagem são as principais formações presentes neste serviço. Estão envolvidos com a assistência em saúde neste serviço estagiárias(os), professoras(es), aprimorandas(os), residentes e outros profissionais. Há profissionais ligados diretamente à prática formativa - docentes do curso de fonoaudiologia que ofertam diferentes estágios e também programas de aprimoramentos - e profissionais que estão vinculados ao Cepre, mas que não atuam em docência.

Deste modo, tem como característica marcante ser um estabelecimento de saúde de caráter ambulatorial dentro de uma universidade pública, que oferece majoritariamente seus serviços para a população através de profissionais em formação, tais como outros importantes serviços da Unicamp, cuja maior referência em saúde é o Hospital das Clínicas. É importante introduzir aqui este dado, pois o modo de funcionamento do Cepre está marcado pelo atravessamento das práticas de saúde (a assistência prestada pelos profissionais) e das práticas formativas (o ensino).

Buscando refletir sobre a construção de um campo da saúde mental no Cepre, tenho como objetivo falar dos desafios de atuação enfrentados por mim

¹ Informações disponíveis em:< <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/centro-de-estudos-e-pesquisas-em-reabilitacao-cepre>> (Acesso em dezembro de 2016).

enquanto profissional da saúde mental na qualidade de residente multiprofissional, ou seja, em um processo específico de formação.

Esta discussão se faz, sobretudo, por este serviço não compor formalmente a rede de atenção psicossocial de Campinas nem ter a saúde mental como área destacada, destoando dos demais campos de atuação da residência em saúde mental. Assim, questiono sobre como seria possível esta atuação da residência e também sobre os limites enfrentados neste campo.

Para a construção desta questão, o caminho traçado aqui passa pelas minhas indagações ao longo deste ano no cotidiano do serviço.

A primeira delas se refere à definição de demanda em saúde mental. O que seria essa demanda para os diferentes serviços de saúde? Existe demanda de saúde mental no Cepre? O que fazer com essa demanda? Esta indagação me acompanhou nas relações estabelecidas com os usuários e trabalhadores no Cepre, sejam estes últimos docentes, aprimorandas(os) e estagiárias(os) e profissionais ligados diretamente ao Cepre.

A segunda questão que acompanhou meu processo de inserção no serviço foi sobre a noção de rede. No exercício de analisar como o Cepre pode contribuir para esta articulação, me indaguei sobre o conceito de rede e sua produção no intuito de ampliar a ideia de Rede de Serviços e pensar em outras possibilidades, chamando atenção para uma dimensão que diga respeito às práticas cotidianas. Isto é: de que rede precisamos falar e tecer?

Busco, em seguida, abordar a inserção, de fato, da residência em saúde mental a partir da ideia de função apoio, a qual considero crucial na construção de um campo de saúde mental neste serviço. Construção, já que se atualiza no desafio da inserção e do agenciamento em meio às práticas que já estão previamente estabelecidas para produzir outras.

A aposta na construção feita no cotidiano do serviço busca interferir sobre a limitação à identidade com o posto, conforme aponta Moura (2003), dando visibilidade para a singularidade dos casos em complemento às generalizações e respostas prontas - para as quais somos solicitados, muitas vezes, neste lugar do especialista.

Em síntese, este texto visa analisar, discutir e tratar das práticas ambulatoriais e das que buscam desviar deste enquadre no Cepre, marcado por procedimentos e por atividades pré-estabelecidas para cada profissional. Afirma-se

com essa proposta de discussão que o processo de inserção que não apenas reproduza as lógicas instituídas é capaz de interferir mesmo que minimamente nos modos naturalizados de funcionamento dos serviços de saúde. Ou seja, colocar em questão no Cepre os lugares instituídos é criar condições de possibilidade de inserir outros movimentos, que possam desestabilizar o que parece limitar a atuação coletiva no serviço. Conforme Moura (2003, p.3), “trabalhar a instituição (...) é tentar impedir que ela sucumba ao processo inercial, movimento inerente a qualquer instituição, e que a leva a se estabelecer”.

METODOLOGIA

Este texto tem a Análise Institucional como importante referencial na análise das práticas de saúde no Cepre, teoria que será posta em diálogo com conceitos e metodologias da Saúde Coletiva.

Parte-se, na Análise Institucional da compreensão de que estabelecimento de saúde difere de instituição. Nele há "uma pluralidade de instituições que precisam ser articuladas e integradas, ou melhor, reconhecidas em sua multiplicidade interdependente" (MOURA, 2003, p.28). O conceito de instituição que decorre dessa abordagem destaca a constante tensão entre o instituído e o instituinte, referindo-se a um movimento, um processo.

Castoriadis, a partir das contribuições da psicanálise, antropologia e do marxismo traz este conceito de instituição e, posteriormente, Lourau, que fundou a Análise Institucional, juntamente com Lapassade. Compreende-se, assim, que instituído e instituinte são momentos. O instituído “se refere àquilo que considera como normais, naturais e universais a ordem, os valores e os modos de representação e de organização vigentes” (2003, p.34). E “o instituinte alimentaria a capacidade de mudança e a criação de novas práticas institucionais (2003, p.35)”.

Os conceitos de instituído e instituinte são usados aqui no intuito de pensar nas práticas do serviço como processuais, considerando os aspectos que tendem à estabilização de seu modelo e de proposições para a institucionalização de novas práticas.

O recorte escolhido tem por finalidade voltar-se para o cotidiano de trabalho ambulatorial, visando, posteriormente, chamar a atenção para as práticas de trabalho que contribuam para a flexibilização de modelos ambulatoriais. Trago minha experiência de atuação, no intuito de disparar ideias que contribuam às práticas de gestão e de cuidado.

Este recorte se vincula, então, às questões que no cerne deste texto busco trazer. Trato do acompanhamento de processos, do engajamento numa realidade em composição. Este modo de produzir conhecimento, é também inspirado pelo método da cartografia, que tem sido utilizado em pesquisas no âmbito ciências humanas, sociais e da saúde (POZZANA; KASTRUP, 2012).

Segundo Nascimento e Tedesco (2013) a cartografia visa aos procedimentos produtores de subjetividade, compreendendo subjetividades não como sujeitos dados, invariantes. Daí o uso do termo processos de produção de subjetividades ou de subjetivação, que diz respeito aos diferentes vetores que compõem e decompõem as subjetividades.

Estas autoras, ao colocarem em diálogo as duas metodologias em ação no campo da Saúde Coletiva, destacam que análise institucional e cartografia tem como princípio que a indissociabilidade entre sujeito e objeto e estão atentas à dimensão ético-política da criação, a partir do interesse na ampliação de mundos. Desta maneira, “a preocupação é preservar e fazer preservar o movimento inerente aos processos de institucionalização e de subjetivação” (NASCIMENTO; TEDESCO, 2013, p.606).

Portanto, ainda que eu fale de modelo de funcionamento estarei tratando também do meu próprio engajamento neste modelo, vislumbrando possibilidades de atuação.

Sobre o funcionamento do Cepre

Os serviços prestados à população no Cepre são organizados em ambulatórios que se vinculam, em sua maioria, a estágios de graduação ou a aprimoramentos.

Atualmente conta com 26 ambulatórios cujos nomes são: Terapia de Voz; Triagem visual em lactentes; Habilitação e reabilitação - deficiência visual; Clínica de Linguagem - Gagueira; Clínica de Linguagem - Neurologia; Avaliação e terapia fonoaudiológica; Fonoaudiologia - Audiologia; Reabilitação auditiva; Prótese auditiva;

Monitoramento fonoaudiológico; Educação em saúde; Triagem auditiva neonatal; Pronto Atendimento Vocal; Fonoaudiologia - Processamento auditivo; Avaliação e Prevenção de alterações de linguagem (GAPAL); PAP - Fonoaudiologia em neurologia; Desenvolvimento da criança; Avaliação audiológica; Fonoaudiologia - acolhimento e triagem; Motricidade Orofacial; Surdez e desenvolvimento I; Adolescentes, adultos e idosos na deficiência visual; Surdez e desenvolvimento II; Surdez e desenvolvimento III; Atendimento Psicológico; Grupo de reabilitação visual.

