

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E COLETIVA

Trabalho em equipes de referência: diálogo entre literatura e experiência em uma enfermaria de psiquiatria de hospital geral

Tatiane Mazal Nasser

Campinas
2022

TATIANE MAZAL NASSER

Trabalho em equipes de referência: diálogo entre literatura e experiência em uma enfermaria de psiquiatria de hospital geral

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como requisito parcial exigido para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental e Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Rosana Teresa Onocko Campos

Campinas
2022

Resumo:

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência do processo de reorganização do trabalho em equipes de referência na enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP, a partir do diálogo com a literatura sobre arranjos de referência, guia narrativo para basear a vivência. Abordará seus desafios, relacionados à instabilidade do modelo; à participação da equipe de enfermagem e dos profissionais em treinamento; à ausência da figura do apoiador; e ao próprio processo de mudança; e potencialidades, relacionadas à ampliação da clínica; a construção do caso clínico e do projeto terapêutico da internação; e a maior integração entre a própria equipe do serviço e com os demais equipamentos da rede. Discutirá possibilidades para a superação da questão da transitoriedade e sua relevância para a execução de um trabalho centralizado no usuário e em consonância aos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: equipes de referência; hospital geral; clínica ampliada.

Sumário:

| | |
|--|----|
| Introdução: | 5 |
| Metodologia: | 7 |
| Caracterização do campo: | 8 |
| Mini-equipes de referência:..... | 10 |
| Potências – fundamentação teórica e observações da experiência:..... | 14 |
| Desafios na transformação – da literatura à prática: | 24 |
| Considerações finais: | 35 |
| Referências bibliográficas:..... | 36 |

Introdução:

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta por diversos serviços e equipamentos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (CECO), os leitos de atenção integral – nos CAPS-III ou em Hospitais Gerais –, entre outros. Ainda que compoam a rede, os leitos em Hospitais Gerais e, principalmente, dos Hospitais Universitários, muitas vezes, funcionam à parte dela.

Segundo Costa e Marçal (2018), verifica-se, na Saúde Mental, a preponderância de uma lógica de cuidado que centraliza a atenção à crise ao hospital; os autores identificam também a necessidade de superação dos modos de pensar e agir do modelo asilar nas enfermarias psiquiátricas localizadas em hospitais gerias. Reafirmam o CAPS como estratégia de cuidado nas situações de crise e os leitos de Saúde Mental como ponto de atenção para usuários que necessitem de sua tecnologia.

Nessa linha, Dias et al. discutem a questão da crise e da urgência na saúde mental:

"A crise em saúde mental corresponde a casos psiquiátricos considerados agudos, com referência na intensidade, frequência e gravidade de sintomas em uma correspondência histórica entre gravidade, periculosidade e internação psiquiátrica. Esta perspectiva é hegemônica ainda no meio biomédico. Neste sentido, o caráter agudo, a noção de risco, necessidade de intervenção imediata e gravidade definem o espaço institucional de cuidado. A maior parte dos quadros entendidos hoje como crise eram classificados como referência médica, como urgência ou emergências psiquiátricas. Entretanto, há divergências entre estes termos. Atualmente, predomina o referencial de que nem toda crise é uma urgência ou emergência psiquiátrica e não pode ser manejada de forma acrítica com as mesmas tecnologias de cuidado." (DIAS et al., 2020, p. 596).

O presente trabalho se propõe a discorrer sobre um período de mudança do processo de trabalho na enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP, que se reorganizou a partir de equipes de referência. A ampliação da clínica, a construção do caso clínico, a maior articulação entre a equipe e com os demais serviços da rede e a alteração de perspectiva relacionada à crise em saúde mental foram metas que impulsionaram a experimentação do modelo.

Sobre a ampliação da clínica, dialoga com a definição proposta por Campos (1997)

"Campos (1997) propôs utilizar o conceito de clínica ampliada para designar uma clínica que resgata as dimensões subjetiva e social dos pacientes: uma clínica do sujeito. Sujeito humano que sempre será biológico, subjetivo e social. Uma clínica que se preocupe com a produção de saúde e a defesa da vida e não simplesmente com a produção de procedimentos. Uma clínica que

avaliar os riscos não só biológicos de morrer ou adoecer, mas também os riscos subjetivos e sociais de cada sujeito.” (ONOCKO CAMPOS, 2014, p. 67)

No que diz respeito a construção do caso clínico, parte da ideia de Viganò (1999), que defende que se faça de forma coletiva e a partir do trabalho subjetivo do usuário, e não dos saberes prévios da equipe (o que não implica abandonar tais conhecimentos, mas submetê-los ao crivo dos pacientes). O caráter coletivo da construção implica a heterogeneidade e o compartilhamento como importante desafio: um modo de trabalhar em que se possa distinguir sem separar, mantendo-se horizontal, de forma que a diferença não produza apenas hierarquia. A heterogeneidade deve estar à serviço do cuidado, dando suporte para que o sujeito possa construir e contar sua história.

Parte-se também do princípio de que clínica e institucional são dimensões indissociáveis e que, portanto, não há forma de fazer clínica que não implique na organização do trabalho, bem como não há organização do trabalho que não implique nas subjetividades dos sujeitos ali presentes. Apostou-se que o modelo de trabalho baseado em equipes de referência poderia contribuir com uma organização do serviço adaptada às necessidades subjetivas dos usuários, sendo um campo de intersecção entre clínica e gestão (MIRANDA, 2009).

Tal modelo, no entanto, não adquiriu caráter permanente, restringindo-se ao período das residentes multiprofissionais em campo, e, portanto, propõe-se sua continuidade. Campos (1999) discute o desafio desses espaços de caráter transitório que, geralmente, não chegam a transformar a lógica fundamental de funcionamento das instituições, mas aspectos pontuais. Segundo o autor, o espaço institucional e as relações de trabalho produzem subjetividade e, nesse cenário, seguem produzindo subjetividade segundo a ordem dominante.

Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência desse processo de reorganização do trabalho a partir do diálogo com a literatura. Abordará seus desafios e potencialidades, e a relevância da ampliação da clínica, da construção do caso clínico e da maior integração interna e externa do serviço – isto é, entre a própria equipe e com os demais equipamentos da rede. Discutirá possibilidades para a superação da questão da transitoriedade, na expectativa de que a instituição possa produzir subjetividades desviantes da lógica dominante e, então, caminhar mais próxima aos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica.

Metodologia:

O presente trabalho configura-se enquanto estudo narrativo-descritivo de natureza qualitativa em formato de relato de experiência e utiliza-se da bibliografia como guia narrativo para basear a experiência.

Minayo (2012) sustenta que a análise do material qualitativo se dá a partir dos verbos "compreender", "interpretar" e "dialetizar" e dos substantivos "experiência", "vivência", "senso comum" e "ação social". Entrelaça a dimensão do singular e coletivo, analisando vivências subjetivas contextualizadas em determinado tempo e espaço, calcadas na cultura com suas crenças, valores, estruturas de poder, modos de agir e de se relacionar, ou seja, compreende a produção do conhecimento como processo múltiplo que engloba a cultura.

Também Daltro e Faria (2019) consideram que o relato de experiência se encontra no entrecruzamento de processos coletivos e singulares. No que tange ao singular, poderá ser conhecido como um resultado *après-coup*, um trabalho de concatenação e memória, elaboração do acontecido em determinado momento a partir do olhar do pesquisador que é, invariavelmente, sujeito no mundo. "O tempo do relato marca sua dicção, está trançado às condições afetivas, ideologias, e a aspectos intersubjetivos com as suas significações histórico-sociais. Dessa forma, rompe e não coaduna com um ponto de vista de verdades imutáveis, únicas ou 'descorporificadas'." (p. 227). Prescinde de conclusões totalizantes.

Bondía (2002) situa como componente fundamental da experiência sua capacidade de formação e transformação, caracterizando-a enquanto aquilo que nos acontece, e resgatando a dimensão de travessia e perigo contidas na origem da palavra. Afirmar que só é possível captá-la a partir de uma lógica da paixão. Define, assim, o sujeito da experiência como sujeito passional, o que não exclui sua capacidade de conhecimento, compromisso ou ação: "A experiência funda também uma ordem epistemológica e uma ordem ética. O sujeito passional tem também sua própria força, e essa força se expressa produtivamente em forma de saber e em forma de práxis." (p. 26).

Assim, a partir de um relato de experiência enquanto residente na enfermagem psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Unicamp e do diálogo com a literatura, este estudo pretende analisar os impactos da implementação de equipes de referência no cuidado ao usuário do serviço, bem como na equipe profissional. Delimita-se o período da experiência em campo de março de 2022 a fevereiro de 2023, embora o presente estudo esteja limitado à dezembro de 2022.

Caracterização do campo:

O Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), localizado dentro do campus, é um hospital escola que presta assistência em saúde pública de média e principalmente alta complexidade. Por se tratar de um hospital universitário possui também obrigações acadêmicas de ensino, pesquisa e extensão e há intensa circulação de alunos, residentes e pós-graduandos da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP.

A totalidade dos serviços prestados se dá via Sistema Único de Saúde (SUS) e atende a região de Campinas e macrorregião, embora cidadãos de vários Estados sejam também acolhidos no HC. O atual orçamento é constituído por recursos da Universidade, majoritariamente, e verbas do Ministério da Saúde (MS) através do repasse SUS. Para além da Unidade de Referência de Urgência e Emergência (UER), dispõe de diversas enfermarias e ambulatórios de especialidades. Dentre elas, a Enfermaria de Psiquiatria, onde foi realizado o campo de estágio, no período de março de 2022 a fevereiro de 2023.

Dispõe de 14 vagas mistas, distribuídas em cinco quartos com dois leitos e um quarto com quatro leitos. O fluxo comum se dá via UER ou por meio do ambulatório de psiquiatria, que ocorre às terças-feiras à tarde, atendendo usuários que já estiveram internados na enfermaria e continuam o acompanhamento médico de forma ambulatorial. Sendo assim, as vagas não se vinculam à Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), e não se restringem à região de Campinas.

Trata-se de uma internação para cuidado de crises psiquiátricas agudas, contando com a equipe de enfermagem, os professores chefes, 8 residentes de psiquiatria da FCM no primeiro ano de formação, 2 residentes da Saúde Mental no segundo ano de formação e treinandos em psicoterapia de apoio, abordagem familiar, arte-terapia e avaliação psicológica. O Treinamento em Serviço se dá de forma não remunerada e possui como pré-requisito graduação em Psicologia ou, no caso da arteterapia, em algum curso da área das artes. Este programa estava parado em decorrência da pandemia de COVID-19 e voltou ao funcionamento em 2022.

Diariamente, no período da manhã, ocorre uma reunião na enfermaria, da qual participam o enfermeiro chefe do plantão, residentes, treinandos e professores-chefes. Não participa a equipe técnica. São destinadas à discussão e decisão de condutas dos usuários em leito, principalmente no que se refere à definição da hipótese diagnóstica, à alteração de medicação, à decisão de alta, às intercorrências e à apresentação de casos novos. Recentemente, foi instaurado que às terças-feiras, o horário da reunião seria

destinado à discussão clínica de um único caso eleito pela equipe. Nesta reunião, apresenta-se a história clínica e as realizações no período de internação, de forma que os próximos passos sejam definidos.

Este foi um importante avanço no que diz respeito à ampliação da clínica na enfermaria: construir um espaço em que possa haver debates que extrapolem às questões médico-centradas, ainda que estas sigam sendo predominantes. A consequência direta dessa mudança, além de qualificar as leituras dos casos, é a necessidade de escuta também por parte dos residentes médicos, não apenas do sintoma que se apresenta, mas da história e contexto do sujeito e, assim, aos poucos, a compreensão de que esta é uma importante dimensão da crise.

Mini-equipes de referência:

Diante do cenário mencionado, a ideia de organizar os profissionais em "mini-equipes" de referência na enfermagem de psiquiatria do HC surgiu a partir de três principais disparadores, com o objetivo de melhorar a comunicação e o cuidado, e qualificar as discussões dos casos.

Primeiramente, a falha na comunicação. A cada admissão, montava-se equipe contendo residente médico, multiprofissional e treinandos das diferentes áreas, de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Este arranjo frequentemente gerava falta de comunicação entre os profissionais atuantes no caso, que diversas vezes não se conheciam entre si ou não sabiam quem compunha a equipe de cuidado.

Como consequência, observou-se a fragmentação e, muitas vezes, a desresponsabilização do cuidado por parte dos profissionais, que tinham seus trabalhos dificultados por não disporem de necessárias informações. Assim, para além do comprometimento do aprendizado dos profissionais em formação, a qualidade do cuidado estava comprometida.

A desorganização do processo de trabalho, a fragmentação do cuidado e a falha na comunicação, levaram à ideia de organizar as mini-equipes de referência que, a partir de reuniões semanais, permitiram a comunicação entre as partes e um trabalho mais integrado, afetando positivamente a qualidade do cuidado.

O segundo ponto se relaciona aos discursos que pretendem objetivar a loucura. Por diversas vezes, as discussões realizadas nas reuniões gerais acabavam por reduzir o sujeito ao diagnóstico e aos sintomas, de forma que o tratamento possível fosse apenas o medicamentoso. As mini-equipes, por sua vez, possibilitaram a discussão do caso em suas múltiplas dimensões, resgatando a singularidade e a subjetividade dos usuários, e trazendo à cena a dimensão do inconsciente, tão recalcada nos ambientes hospitalares.

O último ponto surdi a partir de uma aula sobre internações psiquiátricas em Hospitais Gerais, ofertada pelo programa de residência no momento inicial da experiência em campo. Discutiu-se sobre a rigidez da instituição hospitalar, sobre regras que de forma geral relacionavam-se à manutenção do funcionamento institucional, e não aos casos. Assim, a produção de saúde mental no hospital exige grande força contra o instituído.

Concluiu-se que só é possível fazer atenção psicossocial no Hospital Geral se houver uma equipe que conheça seus princípios – território, centralidade no usuário e contexto de vida e subjetivo. Uma mudança de paradigmas da clínica centrada no

diagnóstico à clínica contextual, centrada no sujeito, se faz necessária para a redução do poder médico enquanto saber que dita as condutas.

Inferiu-se que um bom trabalho na rígida estrutura do Hospital Geral seria “puxar ao menos um para o lado da atenção psicossocial”. A possibilidade de despertar o interesse de algum trabalhador em formação à clínica ampliada dependia também da oportunidade que dispunham de participar de discussões mais ampliadas, pouco realizadas na enfermaria. As mini-equipes abririam à porta à quem quisesse entrar.

Diante de tais disparadores, entendeu-se que a implementação das mesmas poderia representar importante mudança no processo de trabalho da enfermaria para os profissionais e, principalmente, para os usuários. A proposta foi feita em reunião e, após ressalvas, acatada como experimentação, desde que nós, residentes multiprofissionais, nos responsabilizássemos pela organização, implementação e coordenação das mesmas.

Foram divididas quatro equipes, de acordo com as disponibilidades de horário dos profissionais, cada uma responsável, em média, por quatro usuários inseridos. Formavam a equipe dois residentes médicos, um profissional de cada treinamento – abordagem familiar, psicoterapia, arteterapia e avaliação psicológica –, e uma de nós da residência multiprofissional, responsáveis também pela gestão das mesmas.

Entre os residentes médicos, havia um fluxo próprio de divisão dos usuários, e o mesmo foi utilizado nas equipes. Ou seja, os médicos A e B estavam na equipe 1 e, portanto, os usuários pelos quais eram responsáveis, tornavam-se de responsabilidade de toda equipe que, portanto, já estava organizada no momento da inserção. Foi eliminada a etapa burocrática de montar uma diferente equipe a cada caso, mantendo o usuário por um período apenas com a referência médica.

Diferentemente do modelo anterior, no qual, por vezes, os profissionais não se conheciam, foi atingida melhor comunicação entre os profissionais, que além de reunirem-se semanalmente, dispunham de um grupo no WhatsApp para que pudessem dialogar ao longo da semana. Foram selados pactos de sigilo sobre o espaço para que as informações dos usuários ficassem resguardadas. Ao final das reuniões, produzia-se a ata do que foi discutido.

Os encontros possuíam como principal objetivo a elaboração de um “projeto terapêutico de internação” (PTI) e a divisão de tarefa para sua execução. Diferentemente do projeto terapêutico singular (PTS), realizado pelos equipamentos substitutivos, geralmente longitudinal e de longo prazo, o PTI visa elencar prioridades a serem

efetuadas no período da internação, garantindo a articulação com um serviço no território que, por sua vez, deve responsabilizar-se pelo projeto de longo prazo.