Esta separação por ambulatórios confere autonomia por parte dos docentes na condução de seu processo de trabalho, tendo por limite o cumprimento dos objetivos de formação (aos alunos) e de atendimento (aos usuários).

Estes docentes (ao mesmo tempo coordenadores e supervisores dos estágios) orientam os estudantes na execução de suas tarefas, que é previamente estabelecida pelo programa de estágio vinculado a determinado ambulatório. A relação de saber-poder entre professor e aluno é bastante importante no modo de funcionamento do serviço ao se remeter à hierarquização e ao pré-estabelecimento de funções.

Os alunos, portanto, devem desempenhar as tarefas submetendo-se aos critérios de avaliação do supervisor do ambulatório específico, o que implica em baixa autonomia no processo de gestão da clínica do paciente, ao se limitar aos objetivos propostos do estágio.

Além disso, estagiárias(os), aprimorandas(os) e residentes não participam dos processos decisórios relativos ao funcionamento do serviço, não havendo estímulo ao exercício dessa função, delegada a coordenadores.

Há espaços de supervisão coletiva nos estágios, de grande importância na formação dos estagiárias(os). Nestes espaços é discutido o manejo clínico do paciente referente à especialidade de atendimento. A frequência de discussões sobre o processo terapêutico do usuário, no intuito de abordar outras demandas de saúde, varia conforme ambulatório, porém não é o foco do trabalho, que é centrado na especialização.

Não há espaços para discussão de casos que incluam diferentes ambulatórios, tarefa dificultada pela grande quantidade de serviços diferentes ofertados. É importante dizer, neste sentido, que é comum um paciente ser

encaminhado para um ambulatório específico, mas necessitar de acompanhamento em outro (ou outros ambulatórios) conforme avaliação dos trabalhadores que estão atendendo. Porém há dificuldades para essa circulação dentro do serviço.

Esse é um tipo de situação que, sem espaços de reuniões coletivas voltadas à assistência do paciente, fazem com que esses trabalhadores apontem para “problemas de comunicação” no Cepre.

Tem-se que a dificuldade de comunicação entre trabalhadores (considerando esta uma categoria ampla que inclui todos os envolvidos nas práticas assistenciais) e coordenadores diz respeito aos entraves na sustentação de propostas mais solidárias ao trabalho coletivo, mesmo que isto não represente a totalidade das relações estabelecidas.

Estas considerações apontam para a verticalização dos processos de trabalho e burocratização no modelo de gestão e assistência, haja vista que, pela justificativa da formação, os coordenadores, mesmo que na maioria das vezes não façam atendimento, controlam todo o processo de trabalho.

A especialização da assistência em saúde à população caminha junto com o foco na especialização da formação dos estudantes de graduação e pós-graduação no serviço. Desta forma, a especialização da formação, a princípio, é condizente com o funcionamento do serviço, organizado por meio da e para a especialidade.

Esta caracterização do Cepre fala do modelo ambulatorial ao qual este estabelecimento de saúde está submetido, ou seja, diz do funcionamento instituído. Sem que se negue a finalidade deste modelo e sem entrar em detalhes na discussão sobre Educação, da íntima relação entre as instituições saúde e educação, as práticas instituídas que se reproduzem em diferentes relações dentro do próprio serviço não se isolam da racionalidade gerencial hegemônica amplamente abordada e criticada por Campos (1998; 2001; 2010).

Este termo diz respeito às teorias e métodos que visam à regulação do trabalho humano baseando-se na padronização e normatização e se valendo de organizações de trabalho verticalizadas. Neste modelo o poder de decisão se concentra em cargos específicos e o grau de autonomia da maior parte dos trabalhadores é baixa.

Campos (2010) traz ainda que a racionalidade gerencial hegemônica trata as organizações como espaços “em que os padrões de conhecimento e de circulação de afetos considerados adequados estariam fixos” (2001, p.5), ou seja, parte-se de

um modelo de acúmulos técnicos, que tende a desvalorizar qualquer coisa que fuja aos protocolos que definem comportamentos e condutas adequadas. Os padrões, portanto, são o que justificam o controle (Campos, 2010).

Conforme Moura, a hierarquização, a fixação em postos, embora aumente a especialização (a *expertise*), "tende a diminuir a visão do todo" e deixam de "levar em consideração as vizinhanças e as articulações com o todo do equipamento e do coletivo de tratamento" (2013, p.27).

Tais considerações não se configuram em uma crítica que deslegitima a importância do trabalho ofertado no Cepre à população, o que esvaziaria de sentido este trabalho. São observações que, novamente, fazem parte do caminho que busco construir para analisar os desafios de se inserir em um ambulatório - e ainda na especificidade de serviço-escola - enquanto profissional da saúde mental e em processo de formação.

Sobre o início de nossa inserção

No início de nossa inserção no Cepre desenvolvemos - eu, psicólogo, e uma terapeuta ocupacional, com suporte da supervisora do segundo ano da residência - um projeto de intervenção (ANEXO 1) por escrito com o intuito de balizar a atuação neste recente campo de atuação da residência multiprofissional em saúde mental.

Fomos a segunda dupla de residentes a encarar o desafio dessa inserção e a primeira a vivê-la em tempo integral (isto é, toda a carga horária prática durante um ano da residência) e, por isso, consideramos necessário, como proposta inicial, dar visibilidade ao saber-fazer da saúde mental, ainda não consolidado neste campo, por meio desse projeto.

Este projeto foi feito a partir das observações durante o primeiro mês no Cepre, em que pudemos conhecer alguns destes ambulatórios. Esta inserção foi mediada por uma representante da área de assistência, que organizou esta inserção com foco nos ambulatórios que poderiam necessitar mais de suporte em saúde mental.

O projeto de intervenção foi uma estratégia utilizada para dialogar com a equipe, com a finalidade de ajudar na construção de ações conjuntas e na relação de trabalho com os diferentes profissionais que compõem o serviço, ao abordar os

objetivos dos residentes. Deste modo, o projeto seria também uma forma de tornar clara a integração dos residentes na construção de um campo em saúde mental e coletiva, delimitando e organizando nosso próprio processo de trabalho mediante as possíveis demandas para nossos núcleos profissionais.

Além disso, é um instrumento que ajudou na avaliação das estratégias da inserção ao longo do ano, se configurando em um meio de acompanhar e refletir sobre as dificuldades enfrentadas, analisando o que foi e o que não foi possível realizar. É também com este projeto de intervenção que busco aqui fazer interlocução e analisar meu percurso formativo no Cepre.

Nele destacamos inicialmente a importância de se ter em vista a ampliação do olhar sobre as queixas e sintomas dos pacientes, visando a integralidade do cuidado e, como consequência, a necessidade de articulação de ações em saúde, com um fluxo resolutivo e eficiente pela rede de saúde. Os objetivos de trabalho estão expressos em quatro pontos que podem ser resumidos em: 1) viabilizar a discussão de demandas em saúde mental pela equipe; 2) ofertar conhecimentos em saúde visando à ampliação da clínica, auxiliando no manejo singular dos casos; 3) facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde da rede do município de Campinas e região e 4) dar suporte em saúde mental aos pacientes de maneira interdisciplinar e avaliar demandas.

A partir destes objetivos pensamos, inicialmente, como possibilidades de intervenção: suporte em saúde mental e coletiva às supervisões de estágios; atendimento multiprofissional em Saúde Mental, em conjunto ou paralelamente aos atendimentos oferecidos pelos estágios e aprimoramentos; articulação da rede de saúde e circulação de conhecimento sobre a rede, territórios de saúde, fluxos e funcionamentos de serviços; acolhimentos com aprimorandas; disponibilidade transversal por meio de plantão ou participação não fixa em supervisões, atendimentos individuais e grupais, de acordo com a avaliação de necessidade; discussão conjunta de casos complexos reunindo professores(as), aprimorandas(os) e estagiárias(os) dos diferentes ambulatórios.

Essas propostas tiveram como norte uma inserção que não se pautasse apenas em atendimentos individuais e reduzida aos ambulatórios, quando avaliada uma necessidade de saúde mental. O intuito seria priorizar as articulações com a rede de saúde. Não foi negada a possibilidade de avaliação e atendimentos interdisciplinares no próprio Cepre nem a importância, nesse momento, da

participação nas atividades dos ambulatórios, tendo em vista que os espaços de supervisão dos estágios vinculados a eles poderiam promover discussões de casos resolutiveis e um importante diálogo entre reabilitação e saúde mental.