Sendo assim, a elaboração do PTI deve considerar a alta não enquanto fim, mas transição do cuidado, e se dar a partir de três eixos condutores: o caso clínico, a rede de apoio e a rede de serviços – construção herdada da residente multiprofissional que estava no campo no ano anterior (ROCHA, 2021). Afinal, se é possível algum trabalho de “recuperação do sintoma” durante a internação, é necessário que esse estado possa se manter após a alta, sendo, portanto, período de um tratamento que requer continuidade em âmbito territorial.

Em relação ao caso clínico, parte-se da proposta de Viganó (1999) de que sua construção deve ser para além da psicopatologia que, apesar de necessária, é insuficiente para a compreensão do sujeito. Deve-se, portanto, ser construído a partir da escuta, do particular do sujeito na crise. Dar voz ao usuário, colocá-lo em trabalho é, por si só, terapêutico por possibilitar a elaboração. É a partir do saber do sujeito que o profissional pode realizar hipóteses e pensar a direção do tratamento.

Quanto à rede de apoio, é fundamental incluí-la no cuidado, considerar seu discurso na compreensão da crise e do caso clínico, entender a localização do sujeito nessa rede, que não necessariamente é familiar. Afinal, é para onde o sujeito vai após a alta, e tais relações muitas vezes são parte do processo de adoecimento.

Assim, é preciso pensar os recursos e possibilidades do usuário com sua rede; fazer orientações, dar explicações quanto à internação e ao tratamento; ajudá-los a perceber o lugar que o usuário ocupa nessa rede e, quando necessário, produzir deslocamentos; abrir espaço para questionamentos. Também é preciso acolher o sofrimento dessa rede.

No que diz respeito a rede de serviços, é importante mapear se o usuário já era acompanhado em outros equipamentos, envolvendo-os na discussão e na construção do caso, para que a internação não seja um período de ruptura dos cuidados em rede, mas de fortalecimento de vínculo, garantindo a continuidade do cuidado. Manter o diálogo e garantir a transmissão daquilo que foi construído é fundamental.

No caso dos usuários que não são acompanhados por outros equipamentos, torna-se necessário, desde o início da internação, mapear a rede de serviços do território e iniciar as articulações, que devem ser cuidadosamente costuradas. Isto é diferente de orientar o usuário a procurar o serviço e entregar um relatório de encaminhamento.

Buscava-se, dessa forma, alterar a compreensão quanto ao objetivo das internações: para além da remissão da crise aguda, produzir pequenos desvios, deslocamentos na posição do sujeito, da rede de apoio, e/ou da rede de serviços. Instaurar a noção de internação como momento de transição de cuidados, no lugar da ideia de que esta teria fim em si mesma.

Também se buscava alterar o que se entendia por crise. As disputas de sentidos teóricos e práticos em relação à noção de crise desdobram em diferentes abordagens às situações de urgência em saúde mental (DIAS et al., 2020). Do lado hegemônico, biomédico, a noção de perda da homeostase, cuja intervenção, além de imediatista, seria a retomada do equilíbrio a partir de fármacos, contenção e retirada do sujeito de seu meio e convívio social. Constitui-se, portanto, enquanto aparato de normalização e isolamento.

Na contramão, a concepção de crise nos moldes da atenção psicossocial considera situações de risco e vulnerabilidade como determinantes para o adoecimento, utilizando "referenciais norteados pela inclusão, vínculo, conhecimento da história e contexto, valorização dos aspectos subjetivos e respeito à temporalidade da crise, priorizando a singularidade das intervenções a partir de cada caso" (DIAS et al., 2020, p. 596). Concebe a crise como um momento oportuno de tratamento e novas construções. A partir das mini-equipes, almejava-se, aos poucos, passar da noção biomédica de crise à noção da atenção psicossocial.

Os PTIs eram repensados semanalmente em reunião, em que também se compartilhava o que estava sendo realizado por cada referência, complexificando as leituras dos casos. Incluí-se nas discussões o contexto subjetivo, familiar, de trabalho, entre outros, além de trazer à tona a dimensão inconsciente, extrapolando explicações de ordem moral e questionando condutas objetificantes. Lentamente, resgatava-se o Sujeito.

Potências – fundamentação teórica e observações da experiência:

"A organização real de uma instituição ou o modo de produção de serviços de saúde não são obra do acaso, ao contrário, refletem interesses, diretrizes e valores dominantes em uma certa época e em um dado contexto, concorrendo para que cada modo específico de organizar a vida sirva à concretização de determinados objetivos e não de outros. A lógica de organização do governo e dos processos de trabalho não são nunca inócuas, portanto." (CAMPOS, 1999, p. 395)

Campos (1999) pontua que a subjetividade e a cultura das instituições são passíveis de mudança por meio da ação humana. Propõe a criação de arranjos que resultam em tais mudanças, escapando do corporativismo e da alienação do trabalhador. Arranjos esses que estimulariam o compromisso das equipes com a produção de saúde, quebrariam barreiras institucionais à comunicação e permitiriam a realização pessoal e profissional.

Dessa forma, propõe a reordenação baseada nos conceitos de equipes de referência e apoio matricial. A articulação das noções de vínculo terapêutico, gestão colegiada e transdisciplinaridade, permitiriam a superação de importantes aspectos do modelo médico hegemônico, propiciando a produção de novos padrões de relação entre equipe e usuários.

Sugere, para tanto, a adoção de um sistema de referência entre profissionais e usuários, a partir de equipes básicas, de composição multiprofissional, organizadas segundo o objetivo da unidade, suas características e disponibilidade de recursos. Isso possibilitaria a potencialização do vínculo e o melhor acompanhamento pelos profissionais dos processos de cada usuário.

O vínculo ligaria as pessoas numa relação de corresponsabilização, operando como motor da construção de ações não alienadas e evitando o trabalho na "lógica do encaminhamento". Para Campos (1999), para além de gerenciar os casos no que diz respeito aos deslocamentos dos usuários entre os serviços, e da fiscalização do tratamento, o principal papel dos profissionais de referência seria a elaboração e aplicação do projeto terapêutico singular.

Também Onocko Campos (2014) defende a equipe de referência enquanto dispositivo que, baseado no vínculo, resgata a singularidade das pessoas e das relações, e propicia a ampliação da clínica, a maior participação dos usuários de seus processos de cuidado e respostas não estereotipadas dos profissionais às demandas dos usuários.

“A organização dos serviços de saúde com base em equipes de referência tem o mérito de revelar estas contradições e conflitos, que o modelo tradicional tende a ocultar e a diluir. (...) Neste sentido, as equipes de referência são apenas mais um *setting* bastante interessante para se operar com esta reconstrução dos sujeitos trabalhadores de saúde. Neste espaço podem ser elaborados planos estratégicos, pode se cuidar de analisar e de tratar as relações institucionais, pode se aprender clínica, saúde pública e relações humanas e, sobretudo, se pode trabalhar de forma mais produtiva e agradável.” (CAMPOS, 1999, p. 402)

Assim, nota-se que a reorganização do trabalho em saúde com base em equipes de referência apresenta benefícios descritos na literatura e observados na experiência em campo. Miranda (2009) propõe que as equipes de referência sejam entendidas como um campo, um espaço dinâmico de contínua interação, impedindo-lhe de admitir uma conformação rígida.

Obviamente, não se trata de mudanças que ocorrem rapidamente: “tratar-se-ia de instituir-se processos facilitadores para a formação de uma outra subjetividade profissional, centrada na abertura para o diálogo e na capacidade de assumir compromissos com a saúde dos usuários.” (CAMPOS, 1999, p. 400). O autor aposta que essa mudança, comprometida com valores estritamente distintos dos dominantes no modelo médico tradicional, acarreta significativas repercussões assistenciais e éticas.

Na contramão do modelo tradicional, em que predomina a ideia de que a somatória de procedimentos realizados separadamente por cada profissional garantiria a qualidade do todo, um dos importantes movimentos promovidos pelo trabalho em equipe de referência, é operar como facilitador de trocas de opiniões e incitar a articulação dos profissionais para a elaboração dos projetos terapêuticos.

A falta de integralidade do cuidado gera falta de responsabilidade sobre o processo saúde-doença, além de solidão nas intervenções e tomadas de decisão (CAMPOS, 1999). Como forma de garantir tal princípio do SUS, o trabalho de referência organiza-se em torno da preocupação de acompanhar a história dos sujeitos de forma não fragmentada. Também, a equipe é chamada a compartilhar as decisões e as dificuldades, reduzindo a solidão da clínica e o sofrimento próprio dos trabalhadores da Saúde Mental, que *suportam a miséria do mundo*, como disse Lacan (MIRANDA, 2009).

No cotidiano da enfermagem, após a implementação das mini-equipes, foi possível observar a maior coesão e comunicação da equipe, que passou a discutir os casos e elaborar conjuntamente os projetos terapêuticos. Com isso, as decisões tornaram-se menos solitárias, e o cuidado, mais integrado.

A literatura também descreve mudanças importantes no que tange ao modelo médico hegemônico. Nessa linha, Campos (1999) discorre sobre a problemática da redução dos projetos terapêuticos à dimensão médica, com acentuado foco no biológico e individual, que equivale terapêutico ao uso de medicação. As equipes de referência evidenciam as complexidades dos casos e as limitações dos saberes e práticas dominantes.

Afirma o autor que o esforço contínuo da medicina em objetivar a doença, separando-a do sujeito, configura-se enquanto interdição à valorização do vínculo terapêutico – o que degrada a prática clínica e sanitária. Moretto (2019a) recorre a Clavreul, "A ordem médica" (1983), ao precisar que o discurso do médico é o representante do discurso da ciência, que prioriza a exclusão da subjetividade daquele que o expressa e daquele que o escuta.

Nesse sentido, Lacan dirá que não existe a relação médico-doente, afinal o paciente se apaga diante da doença e a pessoa do médico também se apaga diante das exigências de seu saber. Moretto (2019a), dialogando com este aforismo lacaniano, propõe que o que se pretende no discurso médico é a relação *instituição médica-doença*, afirmando, porém, que o que ocorre na prática é a relação *instituição médica-doente*, já que a subjetividade do doente acaba por aparecer.

O discurso médico, portanto, sustenta-se pela objetividade e cientificidade, que é seu imperativo metodológico, trazendo consequências na prática da clínica médica: "despossei o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua posição subjetiva" (MORETTO, 2019a, p. 63). No entanto, na concretude da relação médico-paciente, tais posições subjetivas excluídas na teoria, retornam na prática, causando certa interferência na clínica, também não considerada e, portanto, não tratada.

Testemunha-se, então, o retorno do recalcado: a subjetividade excluída irrompe na prática clínica evidenciando o fracasso da pretendida exclusão. Numa leitura psicanalítica do discurso médico, a autora sugere que a destituição do próprio médico de sua subjetividade aponta para um discurso resistencial que, então, fracassa na clínica, onde as respostas transferenciais ocorrem constantemente.

O paciente, por sua vez, ao sujeitar-se ao discurso médico, perde seu referencial e identifica-se com a própria doença. "A consequência desta dessubjetivação nos interessa, na medida em que a Psicanálise se propõe a restituir ao sujeito o seu lugar, aquele que a Ciência escamoteia" (p. 64), e segue: "o discurso médico tem por vocação reduzir as desordens da subjetividade e finalmente integrá-las em sua ordem. Mas como temos

observado, isso fracassa, e é desse fracasso inevitável que se abre espaço para a Psicanálise nas instituições de saúde" (p. 66).

Moretto (2019a), portanto, sustentou o argumento de que a entrada da psicanálise nas instituições de saúde se dá a partir do fracasso do discurso médico em sua pretensão de anular a subjetividade, na medida em que este discurso produz fenômenos que não consegue tratar. No presente trabalho, compreende-se ser possível estender a leitura da autora de “psicanálise” à “atenção psicossocial”, à “clínica ampliada”.

Dessa forma, como mencionado, o trabalho em equipes de referência possibilitou desinflar o discurso que pretende objetivar a loucura, através de discussões que consideram o sujeito em suas múltiplas dimensões, resgatando a singularidade e a subjetividade dos usuários, e devolvendo à cena a dimensão do inconsciente. Espalhava-se os princípios da atenção psicossocial – território, centralidade no usuário e contexto de vida e subjetivo –, abrindo espaços às discussões para além do diagnóstico ou sintomas.

Moretto (2019b, p. 93) sustenta que "nenhum psicanalista é o mesmo depois de trabalhar numa instituição de saúde e talvez, nenhuma equipe de saúde seja a mesma depois de trabalhar com um psicanalista". Os efeitos de mudança se dão na medida em que as equipes "passam a funcionar contando com as vantagens da singularidade em cena, mesmo sabendo que isso não se faz sem dificuldades" (p. 93). Espera-se que após o final da experiência em campo, tais princípios se propaguem na equipe da enfermaria.

A literatura também aponta para benefícios das equipes de referência no trabalho com a psicose. Miranda (2009) defende que este é um arranjo necessário à qualificação da assistência aos casos graves. Sustenta seu argumento a partir de elementos da teoria psicanalítica relacionados ao tipo de transferência que ocorre na psicose e ao efeito de diluição do saber. Um trabalho feito por vários – profissionais e discursos – pode evitar a transferência maciça e a persecutoriedade/erotomania.

Por outro lado, ao se pensar a psicose como desagregação, a figura da referência pode ser identificada enquanto ponto mínimo – e não único – de amarra para o tratamento: “percebendo a Saúde Mental como um campo móvel, volátil, entendemos que o trabalho de referência deve permanecer oscilando entre a centralização, um ponto de referência, e algo diluído, que evita a transferência maciça” (MIRANDA, 2009, p. 95).

É a orientação clínica que indica a posição mais centrada ou diluída na transferência: na esquizofrenia, por exemplo, mais fragmentada, é interessante que alguém ocupe a figura central. Já na paranoia, mais estruturada, não. Assim, segundo a autora, a função de referência se modela a partir do que cada caso necessita. De qualquer

forma, ainda que alguém ocupe um lugar mais centralizado, as discussões e decisões são tomadas em equipe.

“(…) se alguma centralização das relações com o usuário se faz necessária ao trabalho com a psicose, também é primordial que esta assistência tenha vias diversificadas de arejamentos, trocas e alargamentos dos contatos intersubjetivos. Ainda que encarnado num profissional específico, o trabalho de referência requer uma sustentação coletiva, cujas fronteiras devem ser constantemente alargadas” (MIRANDA, 2019, p. 122).

A autora alerta para o perigo do excesso de responsabilização do profissional de referência, o que pode levá-lo a tentativas de controle, como nos modos de assistência próximos ao modelo manicomial. A discussão em equipe caracteriza-se enquanto alternativa de enfrentamento a essa situação.

Como mencionado, o compartilhamento em equipes de referência permite que a transferência seja diluída e, com isso, os usuários podem viver suas questões por meio de outras relações importantes, sendo o profissional descentrado pelo usuário. Essa diluição deve contribuir também para redução dos riscos de controle onipotente (MIRANDA, 2009).

Na enfermaria, os residentes médicos configuram-se enquanto “referências naturais” dos casos, constantemente chamados a responder pelos usuários. Silva (2007) afirma que tal naturalização, relaciona-se ao fato de que, historicamente, a instituição e o saber médico possuem o mandato social do controle do louco. As mini-equipes contribuem para a diluição da posição de concentração do saber, para descentralização do profissional e, assim, para a diminuição dos riscos de controle.

Além disso, Miranda (2009) argumenta que a articulação das equipes de referência contribui para que os médicos ocupem lugares diferentes daqueles da psiquiatria manicomial no tratamento dos usuários, ainda que não proteja os profissionais de outras formas de concentração de poder. Assim, tal arranjo também possibilita que o saber médico passe a compor o leque da interdisciplinaridade, em consonância com os ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira.

É necessário, portanto, que a equipe de referência inclua o discurso médico num campo compartilhado. Isso exige uma regularidade de trocas, de forma que todos os profissionais participem das reuniões, contem com esse espaço coletivo e possam colocá-lo em análise (MIRANDA, 2009). As reuniões devem acontecer através de uma condição paradoxal, onde é possível experimentar ao mesmo tempo a simbiose e a diferenciação.

A proposta é de que cada profissional não perca a sua identidade, mas a enriqueça através de compartilhamentos – dialogando com as noções de núcleo e campo descrita por Campos (2000), em que “o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (p. 53).

O campo, portanto, deve admitir a circulação das singularidades, bem como dissonâncias e desencontros, os fazendo dialogar, estabelecendo pontes entre posições a princípio antagônicas (FURTADO, 2007), para que se construa um trabalho coletivo que suporte as diferenças e incongruências trazidas pelos usuários dos serviços: “para suportar as diferenças de cada usuário, seria imprescindível que a equipe fosse capaz de fazer boas composições entre as diferenças de seus próprios membros” (MIRANDA, 2009, p. 140).