O espaço do plantão teve por finalidade acolher demandas de todos os profissionais do serviço, incluindo aprimorandas(os), residentes multiprofissionais de outras áreas e estagiárias(os), visando à discussão de casos e construção conjunta de ações, além de ser um horário disponível para avaliação de demandas em saúde mental de pacientes vinculados aos ambulatórios e articulação da rede de saúde. Para isso foi separado um dia da semana em que cada residente estaria responsável por essa tarefa em um turno (manhã ou tarde).

Além de ações nestes espaços fixos, outras atividades foram construídas, como atendimento em grupo de sala de espera, avaliação de pacientes em lista de espera de ambulatório, atendimento a familiares de pacientes (quando avaliada possíveis demandas), organização de espaço de confraternização entre docentes, aprimorandas e outros profissionais do serviço e organização da “Capacitação em Saúde Mental Relacionada ao Trabalho” em parceria com uma profissional do Cepre.

Desenvolvemos também materiais escritos com o intuito de divulgar e promover o conhecimento da rede de saúde mental de Campinas, além de facilitar o contato com os dispositivos da rede, incentivando os próprios profissionais a articularem o cuidado no território.

Estas ferramentas foram criadas com apoio de uma docente do curso de fonoaudiologia e profissional do serviço, atenta à necessidade de instrumentalizar os profissionais do serviço para o acolhimento a demandas de saúde mental.

Entre um dos materiais produzidos encontra-se o “Fluxograma da Rede de Saúde Mental de Campinas” (ANEXO 2), elaborado ainda no início de nossa inserção. Este material teve como um dos objetivos atribuir ao Cepre função na rede após acolher usuários que necessitam de suporte em saúde mental. Foi também disparador de novas indagações sobre a processualidade dessa rede no cotidiano dos serviços, além do próprio Cepre, para além de seus aspectos formais.

A partir das observações do funcionamento do serviço e das práticas que buscamos desenvolver, trago agora as questões que atravessaram minha inserção no cotidiano do serviço.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das pistas importantes para a gestão da clínica em saúde mental e coletiva

Segundo Amarante (2013), o termo saúde mental comumente é usado em dois sentidos. O primeiro deles refere-se ao campo da atenção psicossocial, compreendendo aqui saúde mental como uma área de conhecimento ligado a oferta de serviços técnicos vinculados a uma política pública de saúde.

Este campo de conhecimento é intersetorial, de atuação plural e caracterizado pela simultaneidade e transversalidade de saberes. Amarante chama a atenção para a interrelação dos campos epistemológico, técnico assistencial, jurídico-político e sociocultural, para dar conta do campo da saúde mental e atenção psicossocial como um processo social complexo (p.64).

Esta complexidade já deixa claro que saúde mental se distingue da psiquiatria e da oferta de serviços vinculados a ela, isto é, não se baseia apenas nesta modalidade de conhecimento e não se reduz aos conhecimentos em psicopatologia e semiologia.

Por outro lado, Amarante chama atenção para o fato de que quando alguém diz que “trabalha na saúde mental”, ela trabalha com questões relacionadas à saúde mental das pessoas, o que, a princípio, não é suficiente para dizer a que se refere este trabalho, pois até pouco tempo atrás (e, infelizmente, ainda hoje perdura) trabalhar com saúde mental era trabalhar em manicômios, com foco em doenças mentais.

Desta forma, um questionamento importante diz respeito à compreensão dos fenômenos relacionados à saúde mental. Discorrer sobre as inúmeras possibilidades deste conceito e sua evolução histórica, juntamente com o de doença mental pela psiquiatria, não é o foco deste trabalho. Entretanto, tem-se em vista que saúde mental não pode ser tida como o oposto de doença mental. Colocando-as em oposição uma se torna a ausência de outra, o que gera limitações na compreensão e lida com os sujeitos que seriam considerados doentes mentais.

Segundo o autor, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática entraram em embate com a psiquiatria clássica (biológica), já que este termo não ajudou a avançar nas práticas assistenciais em saúde. Assim, atualmente, a psiquiatria usa o termo transtorno mental (português e espanhol) e *mental disorder* (em inglês). Porém, discordando destes termos, Amarante levanta a seguinte questão:

(...) qual é a ordem mental? O que é normalidade mental? Por estas razões no campo da saúde mental e atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos 'em' sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito. (AMARANTE, 2013, p.68)

Chama-se a atenção aqui, com a compreensão de um sofrimento psíquico, para a dimensão experiencial, atentando-se para o cuidado com os diferentes sujeitos. Ou seja, amplia-se o campo da atenção psicossocial: o que importa não é apenas um diagnóstico, ou melhor, a redução dos sujeitos a generalização por transtornos mentais, mas o cuidado a sujeitos com diferentes formas e intensidades de sofrimento psíquico.

Neste sentido, pauto o trabalho em saúde mental no Cepre a partir dessa ampliação de significado de demanda em saúde mental, a qual durante o processo de trabalho considero imprescindível situar, delimitar. Esta compreensão sobre demanda é um importante norte na elaboração das pistas para a construção de um campo de intervenção.

A Atenção Psicossocial coloca em questão não apenas a assistência, mas a racionalidade psiquiátrica (LUZIO, 2013), o que diz respeito a uma transformação estrutural. Isso é fundamental para as políticas relacionadas à saúde mental, tendo por prioridade a integralidade do cuidado de sujeitos concretos, que vivem em uma comunidade e possuem problemas cotidianos. Portanto, “serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades” (LUZIO, 2013, p.61).

Imprescindível situar que o atual modelo de atenção à saúde mental brasileiro ou de atenção psicossocial, com a Reforma Psiquiátrica, é de base comunitária, respaldado pela Lei 10.216, de 2001, marco importante das políticas voltadas à saúde mental e para a luta antimanicomial. A hospitalização, portanto, deixa de ser central e o modelo deixar de ser médico-centrado e voltado para as especialidades.

Neste momento, se passa a ter como meta crucial o fechamento de hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização de pacientes internados por longa data, tendo por finalidade o cuidado no território, isto é, no cotidiano da vida desses sujeitos. Esta foi também uma reivindicação e conquista do movimento da luta antimanicomial brasileira.

O cuidado para pessoas com sofrimento psíquico é organizado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS - instituída pela portaria 3.088 de 2011). A operacionalização dessa rede se dá pela integração dos diferentes níveis de atenção em saúde no SUS com distintas estratégias de intervenção.

Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial são os pontos de atenção desta rede.

Severo e Dimstein (2013) afirmam que por meio do paradigma da Atenção Psicossocial, as políticas de saúde mental estão situadas na saúde coletiva, sendo eixos norteadores para a assistência e o planejamento em saúde integralidade, intersetorialidade e territorialidade.

Alguns municípios brasileiros ainda possuem ambulatórios especializados em saúde mental. Porém, a atual organização da RAPS não abrange estes serviços em sua composição, o que está de acordo com o funcionamento do modelo exposto, que visa incentivar a construção e expansão de serviços territorializados e articulados nesta rede.

As mesmas autoras, tratando especificamente do tema dos ambulatórios em saúde mental, contam que a história dos ambulatórios de saúde mental no Brasil está marcada pela lógica de atendimento pautada pelo saber psiquiátrico, que absorve as encomendas sociais de maneira a reforçar o estigma e exclusão social (p.556).

O Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS, do Ministério da Saúde, chama atenção para o fato de que:

Os ambulatórios de saúde mental prestam assistência sobretudo às pessoas com transtornos mentais menores - cerca de 9% da população (todas as faixas etárias) - e apresentam, em sua grande maioria, um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde. Estes ambulatórios são referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, em especial, mas sua resolutividade tem sido baixa - a maioria possui imensas listas de espera e as crises no seu funcionamento são

frequentes. Entendemos que, em muitos locais, é necessária uma reformulação deste modo de funcionamento (...). (BRASIL, 2007 p. 18)

Estas considerações não significam que os modelos hospitalocêntrico e ambulatorial para a saúde mental se equivaleriam. Ambos, porém, não são baseados pelos eixos norteadores da atenção psicossocial expostos anteriormente.

A partir do que foi tratado aqui, a primeira pista - básica, porém não simplória - para se pensar em um trabalho de saúde mental no Cepre é ter como norte o modelo de atenção psicossocial atual. Não nos inserimos no Cepre para a criação de um ambulatório de saúde mental. A inserção da residência em saúde mental como oferta de mais um serviço ambulatorial, se adequando às práticas instituídas, possuiria baixa resolutividade, conforme o modelo atual de atenção psicossocial tem evidenciado.

Embora nos pareça clara a necessidade de afirmar um modelo comunitário, ou pelo menos de desviar na medida do possível do ambulatorial, ainda há considerações a serem feitas.

Não se pode negar, ignorar, as demandas que aparecem nos diferentes ambulatórios do Cepre. Ainda que em sua maior parte não sejam transtornos mentais graves, qualquer forma de sofrimento psíquico é uma demanda de saúde mental e precisa de acolhimento.

Deste modo, pode-se delimitar a atuação entre as demandas da área de reabilitação física (que representa boa parte dos serviços ofertados pelos ambulatórios) e as da área da saúde mental. Considera-se que as possibilidades de atuação do profissional/residente em saúde mental, partindo deste campo, se encontra principalmente no entrecruzamento dessas duas áreas.

As demandas de saúde mental no Cepre apontam para a necessidade dos profissionais de articularem redes no território, dando prioridade para a Atenção Básica, porém esta tarefa não é dada *a priori* para os mesmos. Logo, não parece suficiente delegar, instituir esta função.

Soma-se a isso o fato de que muitos pacientes do Cepre são oriundos de outros municípios, os quais nem sempre possuem uma rede de saúde mental estruturada. E, mesmo quando há possibilidade de acolhimento pela rede do

município, muitos destes pacientes não chegam a ela, pois tem o Cepre e o Hospital das Clínicas como sua referência em saúde.

Portanto, problematizar o modelo de funcionamento do Cepre não é suficiente para negar as possibilidades de atuação neste campo, o que levaria à naturalização do seu funcionamento (como se a inserção nele só conduzisse a determinadas práticas pré-estabelecidas). Levaria também à naturalização dos fluxos reais das demandas de saúde (como se o curso dos pacientes nos ambulatórios os identificasse com a totalidade de suas necessidades de saúde). Esta leitura apriorística do serviço conduz, paradoxalmente, a própria concepção de campo em saúde mental a um caráter normatizante.

Esse aparente impasse traz como pista a dimensão imanente, operacional, da constituição de redes, importante para o trabalho em saúde. Quero dizer com isso que as normativas não garantem a efetiva operacionalização da rede de saúde e, por outro lado, que não se pode negar que o Cepre, como serviço ambulatorial especializado, também a compõe, mas que há um “esforço” a ser feito cotidianamente nas práticas de saúde.

Neste sentido, para falar da rede de saúde mental, chamo atenção para a concretude dos processos de trabalho. Franco (2006) aciona o conceito de trabalho vivo em ato, de Emerson Mehry, conceito que diz respeito à potência instituinte no cotidiano do trabalho. O autor diz fazer sua opção por

(...) um certo tipo de rede que adoto como parâmetro para discuti-la sob o foco da micropolítica, e essa escolha tem a ver com a ideia de uma rede não modelar e que não serializa as práticas em saúde, tratando cada caso como um novo cuidado a ser produzido, respeitando singularidades e fazendo a todo o momento novos fluxos de competência. (FRANCO, 2006, p.462)

Quero afirmar com isso que questionar “o lugar” do Cepre na rede de saúde me leva a tratar, primeiramente, não do pré-estabelecimento de um lugar do Cepre na rede de saúde, mas da potência de atuação dentro do próprio estabelecimento refletindo sobre o que é ou não possível enquanto profissional da saúde mental.

Considerar essa dimensão para além da dimensão organizativa é voltar-se para a construção de práticas, para a rede que se tece (juntamente com as indagações de quem, como e por que a tece).

Azevedo (2016) chama a atenção para uma rede que se define pela produção de relações e que, buscando subverter as normatizações e burocracias, se constitui menos hierarquicamente, caracterizando-se pela singularização de práticas. Além disso, destaca que juntamente com a ideia de produção de rede caminha a ideia de produção de comum, o que se dá com a existência de espaços de trocas, de diálogo. Esta produção de comum, ressalta o autor, deve ser uma prioridade política.

Apostamos que esse movimento de produzir, com o coletivo, processos de escuta, análise, construção de textos coletivos, definição de tarefas, redes de responsabilização e avaliação resulta, efetivamente, em mudanças nas formas de se gerir, em exigências sobre as condições de trabalho e de gestão, no aumento da capacidade de manejo de casos complexos e em uma construção sistêmica da rede de atenção à saúde. (AZEVEDO, 2016, p.148)

Partindo das contribuições deste autor questiono também a concepção da articulação de rede apenas como uma prática entre diferentes estabelecimentos de saúde, uma atividade externa, para chamar atenção para uma rede que primeiramente precisa ser tecida internamente ao Cepre. Essa concepção tem por intuito chamar atenção para a necessidade de práticas atentas à diminuição da fragmentação dos processos de trabalho, para então ser capaz de articular-se com os territórios.

Rede como conexão de práticas que visem à articulação do cuidado ao usuário dos serviços ofertados, com atenção à integralidade do sujeito e, conseqüentemente, a possíveis demandas em saúde mental também.

Com esta aposta, ressalto como desafio importante a ser enfrentado no Cepre a criação de espaços coletivos, com destaque para as reuniões de equipe e discussões de caso, partindo de uma proposta interdisciplinar.

A presença de diferentes profissionais atuando no serviço por meio de encaminhamentos internos não é o bastante para atender a complexidade das demandas que possam aparecer. Não é também suficiente a intervenção de diferentes profissionais sobre um sujeito. Essas ações precisam estar integradas, “bem amarradas”, sendo isso possível através do diálogo entre os diferentes saberes para a construção de projetos terapêuticos.

As práticas instituídas em um serviço como o Cepre, em que há separação por ambulatórios voltados para diferentes necessidades de saúde, tende a reduzir

essa possibilidade de atuação em grupo. A falta de espaços coletivos fala da especialização do cuidado em detrimento de um olhar ampliado sobre o cuidado do sujeito. A consequência disso é que demandas que não fazem parte da *expertise* do trabalho em determinado ambulatório passem despercebidas.

O profissional da saúde mental no Cepre pode atuar tendo como importante objetivo fazer com essas demandas “soltas” apareçam e se articulem de forma resolutiva. Para isso, outra pista importante para o trabalho em saúde mental é levar em conta o atravessamento do campo da saúde coletiva, tendo como importante instrumental o conceito de clínica ampliada (ou clínica do sujeito), já considerado no projeto de intervenção.

Onocko-Campos (2001) escreve que a clínica ampliada - em contraposição à clínica degradada e à clínica tradicional - é aquela que desloca a centralidade da doença como objeto de intervenção em saúde, valorizando o olhar sobre o sujeito em sua complexidade. Assim, o sujeito é biológico, mas também social e subjetivo, além de histórico (pois suas demandas se transformam). Conforme a autora, com a clínica ampliada, se inclui avaliações de risco não apenas epidemiológicas, mas também sociais e subjetivas.

O conceito de clínica ampliada chama a atenção para uma *práxis* que não se reduza às prescrições técnicas e individualizadas, estimulando ao trabalho corresponsável com equipe e sujeitos. Esta clínica pressupõe, portanto, trabalho interdisciplinar.

Enquanto profissional da saúde mental, importa colocar na centralidade as demandas concretas dos sujeitos, sem negar processos de adoecimento/sofrimento psíquico, atuando de maneira articulada dentro do Cepre.

Estas considerações são tomadas como desafio frente à especialização da organização de trabalho. Apontam para um trabalho que busque tecer espaços de encontro, diálogos, e favoreça o exercício da clínica.