Nessa linha, Onocko Campos (2014) defende que os saberes próprios das especialidades devem existir sem com isso desencadear processos de cisão do usuário. Assim, a depender do modo de organização e das relações do serviço, a técnica poderá se constituir “como alavanca de novos processos criativos, abertos à diversidade, acolhedores da diferença; ou como receita prescritiva, guarda-chuva defensivo contra aquilo que no outro nos ameaça” (p. 87).

Miranda (2009) propõe que as equipes estruturem seu trabalho, fundamentalmente, a partir da construção do caso clínico, numa aposta ética onde o usuário está no centro. A construção do caso e a elaboração do projeto terapêutico devem, por sua vez, se estruturar a partir da articulação com o social. Isto pois, parte-se do pressuposto teórico de que a construção do Eu é, desde sua origem, social e, portanto, os modos de sofrimento se atrelam à relação estabelecida com o mundo.

“Vale lembrar que estamos nos pautando na ideia de que o adoecimento dos usuários se configura nas relações que ele estabelece com pessoas e instituições onde vive (Leal e Delgado, 2007). Cabe ao serviço reconhecê-las e com elas trabalhar, o que, é claro, não corresponde a uma tarefa simples, dados os quadros de miséria social e simbólica que marcam os territórios de vida dos usuários e a nossa carência de referenciais teóricos e discursivos para compreendê-los e com eles dialogar (Onocko Campos et al, 2008a)” (MIRANDA, 2009, p. 156).

Salva a diferença no que diz respeito a possibilidade do acompanhamento longitudinal nos equipamentos substitutivos, a ideia da autora dialoga diretamente com a construção realizada na enfermaria. As mini-equipes possuem como principal objetivo a construção do projeto terapêutico a partir de eixos condutores que consideram a articulação com o social e sua relação com o adoecimento ou produção de saúde.

Miranda (2009) também aborda aproximações entre o trabalho de referência e alguns conceitos da psicanálise, de forma a oferecer elementos para a fundamentação do trabalho clínico ligado ao arranjo de referência. Primeiramente, aponta para certa correspondência entre o mesmo e a noção lacaniana de secretário de alienado: proposta de direção do tratamento das psicoses, que visa dar crédito à fala do usuário, tomar ao pé da letra aquilo que ele diz, a partir do lugar de testemunha.

Seguindo a teoria winnicottiana, aproxima o trabalho de referência à possibilidade de desenvolvimento de relações confiáveis e de apropriação, por parte do usuário, da própria existência (MIRANDA, 2009). Para Winnicott, problemas relacionais no início da vida podem provocar rupturas na sensação de continuar existindo. Tais rupturas não podem ser representadas psiquicamente e, por isso, emergem sensações difusas, de difícil expressão e significação. Assim, a psicose é compreendida como organização defensiva contra o colapso, e não como colapso.

Nesse momento inicial da vida, em que o bebê se encontra em estado de dependência absoluta, é preciso que a mãe compreenda e consiga satisfazer suas necessidades mais primitivas. Para isso, deve desenvolver o que Winnicott (1978) chamou de “preocupação materna primária”: um processo, consciente e inconsciente, de identificação da mãe com o bebê, que permite a constituição do ego e da sensação de um “si mesmo”.

Não se trata, por sua vez, de a mãe oferecer-lhe mais do que ele precisa, mas de “permitir que sua espontaneidade aflore e de saber se retirar quando já há estruturação egóica suficiente para que o bebê organize suas necessidades e possa expressá-las no campo relacional” (p. 202). Ou seja, não se trata de uma indiferenciação absoluta, mas de uma comunicação íntima e pré-verbal entre mãe e bebê.

Para Winnicott (1994), o trabalho psicanalítico com psicóticos não ocorre pela via da interpretação: como a ruptura não pôde ser representada, não houve repressão e, portanto, não requer interpretação. O paciente, então, precisa do suporte – *holding* – para que possa reviver o colapso e dele se apropriar. Dessa forma, a psicanálise possibilita um contexto profissional para o desenvolvimento de confiança, onde a relação interpessoal, o vínculo, é o mais relevante.

“O paciente requer que o terapeuta suporte todas as suas ilogicidades, que o perceba do modo como ele pode se apresentar e como pode viver suas agonias. Ou seja, que se adapte ao seu ritmo psicossomático e às suas necessidades emocionais primitivas. Essa percepção e esse suporte é que podem lhe assegurar que há ali (nele) um eu capaz de apropriar-se do seu próprio pavor” (MIRANDA, 2009, p. 203).

Nesse cenário, Winnicott (1983) propõe que o tratamento se dê no compartilhamento do cotidiano. Tais funções se aproximam àquelas realizadas por profissionais de referência, que dão suporte à vivência do cotidiano, auxiliando na organização da vida prática e nas questões emocionais.

Para isso, o conceito de confiabilidade é central, pois o desenvolvimento emocional é possível apenas a partir da crença num ambiente que provê de modo regular as necessidades básicas. Primeiramente através do suporte necessário que permite a constituição egóica, para que então a criança possa alcançar sua independência relativa em relação ao cuidador. Estabelecida a segurança em relação ao mundo e a si, a criança pode testar o ambiente, contando que este pode sobreviver aos seus impulsos, sem retaliação.

O acompanhamento nos momentos de crise dos usuários, por parte dos profissionais de referência, se faz então um importante fator no que diz respeito à confiabilidade, ao sinalizar que há profissionais que sobrevivem às devastações da própria crise (MIRANDA, 2009). Sobreviver sem retaliar contribui na medida que reafirma a externalidade do profissional, auxiliando o usuário em sua diferenciação, e indica que apesar da intensidade, sua loucura não é capaz de destruir aqueles que se aproximam, facilitando a apropriação da experiência pelo paciente.

O suporte das relações confiáveis permite vivenciar de modo relativamente seguro a experiência de fragmentação. Nos equipamentos substitutivos, os profissionais de referência possuem possibilidade privilegiada de desenvolvimento da relação de confiabilidade, uma vez que os acompanham longitudinalmente, se dispondo a escutá-los em suas necessidades cotidianas e nos momentos de ruptura (MIRANDA, 2009).

Esta condição difere-se da configuração da internação na enfermaria, em que o profissional acompanha o usuário apenas no momento da crise aguda. Foi possível notar, no entanto, que a intensidade da crise e a intensidade da internação permitem a construção de vínculos de confiabilidade que podem se estender às articulações para o pós-alta, permitindo a construção de um trabalho que dê suporte nesse momento de tamanha caotização a fragmentação.

Torna-se importante ressaltar que não se trata de responder em ato todas as necessidades do sujeito, mas compreendê-las de forma que possam também ser percebidas e apropriadas pelo usuário. Sendo assim,

“tal relação tende a tornar-se problemática quando, em virtude de complexa rede de questões institucionais, o profissional se aprisiona à onipotência e, ao invés de se colocar como mãe suficientemente boa, transforma-se numa espécie de matrona que sempre tudo pode e tudo sabe. Nessas situações, ele deixa de suportar junto do paciente as questões destes para tentar resolvê-las sozinho, ou seja, coloca-se no centro da cena relacional, atribuindo ao paciente um lugar de objeto de suas próprias necessidades. Disso resulta o risco de práticas invasivas e tutelares, que não contribuem para que o paciente se aproprie de suas experiências e possa administrá-las” (MIRANDA, 2009, p. 219).

A autora, então, resgata aspectos ligados a função paterna relacionando-os aos papéis da equipe de referência, a quem cabe oferecer o suporte para que o profissional possa sustentar a relação desenvolvida com o usuário. Segundo a teoria winnicottiana, o apoio do pai é fundamental para que a mãe possa manter-se no círculo formado entre ela e o bebê. No entanto, quando esta exagera nos cuidados, o pai deve desempenhar também a função de a humanizar.

Contando com o suporte da equipe, o profissional pode construir uma relação com o paciente seguro de que há um espaço coletivo que o sustenta ao oferecer apoio para as dificuldades próprias da relação tão próxima com o usuário, e ao apontar os excessos quando há tendência em tomar atitudes onipotentes. Há, portanto, certa correspondência entre a função da equipe de referência e a função paterna esperada nos momentos de dependência absoluta do bebê.

É também o pai que oferece um primeiro vislumbre de algo inteiro ao bebê, remetendo à possibilidade de integração, papel este que a equipe de referência pode ocupar ao realizar um trabalho efetivo num campo comum. Partindo desta organização de trabalho, profissionais podem sair de férias, faltar, encontrar dificuldades na relação, mas enquanto dispositivo coletivo, a equipe permanece, não se despedaça, e continua provendo os cuidados. O pertencimento em um coletivo que se sustenta deve facilitar a integração.

Segundo a autora,

“As equipes de referência, no nosso entendimento, podem ainda permitir certa fluidez, verificada não só em relação ao paciente que poderá desenvolver relações com diferentes profissionais (...) mas também do próprio técnico de referência. Este, uma vez tendo sua onipotência interdita, pode rever seus padrões de identificação e seus desejos para com aqueles a quem se incumbe de acompanhar, o que lhe abre caminhos para mudanças de posicionamentos. Note-se que ele pode fazer isso porque conta com uma organização coletiva que compartilha da responsabilidade do acompanhamento dos pacientes (...), dando-lhe suporte para reconhecer os limites da sua importância e para suportar processos em que deve se ausentar, tanto do ponto de vista prático, quanto subjetivo” (MIRANDA, 2009, p. 236).

E segue:

“Na nossa leitura, a equipe de referência pode ter um papel importante enquanto unidade que recebe a agressividade do sujeito, reafirma a sua própria externalidade e a sua condição para fazer frente a essa agressividade (o que é diferente de retaliar), além de sobreviver a ela. Ou seja, o arranjo coletivo se mantém vivo, como padrão de integração, colocando-se dessa forma perante o sujeito, o que tenderá a apoiá-lo no seu processo de aproximação e apercepção da realidade. Nessa perspectiva, parece-nos importante a manutenção de um jogo entre os âmbitos coletivo e individual do arranjo, de tal modo que seja garantida a possibilidade de contatos duais, adaptados às necessidades de cada paciente e, ao mesmo tempo, de relações calcadas numa organização coletiva” (MIRANDA, 2009, p. 239).

Por fim, as regras freudianas, que sustentam a ética da psicanálise, também valem aos profissionais de referência, principalmente no que diz respeito ao valor de verdade atribuído ao discurso do paciente, ainda que delirante. O sujeito deve ser percebido naquilo que marca alguma propriedade à sua existência; o profissional deve poder aproximar-se de seu sofrimento.

Na medida em que o saber deve estar sempre do lado do sujeito, e não dos profissionais, o tratamento deve ser construído “com”, e não “para” os usuários. Em última instância, as regras freudianas interditam as pretensões onipotentes do profissional que deseja tudo saber. Os trabalhadores devem perceber que nunca sabem o que é bom para o outro, sem que antes tenha o acompanhado.

Independentemente da corrente teórica, a proposta de Miranda (2009) é de adoção de uma ética que permita a direção da clínica pelo paciente, que “daria os contornos do campo comum do trabalho de referência e os núcleos de competência, imprescindíveis, se colocariam a disposição desse campo, numa relação mediada pela construção do caso clínico ou do projeto terapêutico individual” (p. 149).

“uma escolha ética envolve, necessariamente, um pacto coletivo. Este, com vistas à criação de espaços democráticos e acolhedores da diferença, nos exige profundas renúncias, que devem nos transportar do narcisismo ao contato com o outro e a legitimação de sua alteridade” (p. 277)

Assim, passa-se aos desafios, no campo teórico e prático, da reorganização do trabalho em arranjos de referência.

Desafios na transformação – da literatura à prática:

Freud, em *O mal-estar na civilização* (1930/2010), aponta que há um mal-estar intrínseco a sociedade, preço pago pela renúncia do instinto ao se concordar com a vida social e suas normas. Em *Totem e Tabu* (1913/2012), utiliza do mito do pai da horda primeva para afirmar que o marco decisivo de uma civilização consiste na substituição do poder de um indivíduo pelo poder da comunidade. Esta substituição não se dá sem consequências, sendo, portanto, o mal-estar indissociável da condição de humanidade.

Como parcela do social, as instituições não estão isentas dessa condição de mal-estar – Onocko Campos (2014) pontua a importância de diferenciar mal-estar de sofrimento. Estas, por sua vez, configuram-se enquanto locus privilegiado para a sublimação dos instintos, obtendo seu máximo benefício quando é possível intensificar a produção do prazer a partir do trabalho psíquico ou intelectual. Onocko Campos (2012) resgata o mito do parricídio em *Totem e Tabu*, ressaltando que a escolha dos irmãos por compor um pacto fraterno, coletivamente construído, de impedimento da concentração do exercício absoluto de poder, resulta no “direito a ter desejos de uma vida institucional e fraterna, na procura de uma democracia e participação institucional” (p. 128).

Kaës (1991), por sua vez, traça certa analogia entre a relação do bebê com a mãe e do sujeito com a instituição, no sentido da ambiguidade das relações: há um pedido por satisfação, no entanto, diante da imposição de limites, há um estado temeroso. A função amorosa das organizações é, ao mesmo tempo, poderosa e extremamente frágil: de amor e alienação. Assim, o autor “reconhece as instituições como portadoras de um valor constitutivo para a vida psíquica.” (ONOCKO CAMPOS, 2014, p. 60). As instituições, enquanto sistema cultural, simbólico e imaginário que são, produzem marcas no corpo, pensamento e psique dos sujeitos que a compõem.

Kaës (1991) advoga que existe uma aderência narcisista ao objeto institucional, identificação que permite a sustentação de alguns mal-estares, através da equivalência de valores próprios aos valores institucionais. É a partir desse mecanismo que os sujeitos podem sentirem-se parte da instituição. Vale mencionar que há, nos serviços públicos, a possibilidade de permitirem mais sublimação do que os privados, uma vez que o objeto da identificação seria o próprio público, o comunitário.

Para Kaës, a aderência narcísica fica ameaçada a cada proposta de mudança, na medida em que reformar é refundar e, portanto, destruir na fantasia a comunidade institucional: “A instituição deve ser permanente: com isso ela assegura funções estáveis e necessárias para a vida social e psíquica” (KAËS, 1991, p. 23). Isto significa que esse

importante mecanismo é também fonte de grandes desafios: diante das propostas de mudanças, ainda que a instituição a tenham encomendado, a aderência narcísica é colocada em xeque, mobilizando conteúdos paranoides que levam a defesas inconscientes, podendo sabotar a instauração do novo. Segundo Onocko Campos (2014):

“A reforma, qualquer reforma, proposta de mudança ou reformulação, põe em xeque o processo de identificação entre a organização e seus agentes. Novos referenciais não estão ainda disponíveis para identificar-se, e a angústia provocada pela mudança, geralmente, se expressa por meio de reações psicossomáticas ou ideológicas. Ou seja: as pessoas adoecem, ou renunciam, ou faltam muito ao trabalho, ou fazem discursos cheios de valores ideologizados. Essa saída para a ideologização é fonte de sofrimento. (...) Em nossa prática, vimos suceder esse mecanismo com muita frequência e pensamos que é de central importância reconhecer esse comportamento como um sintoma de sofrimento. Como todo sintoma, ele serve para alguma coisa e não pode ser retirado por decreto, nem sem consequências.” (p. 60 e 61).

A autora resgata Kaës para falar das formas de sofrimento institucional, para além da saída pela ideologização. São eles: *Sufrimento do inextricável*, relacionado a certa sensação de antagonismo entre uma equipe coesa e a sustentação das diferenças, como se um excluísse o outro. Assim, para além da aderência narcísica, surge também certa indiferenciação, denominada pelo psicanalista de angústia de dissolução.

Sufrimento associado a uma perturbação da função instituinte, relacionado a perda da ilusão institucional, debilitando o “espaço psíquico comum dos investimentos imaginários que sustentam o projeto da instituição” (ONOCKO CAMPOS, 2014, p. 61). Mitos e narrativas – formações intermediárias estruturantes e defensivas – muito cristalizados, recalcados, atuam como fonte de sofrimento. A ausência destes, no entanto, também causam sofrimento, haja vista que possuem função de dar segurança, validar rituais de passagem, fornecer raízes para a identificação.

Sufrimento associado a obstáculos para a realização da tarefa primária. Para Kaës, as instituições protegem seus sujeitos da própria tarefa. Um exemplo disso seria o tempo gasto nas instituições de saúde com atividades burocráticas, não assistenciais, visto que os processos identificatórios entre profissionais e usuários podem afetar a autoestima dos trabalhadores. Também a carência de recursos produz a debilitação da autoestima.

Por fim, *Sufrimento associado à manutenção do espaço psíquico*. Para o autor, pessoas que trabalham juntas criam um psiquismo comum, ao qual denomina de espaço psíquico institucional. Trata-se de um espaço que deve ser ao mesmo tempo subjetivado e operatório, equilíbrio difícil de alcançar. Este espaço se reduz com as estratégias de

dominação, com a prevalência do instituído ou com a sensação de ameaça, como costumam ser as novas ideias.