Ao colocar em diálogo os conceitos abordados procuro agora organizar as bases para um trabalho que traga contribuições à intervenção neste e em outros serviços de caráter ambulatorial.

A função apoio na ampliação da clínica e da gestão

As pistas tratadas até aqui ajudam a iluminar o caminho para a proposta de trabalho que acredito ser capaz de produzir movimentos interessantes dentro do Cepre, considerando aspectos da clínica e da gestão neste estabelecimento. Evoco o conceito e metodologia Paideia proposta por Campos, no intuito de auxiliar na constituição de uma proposta de atuação que considere as pistas e questões abordadas anteriormente.

Esse termo diz respeito a “uma rede conceitual e metodológica para dar suporte à cogestão de coletivos, que possui três eixos de aplicação” (CAMPOS et al, 2014, p.984). Articulando-se saberes e práticas da “Saúde Coletiva, da clínica, da política, da administração e planejamento, da psicanálise, da análise institucional e da pedagogia” (p.985), toma como foco as organizações de trabalho em saúde, ao buscar modificar os processos de gestão e clínica pautados na racionalidade gerencial hegemônica.

A metodologia Paideia se concretiza sob a forma do apoio pautando-se em três eixos de aplicação: o Apoio institucional, o Apoio Matricial e a Clínica Ampliada e Compartilhada (CAMPOS et al, 2014).

O primeiro diz respeito ao suporte e estímulo à cogestão das práticas gerenciais do serviço, sendo usada entre diferentes estabelecimentos de saúde e entre gestores e trabalhadores de um mesmo local.

Já apoio matricial tem o trabalho em rede como prioridade para o modo de funcionamento do serviço, “valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde” (CAMPOS et al, 2014, p.984). O apoio matricial pode ser feito por profissionais de uma área temática (saúde mental, por exemplo) ou por grandes áreas e políticas (como vigilância em saúde).

Para a metodologia Paideia, a clínica ampliada (já explicitada anteriormente) e compartilhada é uma estratégia usada na relação clínica, voltando-se para o compartilhamento de Projeto Terapêutico entre usuário e profissionais tendo por finalidade a “cogestão do atendimento, da assistência e do cuidado entre profissionais responsáveis e usuários” (CAMPOS et al, 2014, p.984).

Primeiramente, interessa aqui tratar da função apoio em seus diferentes usos. Exercer função apoio requer estabilidade em um local de trabalho, com regularidade de encontros, diferindo de metodologias empregadas em pesquisas, pois diz de uma relação de trabalho. Essa estabilidade diz respeito ao contrato de trabalho construído junto à equipe de saúde, estabelecendo os requisitos ético-políticos para sua atuação (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014).

É importante destacar que:

A função apoio se exerce menos para a obtenção dos fins da organização (metas e resultados) e mais para a produção de reposicionamentos no trabalho, os quais resultariam, então, em novas contratualidades capazes de ampliar a capacidade de as equipes e organizações de saúde produzirem mais e melhor saúde. (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014, p.813)

Desta forma, exercer função apoio toma por central a mudança nos processos de trabalho, o que não significa excluir a melhoria na qualidade dos serviços prestados à população. Porém esta qualidade não se reduz a um caráter burocrático dos resultados, o que destaca a condição instituinte do apoio na produção de valores no trabalho em saúde (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014). Oliveira e Campos (2015) sustentam que o Apoio se esvazia de sentido se não vier acompanhado de mudanças nas relações de poder, não se reduzindo a aplicações técnicas ou ferramentas de trabalho.

Esta condição instituinte se concretiza na não fixação a lugares previamente estabelecidos na hierarquia, organograma do trabalho. Estes autores destacam o caráter mutante da função apoio no serviço, revelando a potência do agir no encontro com trabalhadores, usuários, coordenadores e o desafio de sua própria inventividade em ação.

Portanto, ao mesmo tempo em que há um vínculo estabelecido com a equipe de trabalho, o profissional que exerce função de apoio não representa um cargo hierárquico específico, como o de um supervisor de setor, gerente ou coordenador do serviço, no modelo tradicional das equipes de trabalho.

Ressalta-se ainda que este trabalho é pautado por algumas diretrizes. Conforme Oliveira e Campos (2015, p.231):

Nas duas dimensões (do apoio), propõem-se três diretrizes: levar a lógica do apoio e da cogestão para as relações interprofissionais; lidar a partir do referencial da interdisciplinaridade com processos sociais, sanitários e

pedagógicos e; construir equipes multiprofissionais com corresponsabilização no cuidado em saúde.

Os autores destacam que apesar das diretrizes compartilhadas pela função apoio, Apoio Institucional e Matricial possuem núcleos distintos. O núcleo do primeiro seria a gestão e o do segundo a clínica. Em alguns momentos suas abordagens se aproximam, porém ainda se mantendo distintos, o que aponta para o fato de que não estão polarizados.

É neste sentido que busco aproximar neste texto a proposta de atuação no Cepre com a de um Apoio Matricial. Desde a criação do projeto de intervenção, ainda que se tenham ações que incidam sobre a gestão dos processos de trabalho, se mantém como central a função clínica do residente.

A clínica que busco afirmar não se sustenta apenas a partir do lugar do especialista que se reduz a atendimentos individuais ou grupais, mas, ao ser atravessada pelo conceito de clínica ampliada, busca operar uma ampliação sobre: o objeto de trabalho (sujeito e seu processo de adoecer); os objetivos de trabalho (produzir autonomia e autocuidado, além da cura, reabilitação e prevenção de danos) e nos meios de trabalho (atuando de formas diversas e de maneira dialógica) (CAMPOS et al, 2014).

Ao encontrar no Apoio Matricial um referencial importante no cuidado em saúde mental dentro do Cepre, tenho como norte que essa função clínica não se distancia de aspectos relativos à gestão do processo de trabalho. Falar em clínica ampliada, para essa metodologia, aponta necessariamente para um modo de funcionamento da equipe de saúde que se almeja produzir. Partindo destes mesmos autores, se destaca que o Apoio Matricial visa à modificação dos processos de trabalho se baseando na cogestão, apoio às relações interprofissionais, interdisciplinaridade e responsabilização dos casos em equipe.

Essa modalidade de atuação se propõe uma alternativa à interconsulta e às propostas de referência e contrarreferência pautadas no encaminhamento sem responsabilização e sem compartilhamento, viabilizando “a ativação dos espaços de comunicação e deliberação conjunta” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015). Busca afirmar também o compromisso com a democracia institucional e nas relações de trabalho,

trazendo para as discussões clínicas a política. Diz respeito ainda a um “como fazer” o trabalho interprofissional.

Ao criar espaços coletivos de reflexão sobre práticas, “o Apoio Matricial é também uma forma de educação permanente e de reconstrução de si mesmo” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015, p.233).

Campos et al (2014) apontam para uma dimensão técnico-pedagógica, pautada em apoio educativo e ações em conjunto com a equipe. E uma dimensão de suporte assistencial, pautada em ações clínicas direta ao usuário que, dependendo do grau de vulnerabilidade, risco ou gravidade poderá precisar de uma atenção articulada à rede de saúde ou rede intersetorial.

Esses autores destacam ainda que o apoiador matricial não participa cotidianamente da equipe de referência do serviço, ou seja, é uma oferta de um núcleo especializado às ofertas correntes (do campo de atuação) da equipe. Configura-se, assim, em uma retaguarda especializada a partir de um “modelo dinâmico e interativo” (CAMPOS et al, 2014, p.989). É o modelo de trabalho no qual se pautam os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs).

Portanto, se afirma com o Apoio Matricial a necessidade de um trabalho clínico que considere aspectos da gestão sem se resignar à burocratização do serviço, aquecendo os espaços possíveis de atuação interdisciplinar e de articulação de da rede de serviços. Com a função apoio aponta-se para o acompanhamento dos processos da equipe e para necessidade de contribuições para a ampliação do modelo de funcionamento do estabelecimento de saúde.

Das práticas desviantes na produção do cuidado

É importante ressaltar aqui que, ao mesmo tempo em que nossa atuação pretendeu se abrir ao diálogo com os profissionais do serviço e as diferentes práticas no Cepre, é clara a sua incongruência com as diretrizes de funcionamento dos serviços de saúde mental que compõem a RAPS, por não possuir espaços coletivos de gestão do cuidado (reuniões de equipe, discussão de casos, entre outros dispositivos interprofissionais).