Diante das diversas formas de sofrimento institucional, o lugar do apoiador ou supervisor da organização é de fundamental relevância. Se bem executado o papel, é quem possibilita instaurar ou manter um espaço de contenção, ligação e transformação, auxiliando para que este seja concomitantemente subjetivado e operatório. É também sua função sustentar alguns paradoxos, resgatar histórias silenciadas, furar mitos cristalizados, ouvir novas versões: contar histórias que podem ser periodicamente revisadas, de forma a não se fixarem em um ponto mítico, e revisitadas, reforçando laços identificatórios do fazer comum.

Onocko Campos (2014) propõe que tal figura constitua-se “como uma instância, com um lugar e um tempo em que se possa experimentar a tomada de decisões coletivas e analisar situações com um grau de implicação maior em relação àquilo que é produzido” (p. 85). Recorrendo a Onocko Campos (2014), Miranda (2009, p. 147) pontua: “ressaltamos que tal instância teria a função de possibilitar a circulação da fala e da autorreflexão, aumentando o grau de análise das práticas, mas também a compreensão e o manejo dos estados pulsionais inconscientes, sobre os quais se constroem os sintomas do trabalho”.

Não se trata, portanto, de resolver todas as questões institucionais, mas de desempenhar o papel de contorno e suporte (*holding*) necessário para que os sujeitos na organização possam passar por esses sofrimentos, até que o grupo possa constituir-se nesse suporte. Uma figura externa que permite a criação desse espaço protegido e que, frente às tendências destrutivas, aos ataques e agressividades do grupo, possa *sobreviver sem retaliar*.

A partir do mencionado, é possível dizer que o primeiro desafio das mini-equipes consistiu na própria proposta de mudança de processo de trabalho, ainda que havia certa demanda por parte da instituição de ampliação da clínica. As defesas frente às ameaças de reformulação manifestaram-se através de faltas e atrasos frequentes às reuniões, falas relacionadas a impossibilidade de realização da proposta, silêncios, recusa em atender usuários da própria referência, priorizando os de outras equipes, entre outras formas.

Como ensina Onocko Campos (2014), se faz importante reconhecer esse comportamento como sintoma de sofrimento que, portanto, possui função e não pode ser eliminado por imposição. Foi proposto, para tanto, um momento de compartilhamento de itinerários, estratégia para manter a ligação, ameaçada na ocasião, sem, contudo, eliminar

as diferenças, além de um momento para avaliação e discussão do novo arranjo. A autora, porém, adverte:

“Seria necessário incorporar novas disciplinas na formação de gestores e planejadores que lhes permitissem entender as várias dimensões com que estão lidando na hora das decisões e conflitos no palco grupal, pois não se trata somente de criar espaços de fala e trocas autorreflexivas que propiciariam a democratização e um grau de análise maior das práticas, coisa por si só já importante. Trata-se de poder compreender também que esses espaços são frequentemente *locus* de apresentação de uma *mise-en-scène* de estados pulsionais inconscientes.” (ONOCKO CAMPOS, 2014, p. 85, grifo da autora)

Assim, também se apresentou enquanto dificuldade a ausência da figura do apoiador, capaz de desempenhar o papel de contorno, suporte e manejo à equipe. Apenas as residentes multiprofissionais possuíam um espaço semanal de supervisão clínico-institucional, dispositivo de formação e intervenção, que ajuda a pensar a relação com o objeto de trabalho, as relações interpessoais, os movimentos do grupo, bem como os casos clínicos. Dispositivo importante, por exemplo, para compreender os ataques ao novo arranjo enquanto sintoma de sofrimento e não pessoalizar, destruir-se diante destes. Identificou-se a importância de ampliar esse dispositivo para toda a equipe da enfermagem de psiquiatria.

As mencionadas reuniões clínicas semanais funcionavam como o espaço mais próximo de supervisão, porém, apenas uma parcela da equipe participava das mesmas, com baixa participação dos profissionais em treinamento e da equipe de enfermagem. Foi possível perceber a carência dessa figura na medida em que muitos dos treinandos traziam a sensação de estarem “soltos” no serviço e, por vezes, acionavam as residentes multiprofissionais no lugar próximo ao de chefes e supervisoras.

Manifestações disso foram: justificativas de faltas e atrasos particularmente com as residentes, ao invés de, por exemplo, para a equipe, bem como justificativas sobre o trabalho realizado ou não realizado e discussões dos casos clínicos; questionamentos a respeito do que deveriam fazer, também não levados à discussão em equipe; desabafos quanto a sensação de estarem soltos tecnicamente, e de não se sentirem pertencentes a equipe como um todo; pedidos de ajuda relacionados a saúde mental dos treinandos, entre outras.

É válido lembrar que todos os profissionais que compõem as mini-equipes estão em processo de formação, seja via residência, seja via treinamento, e que, se por um lado as equipes de referência se mostraram contendo um importante potencial didático e formativo, inclusive no que diz respeito a uma possível futura atuação no viés da clínica

ampliada, por outro, a ausência de supervisão somada a inexperiência característica de recém-formado, produz importante insegurança nos sujeitos que compõem a equipe.

Onocko Campos (2014) adverte que a insegurança técnica produz, ao mesmo tempo, a ampliação da demanda e sua banalização, por meio da burocratização. São criados protocolos para proteger os profissionais do enfrentamento das demandas, vividas de forma intensa e confusa. A desqualificação técnica também contribui para a centralização do poder nos profissionais a quem se confere algum conhecimento especializado, como muito acontece com os médicos.

Assim, embora tenha-se analisado que as mini-equipes contribuíram para reduzir a burocratização e os protocolos, Campos e Domitti (2007) ressaltam que o trabalho em equipes de referência não garante que a construção do caso clínico, o conhecimento e as práticas sejam compartilhados, ou que as formas de concentração de poder sejam anuladas. Os autores apontam a alta competitividade e concorrência das organizações de trabalho contemporâneas como um dos problemas envolvendo este arranjo, que levam a padrões de subjetividade reativas e paranoicas, produzindo a cristalização dos profissionais em seus núcleos de saber e o ataque ao que parece diferente. Também por essa razão a figura do apoiador, que propicia a promoção de circulação do afeto e palavra, se faz importante.

Um outro ponto relevante no que diz respeito aos desafios enfrentados, relaciona-se ao fato de que os profissionais do treinamento e da enfermagem não são diaristas. Segundo Campos (1999),

“generalizou-se no país o costume de médicos e enfermeiros trabalharem sob o regime de turnos (plantões), reduzindo-se bastante a disponibilidade de profissionais diaristas, pessoas que estejam presentes nos serviços (centros de saúde, enfermarias, etc.) durante a maior parte dos dias de uma semana (...) Sem modificações organizativas – contratações de diaristas para integrar as equipes, por exemplo –, e sem processos deliberados de educação continuada, por si só, a instituição de um novo ordenamento institucional, não superará todas estas limitações.” (p. 402)

O autor defende que a presença diária dos profissionais é um essencial fator para o acompanhamento longitudinal e a produção de vínculo. Os profissionais da equipe de enfermagem, apesar de presentes na maior parte dos dias, têm sua participação nas mini-equipes dificultadas pelo esquema de plantão. Além disso, a equipe técnica possui uma escala em que, a cada dia, determinado profissional é responsável por determinado grupo de pacientes, dificultando o acompanhamento longitudinal, e restringindo sua ação aos procedimentos específicos do núcleo.

Ficou pactuado com a coordenação da enfermagem que a participação dos profissionais do núcleo nas reuniões de mini-equipes seria de escolha particular. No entanto, os profissionais teriam que seguir a escala planejada, não sendo possível manterem-se mais próximos dos usuários da mini-equipe. Em relação a questão dos horários, estabeleceu-se que, diante da impossibilidade de participação nas reuniões em decorrência da escala, os interessados se reuniriam com as residentes multiprofissionais para que fosse passado o que fora discutido e acompanhariam as discussões via WhatsApp. Apenas uma profissional demonstrou interesse, no entanto, foi possível que alunos e residentes da enfermagem participassem das reuniões.

Como consequência, a equipe de enfermagem não fazia parte das construções coletivas dos casos, acarretando perdas aos dois lados: como núcleo que passa a maior parte do tempo com os usuários, muito tinham a contribuir nas discussões e construções dos casos, além de estarem em contato mais próximo com discussões clínicas e do campo da Saúde Mental. O resultado, muitas vezes, foi de desalinhamento entre a equipe de enfermagem e o restante da equipe, como se possuíssem trabalhos distintos.