Dessa forma, avalio que nossa inserção foi atravessada por uma forte tendência à redução aos espaços instituídos, sendo o modo de atuar ambulatorial

posto em prática boa parte do tempo, na mesma medida em que procurávamos o que fazer/como fazer para construir um campo em saúde mental.

Não nego com isso que possa haver a necessidade de atendimentos individuais e de grupo dentro do Cepre. Importa, porém, trazer este dado, pois implica em dizer que a perspectiva de trabalho aqui abordada se constitui em um desafio. Por isso, acredito que a construção de um campo se faz nos pequenos movimentos, desestabilizando as relações previamente estabelecidas.

Partindo dessa compreensão, Feuerwarker (2014, p.67) aponta para o caráter micropolítico dos serviços de saúde, dizendo que o seu cotidiano está em permanente produção, na medida em que diferentes atores que “têm intencionalidades em suas ações, disputam o sentido geral do trabalho”.

Considero ainda, que a inserção da residência multiprofissional – ao não ter um “lugar” instituído no Cepre – encontra-se em posição que possibilita a problematização do funcionamento e a operacionalização de novas práticas. É deste lugar que procuro apontar a aproximação com a Saúde Coletiva e a metodologia Paideia.

Ao colocar em diálogo o projeto de intervenção dos residentes com a metodologia do Apoio, tenho por intuito pensar nos efeitos sobre o processo de trabalho em saúde que considero importantes para o Cepre.

Neste sentido, importa não dizer o quanto a proposta inicial esteve de acordo com o Apoio Matricial, mas retirar desta metodologia a inspiração para pensar em uma atuação desviante do funcionamento dado de antemão.

Quero tratar das condições de possibilidade para a construção de um campo em saúde mental em consonância com as pistas e princípios abordados anteriormente, com o propósito de não reproduzir o modelo instituído neste estabelecimento de saúde. Por isso, ao mesmo tempo em que penso em como compor com o serviço de maneira a produzir movimentos instituintes, coloco em questão quais são os requisitos de sustentação para essa prática.

Pretendo aqui dar visibilidade para aspectos do funcionamento de serviço que costumam ser colocados à margem das discussões assistenciais. Oliveira e Campos apontam que (2015, p.234), “política, gestão, clínica e promoção à saúde são elementos indissociáveis no concreto. A consideração interdependente destas

dimensões ressalta novo papel para trabalhadores e também usuários dos serviços.”.

Se estes elementos são inseparáveis, um é atravessado pelo outro em seu processo de produção. Ou seja, ao falar da clínica necessária, da construção dos espaços necessários, falo também do modelo de gestão que importa ativar no cotidiano do serviço, como também reafirmo a aposta política presente nestas ações.

Retomo Campos (2010) para chamar atenção para o desafio de partir do modelo atual do Cepre e pensar em:

modelos de gestão que combinem autonomia, necessária para a práxis, com controle sobre o trabalho, considerando-se o saber estruturado, valores políticos e direitos dos usuários. (...) [para a] construção de uma nova racionalidade gerencial, que valorize a autonomia dos trabalhadores e usuários, a discussão sobre clínica ampliada e sobre a busca da integralidade e de novas formas de cuidado no trabalho em saúde (p.5-6).

Neste sentido, acredito que a residência em saúde mental tem contribuído e pode ampliar suas possibilidades de atuação para contribuir ainda mais com a democracia institucional e práticas de cuidado que não se fixem à especialização.

Isto não significa negar as especificidades deste estabelecimento, que é referência para a população do município e região principalmente em atendimentos fonoaudiológicos. Ao colocar como central os usuários atendidos e chamando atenção para o saber produzido cotidianamente pelos trabalhadores (sua *práxis*), procuro, portanto, trazer alguns apontamentos para a institucionalização de novas práticas.

A presença da residência nas supervisões de estágio se mostrou potente no compartilhamento de saberes e ampliação das discussões de casos, favorecendo pacientes atendidos pelos estagiários(os) e residentes. Entretanto, a divisão do serviço por ambulatórios dificulta a presença da residência em todas as discussões. Por isso, é importante pensar em um modelo de participação que propicie a articulação resolutiva dos casos complexos e dê suporte no manejo clínico dos outros profissionais.

Portanto, considero importante a criação de novos dispositivos no serviço que não sirvam apenas à repetição do modelo ambulatorial; espaços que ampliem as possibilidades de articulação em saúde mental a outras demandas.

O plantão, conforme foi proposto no projeto de intervenção, a princípio parece um dispositivo interessante, pois pretende proporcionar a comunicação entre diferentes sujeitos. Entretanto, este espaço foi pouco utilizado ao longo do ano, sendo mais frequente a utilização por parte dos estagiários(os). Entre os fatores possíveis, destaca-se que, ao se fixar em um turno, dificulta a utilização por parte dos trabalhadores que prestam assistência ao usuário no momento. Estes possuem poucos horários flexíveis para a discussão de casos, usando os intervalos entre atendimentos para tal.

Soma-se a isso o fato de não estar “dado” no Cepre o que é uma demanda em saúde mental. Em algumas relações profissionais pude perceber que esta se apresenta como uma “demanda para psicólogo”, isto é, confunde-se o campo em saúde mental com o núcleo profissional da psicologia. E, por outro lado, o núcleo de outros profissionais, como da terapia ocupacional, acaba se diluindo, sem que se delimite sua atuação em saúde mental, ficando à mercê das diferentes demandas que aparecem no Cepre.

Isto aponta para a necessidade de se continuar a construção do campo da saúde mental no serviço, destacando-a como um campo de saberes e práticas que não se reduz a um núcleo profissional. E, mais do que isso, aponta para a importância de que se constitua espaços em que se possa compartilhar e discutir os processos de trabalho e a composição das equipes.

Destaca-se que a participação dos profissionais em saúde mental nos espaços coletivos tenha finalidade de suporte assistencial e também de formação (educação permanente). Assim, uma das finalidades das discussões em equipe seria possibilitar a expansão da atuação da saúde mental para dentro do Cepre, para além da discussão de Rede de Saúde Mental.

Todavia, não é simples instituir novos espaços coletivos. Se reconhece como limitação, novamente, a disponibilidade de participação dos diferentes atores do serviço devido à formalidade dos espaços instituídos.

Penso que, pela via do Apoio Matricial, pode-se pensar em uma atuação “itinerante” no Cepre sem tirar de vista os objetivos de atuação e a oferta de um suporte que não seja fragmentado. Para isso, além da participação nas supervisões em grupo dos ambulatórios com maiores demandas em saúde mental e de

ampliação da clínica, poderia se considerar uma participação flexível em diferentes ambulatorios, possibilitando a ampliação de discussões clínicas com suporte em saúde mental e compartilhamento de saberes por todos os profissionais.

Com esta participação, é possível auxiliar os trabalhadores em sua escuta clínica sem que o profissional da saúde mental esteja junto e também a pensar em estratégias de atendimento (individuais ou conjuntos) caso haja necessidade.

Outra proposta é a de expandir os grupos de fila espera para diferentes ambulatorios numa perspectiva interdisciplinar, com profissionais da saúde mental e de outras áreas. O objetivo é acolher e avaliar os pacientes; articular respostas de saúde mais eficientes e resolutivas, atentando-se para a gravidade, o risco e a vulnerabilidade dos pacientes e buscando evitar que usuários com demandas de saúde fiquem desassistidos. Além disso, visa ser uma proposta de aquecimento de rede, a partir do Cepre, em um cuidado que não se reduz ao exercício da prática especialista. É um espaço possível de dar visibilidade para diferentes demandas em saúde. Portanto, reafirma a importância de se considerar as práticas em saúde mental atravessadas pelo campo da saúde coletiva.

Essa proposta tem como imperativo a construção conjunta com profissionais e coordenadores do serviço e a sustentação por espaços cogestivos, em que os diferentes saberes sejam considerados e discutidos, favorecendo a articulação do cuidado “dentro e fora dos muros” do Cepre.

A partir de Campos et al (2014) acredito na possibilidade de inserir neste serviço

uma proposta que visa à coprodução de sujeitos e coletivos com capacidade de análise e intervenção na realidade, considerando que essa é uma das formas possíveis para a superação dos entraves à mudança nas instituições de saúde. Mudança esta que somente pode ser processada simultaneamente à constituição de novos processos de subjetivação, que se inscrevam numa lógica de coletividade, de alteridade, afirmando o outro como sujeito (p.932).

Desta maneira, ao falar da clínica juntamente com o modelo de gestão visados, acredito que estes podem contribuir para a instauração de movimentos instituintes que afirme o interesse pela produção de sujeitos mais autônomos em seu processo de trabalho, em sua capacidade criativa e afirme também a produção de saúde não somente dos usuários, mas também dos trabalhadores do serviço (o que,

novamente, devo destacar que inclui estagiárias(os), aprimorandas(os) e residentes).

Essa consideração não é banal nem contraditória, embora a diretriz institucional do Cepre já seja a de oferta de serviços de qualidade. Isso porque acredito que um ambiente em que os trabalhadores possam exercer controle sobre seu fazer, ter facilidade de se comunicar, discutir e articular o cuidado com demais atores, é fundamental na condição de possibilidade de produção de saúde.

Portanto, aponto para a necessidade de que se articule a residência multiprofissional e profissionais no Cepre para pensar em novos espaços que foquem na gestão dos processos de trabalho e na formação dos diferentes trabalhadores que compõem o serviço. Esta, portanto, é uma tarefa de esforço conjunto para a ampliação da clínica, que busca qualificar a atuação dos diferentes profissionais e das diferentes áreas.

Com isso, quero reafirmar o lugar do residente multiprofissional enquanto profissional que deve contribuir para a qualificação da assistência na rede de saúde, a partir de uma formação ampliada que não apenas reproduza os modelos tradicionais de trabalho.

Aponta-se aqui para a importância de incentivar que a formação do residente multiprofissional contemple, além de diferentes práticas assistenciais, também aspectos da gestão, considerando este um componente do processo formativo na área da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Para isso, deve-se valer de novos projetos construídos por residentes com apoio de supervisão, preceptoria e coordenação de residência, além do diálogo com profissionais e gerência do serviço, sem o qual se dificulta as possibilidades de ampliação de ações.

Isto aponta para o fato de que formação e gestão do trabalho precisam ser consideradas como questões tecnopolíticas, não apenas técnicas, pois envolve mudança nos processos, implicando na “ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.50).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao colocar em questão o estranhamento do Cepre como "um ponto solto" dos demais campos da residência em saúde mental, me disponho a dialogar com a diferença. Sem a pretensão de esgotar a questão, mas de disparar ideias e propostas, busco contribuir para a análise das práticas em saúde mental, das barreiras que são enfrentadas no cotidiano dos serviços e dos lugares possíveis para um profissional da saúde mental.

Sendo assim, aponto para as práticas instituídas para afirmar a necessidade de produzir tensão a partir de novas práticas de saúde e trazer para o serviço uma concepção de saúde e reorganização que supere alguns dos limites dos modelos tradicionais.

Compreende-se aqui que o enquadre ambulatorial por si só (reduzido aos procedimentos pré-estabelecidos) não é a forma mais resolutiva da residência multiprofissional atuar em um estabelecimento de saúde, haja vista a diversidade e complexidade dos casos que são atendidos e a necessidade de ampliarmos a compreensão sobre a produção de saúde.

Isto diz respeito à saúde mental que queremos produzir no estabelecimento de saúde (para pacientes e profissionais) e também ao processo de trabalho da equipe, ou seja, ao modelo de gestão e de clínica que considero importante para a organização dos processos de trabalho.

A aposta deste trabalho é de que os processos relacionados à clínica e à gestão em saúde não se dissociam. Deste modo, ao se intervir na organização de trabalho no estabelecimento de saúde, está se intervindo sobre ambas. Quero ressaltar que este modo de compreender a instauração de movimentos instituintes, como prática em saúde coletiva, também pode fazer parte da formação de um residente multiprofissional em saúde.

Afirma-se que o foco na melhoria na comunicação, a partir de um modelo cogestivo, entre trabalhadores da assistência (no caso, estagiárias(os), aprimorandas(os), residentes e outros profissionais vinculados ao serviço) e entre trabalhadores e coordenadores (os próprios docentes que coordenam os ambulatorios) é capaz de gerar maior qualidade nos serviços oferecidos pelo Cepre, com aumento do acesso, encaminhamentos mais resolutivos e ampliação da clínica.

Campos (2001, p.3) considera que

todo trabalho tem uma tripla finalidade e produz efeitos em três sentidos distintos: primeiro: objetiva e interfere com a produção de bens ou serviços para pessoas externas à organização – se trabalha para um outro em referencia às equipes de operadores -; segundo: procura sempre assegurar a reprodução ampliada da própria organização; e terceiro: termina interferindo na produção social e subjetiva dos próprios trabalhadores e dos usuários.

Por isso, considerando a dimensão que diz respeito aos usuários e aos trabalhadores do serviço, espera-se que as ações sobre a clínica e a gestão incidam no aumento da satisfação dos usuários atendidos e dos próprios trabalhadores, entendendo que esta satisfação também é um indicador importante na avaliação da qualidade de um estabelecimento de saúde.

Outro aspecto importante deste olhar sobre a organização de trabalho diz respeito à formação continuada dos profissionais e estagiários(os) do serviço. Se contribui para a formação em saúde quando se cria espaços de interlocução entre formações diferentes e que visem à produção do comum por meio da implicação coletiva na gestão do cuidado.

Mediante a discussão de casos, considerando aspectos clínicos e de fluxo entre serviços, da inserção de temáticas relevantes aos profissionais, do atravessamento de experiências e saberes, da abertura à discussão das dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho, os profissionais em formação tem a oportunidade de ampliar seu olhar sobre os processos de adoecimento para além de procedimentos compartimentados, colocando em discussão sujeitos complexos.

Neste sentido, a proposta da função apoio, em um modelo cogestivo, afirma também a dimensão produtora de subjetividades deste processo formativo, pautando-se na autonomia, solidariedade e sensibilidade ao saber do outro – com diferentes graus de autonomia, de governabilidade, no processo de trabalho – que nos atravessa no cotidiano das relações de trabalho em saúde.

Assim, relações ganham alta intensidade nos processos produtivos, sendo atravessadas por vetores de relações sigulares e intensamente intersubjetivas. Se pensarmos as organizações e os ambientes de produção do cuidado com esse foco, percebemos que os processos de trabalho não operam apenas em uma plataforma estruturalmente organizada, mas os sujeitos e seus fluxos de conexão funcionam em plataformas que se

superpõem às estruturas, expandindo em muito o instituído, organizado previamente para sua atuação. (FEUERWERKER, 2014, p.65-66)

Por fim, o olhar sobre as possibilidades de articulação do cuidado em saúde mental dentro do Cepre só foi possível com o engajamento no cotidiano deste trabalho, pelo desafio da construção de um campo a princípio nebuloso, sem muitas delimitações.

Reconhecendo meus limites nesta proposta de discussão, chamo a atenção para as possibilidades de mudanças que precisam ser buscadas e sustentadas pelos diferentes sujeitos. Busquei tratar, assim, de uma rede de saúde que funciona a partir de um processo de produção de ações de cuidado, de forma micropolítica. Desta maneira, se pode dizer que as práticas de cuidado em saúde não estão dadas, se tornando mais potentes na pactuação e constante avaliação de práticas no coletivo de trabalho.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

AZEVEDO, Bruno M. de Sousa. *A aposta no encontro para a produção de redes de produção de saúde*. 2016. 183 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Lílina da (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 52-75.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo em saúde mental. Presidência da República. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003 – 2006: saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Editor do Ministério da Saúde: Brasília, 2007. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf>

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Paidéia e Gestão: Um ensaio sobre o Apoio Paidéia no trabalho em saúde*. 2001-2003 (acesso em janeiro de 2017). Disponível em: <www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/cat_view/6-artigos>

_____. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, vol.15, n.5, ago. 2010.

_____. O Anti-Taylor: Sobre a injeção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, vol.14, n.4, p.863-870, 1998.

CAMPOS, G. W. S et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface*: Botucatu, vol.18, supl.1, p.983-995, 2014.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, vol.14, n.1, p.41-65.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. 1 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). *Gestão em Redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 459-473.

LUZIO, Cristina Amélia. Atenção Psicossocial e psiquiatria biológica: uma trajetória histórica. In: L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lucia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria (Org.). *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. cap. 17.

MOURA, Arthur Hyppolito de. *A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes*. São Paulo: Editora Hucitec. 2003.

NASCIMENTO, Maria Livia do; TEDESCO, Sílvia. Análise Institucional e cartografia: efeitos de contágio. In: L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lucia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria (Org.). *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. cap. 22.

OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.229-232, 2015.

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

PAULON, Simone Mainieri; PASCHE, Dário Frederico; RIGHI, Liane Beatriz. Função Apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface: Botucatu*, vol.18, supl.1, p.809-820, out. 2014.

SEVERO, Magda Kalliny de Sousa Severo; DIMENSTEIN, Magda. Ambulatório de saúde mental como analisador da política atenção psicossocial. In: L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lucia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria (Org.). *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. cap. 19.

ANEXO 1 – Projeto de Intervenção

PROJETO DE INTERVENÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E COLETIVA -
2016

Residentes: Pedro Henrique Pirovani Rodrigues e Daniela Christovam

Supervisora: Ellen Ricci

Coordenadora: Rosana Onocko-Campos

Proposta Geral

Serviço de saúde mental prestado por residentes de segundo ano (R2) de saúde mental e coletiva nos ambulatórios do CEPRE.

Impressões

A partir da participação em supervisões de estágios, grupos, discussões de caso e acolhimentos multiprofissionais nos meses de fevereiro e março, se observou que a clínica ofertada pela residência de saúde mental e coletiva pode auxiliar na construção de ações que complementem as oferecidas pelo CEPRE.

Percebe-se o desafio e a necessidade de avaliar os casos ampliando-se o olhar sobre as queixas e sintomas dos pacientes do serviço, e de planejar e executar ações em saúde por diferentes atores (estagiárias(os), aprimorandas, docentes, residentes e outros profissionais da rede de saúde da região) que visem um fluxo eficiente e resolutivo pela rede de saúde e, sobretudo, sem perder a capacidade de atender integralmente o sujeito.

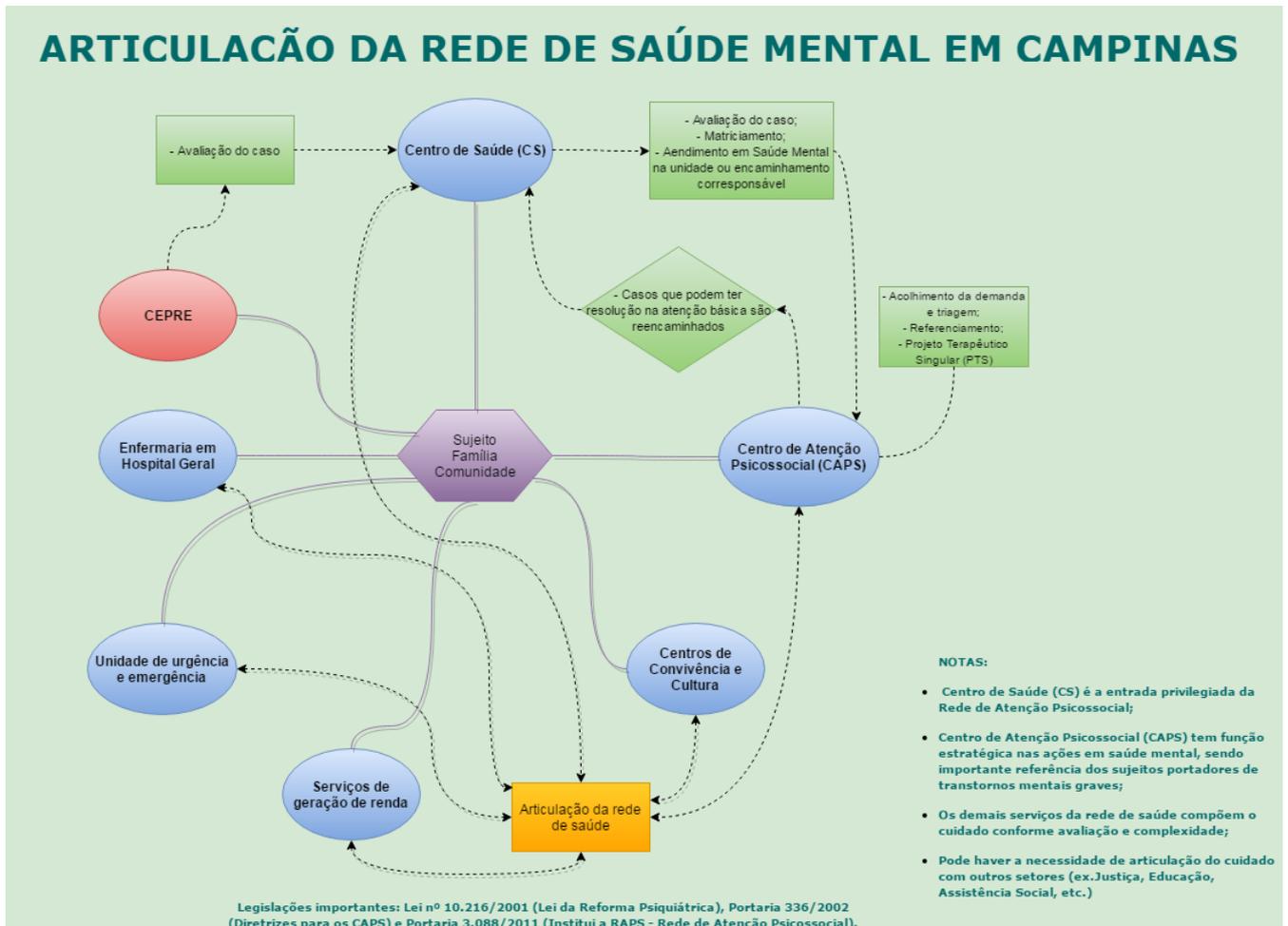
Objetivos gerais

- Construção de um campo de atuação que viabilize no processo de trabalho da equipe discussão e reflexão sobre demandas de saúde mental incorporadas às práticas clínicas do serviço;
- Transversalizar saberes e práticas em saúde de modo a possibilitar a ampliação da clínica ofertada, favorecendo a construção e manejo dos casos de maneira singular;
- Facilitar o acesso dos usuários aos serviços da rede de saúde de Campinas, conforme a demanda;
- Dar suporte em saúde mental ofertando recursos individuais e coletivos ao serviço que possam compor de maneira interdisciplinar e conjunta as ofertas do CEPRE, a partir de avaliação que indique a necessidade;

Possibilidades de intervenção

- 1) Dar suporte nas supervisões de estágios no que tange aos conhecimentos da clínica em saúde mental e coletiva;
- 2) Realizar avaliações em Saúde Mental;
- 3) Prestar atendimento multiprofissional em Saúde Mental, em conjunto ou paralelamente aos atendimentos oferecidos pelos estágios e aprimoramentos, conforme avaliação junto a professores(as), aprimorandas(os), estagiárias(os) e usuários(as) do CEPRE;
- 4) Auxiliar na articulação da rede de saúde de Campinas e, possibilitar a circulação de conhecimento sobre a rede, territórios de saúde, fluxos e funcionamentos de serviços;
- 5) Participar de acolhimentos com aprimorandas.
- 6) Estar disponível ao suporte transversal no CEPRE, seja em horários definidos para plantão ou participando de maneira itinerante nas supervisões, atendimentos individuais e grupais, de acordo com a avaliação de necessidade.
- 7) Discussão conjunta de casos complexos, reunindo professores(as), aprimorandas(os), estagiárias(os) dos diferentes ambulatórios.

ANEXO 2 – Fluxograma da Rede de Saúde Mental



Elaborado por Pedro H. P. Rodrigues e Daniela Christovam