A questão específica do núcleo da enfermagem não é restrita a enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas. Miranda (2009), em pesquisa realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de Campinas, sobre profissionais e equipes de referência, pontua: “lamentam que a equipe de referência não esteja cumprindo com uma função, útil sobretudo no que diz respeito aos trabalhadores de enfermagem, de proporcionar uma formação do trabalho no campo da Saúde Mental, através da discussão/construção coletiva dos casos” (p. 115).

Nessa linha, Oliveira e Alessi (2003), sobre o processo de trabalho de enfermagem em saúde mental, afirmam que

“há indefinição dos profissionais de enfermagem psiquiátrica sobre seu papel nessa assistência o que provoca, muitas vezes, uma “fuga” para o desempenho de atividades burocrático-administrativas. Essa é a “identidade possível” para esses profissionais que vivenciam uma prática marcada pela indefinição de seu papel (...) Complementarmente, alguns desses estudos apontam que em serviços extra-hospitalares de saúde mental, os enfermeiros, entre todos os profissionais da equipe, são aqueles que menos realizam atendimentos diretos à clientela e a sua prática caracteriza-se pelo gerenciamento intermediário que organiza e facilita o trabalho de toda a equipe” (p. 337).

Também Almeida et al (2020), em estudo realizado com profissionais da saúde mental no interior de São Paulo, observam que há nas equipes interprofissionais noções estereotipadas do lugar do enfermeiro, em que se associa enfermagem exclusivamente

com ações de cunho biológico, como cuidado físico, do corpo e responsabilidade pela medicação. Os enfermeiros participantes mencionam terem que se responsabilizar por tarefas que não são de competência exclusivas do núcleo. Foram também citadas dificuldades relacionadas a formação e a sensação de despreparo para a atuação no campo da Saúde Mental.

Por outro lado, os profissionais da enfermagem foram identificados como “porta de entrada” para o cuidado, facilitador e integrador de ações, responsáveis por executar atividades de gestão, e como profissional que mais tem contato com o usuário (ALMEIDA et al, 2020). “Foi ressaltada sua habilidade em relação ao manejo das informações dos usuários que circulam entre os diferentes profissionais. Tal centralidade assume papel relevante para a elaboração do PTS e favorece a integração e resolutividade das ações da equipe” (p. 7). Ou seja, muito se perde com a ausência dos profissionais da enfermagem nas reuniões de equipes de referência e é relevante pontuar que estes precisavam trabalhar enquanto o restante da equipe podia discutir.

No caso do treinamento, devido a voluntariedade e a reduzida carga horária, notou-se que a dificuldade no vínculo se deu tanto com os usuários, quanto com o restante da equipe. Em relação à dificuldade de vinculação com os demais da equipe, para além da sensação de não pertencimento, verificou-se certa dificuldade na construção conjunta – ainda que se tenha observado que, a partir das mini-equipes, houve uma melhora na comunicação e uma sensação de maior integração na equipe por parte também dos treinandos. Sobre isso, Miranda (2009) conclui:

Além disso, para esses profissionais, a equipe permite que os casos sejam compartilhados e conduzidos a partir de vários pontos de vista (o da T.O, o da psicóloga...). Porém, consideram que a formação de uma equipe, que realmente consegue compartilhar seu trabalho, requer que seus componentes tenham afinidade entre si, o que impõe, segundo eles, alguns desafios a serem gerenciados pela gerência do serviço. (p. 110)

Ou seja, o vínculo entre a equipe afeta diretamente a qualidade do trabalho. A construção dos PTS e a função gestão possuem importante papel em termos de possibilitar tal afinidade. Foi possível notar que a sensação de não pertencimento à equipe operava enquanto fator de sofrimento, acarretando, muitas vezes, no desinvestimento em relação ao trabalho (faltas, silêncios, etc.). Assim, também a vinculação com os usuários ficava estremecida – a intensidade da internação requer presença e constância muitas vezes incompatível com a carga horária reduzida.

Campos (1999), ao falar dos desafios na construção da clínica ampliada, afirma:

Sem maiores aprofundamentos, poder-se-ia considerar, portanto, que esta interdição objetivadora da medicina, apesar de sua força e de seu caráter fundante da prática clínica, não é uma tendência absoluta, que anularia outras possibilidades de desenvolvimento. Sendo possível, portanto, produzirem-se movimentos e contextos que estimulassem vínculos terapêuticos com a incorporação das dimensões subjetiva e social dos usuários. No entanto, em nome desta interdição, ou justificando-se por ela, desenvolveram-se obstáculos que degradam a prática clínica e sanitária. Poder-se-ia dividir estes obstáculos à construção de uma clínica ampliada, com gradientes mais amplos de vínculo, em dois grandes grupos de fatores: um primeiro que impõe impedimentos a construção de vínculo equipe/usuário ao longo do tempo. A relação profissional/paciente predominante nos serviços de saúde é aquela do tipo pontual e fragmentada (p. 402).

O autor coloca o regime de plantão como uma das dificuldades da construção do vínculo equipe/usuário. Faz-se relevante ressaltar que, para além de algo ético e empático, o vínculo opera como condição de melhores intervenções técnicas, e como possibilidade de desalienação e desburocratização do trabalhador.

Furtado (2007) aponta para mais um desafio no que diz respeito ao trabalho multiprofissional, pontuando que na construção conjunta dos casos, a autonomia individual de cada profissional fica reduzida, o que pode ser ansiogênico para alguns. Em contrapartida, aumenta-se a autonomia da equipe de referência como um todo. Esse conflito entre autonomia individual e autonomia da equipe transparece na responsabilização do profissional de referência e na dificuldade em compartilhar funções e responsabilidades – tema que será abordado adiante. Sobre tais tensões, Miranda (2009) ressalta que “são particularmente grandes no trabalho em saúde mental, em função da necessidade de se estruturar uma atenção que contemple, concomitantemente, centralização e diluição de relações” (p. 143).

Miranda (2009), através da entrevista com os profissionais, constata que estes, apesar de admitirem a eficácia do trabalho em equipes de referência, avaliam que muitas vezes não conseguem se comunicar ou fazer do espaço um lugar de aprendizagem contínua, encontrando problemas para manter a vivacidade do espaço, e que frequentemente deparam-se com centralizações de poder e sensações de impotência e persecutoriedade. Onocko Campos (2014) compreende que as falhas na comunicação e a dificuldade no trabalho conjunto podem relacionar-se aos sintomas produzidos pelos processos de identificação da equipe à realidade de trabalho, defendendo que é também papel do apoiador lidar com esses sintomas, através de um espaço subjetivo comum.

Miranda (2009) identifica também desafios relacionados aos lugares que o profissional de referência pode ocupar na equipe quando sua função não está integrada à clínica. Muitas vezes, é chamado pela equipe, que nele deposita tudo que é difícil de lidar

coletivamente, a resolver qualquer questão relacionada ao usuário. Além da equipe, a autora pontua que também os usuários podem cobrar atitudes burocratizadas do profissional de referência, bem como os familiares, que costumam transferir ao profissional a função materna, com todos os seus excessos.

Ressalta, portanto: “o lugar de referência precisa ser constantemente manejado” (p. 96) e “é sempre necessário darmos a esse dispositivo institucional um sentido clínico” (p. 97). Caso contrário, corre-se o risco de o profissional tomar o usuário como seu, culminando em certa tentativa de controle do mesmo e impedindo-o da gestão do próprio cuidado. Na enfermaria, notou-se que as mini-equipes colaboraram para o enxugamento da centralidade do médico do papel de referência, ainda que o lugar de médico na instituição hospitalar manteve-se preservado: certa centralidade no tratamento ficou guardada, como por exemplo nos diversos momentos em que são convocados a responderem por usuários pelos quais assumem papel de referência, principalmente quando há algum “problema”, algo a se resolver.

Miranda (2009), assim, advoga que parte das questões apresentadas pelos entrevistados como problemáticas quanto ao arranjo de referência podem estar atreladas a adoção de práticas ainda calcadas na lógica manicomial. Se o usuário não estiver no centro do tratamento, participando da construção do PTS e da gestão do próprio cuidado, cai-se num molde de operar baseado em saberes prévios da equipe sobre o usuário, o que implica relações de poder na medida que confere à equipe a escolha quanto as ações sobre o paciente e quanto ao seu destino. Ressalta:

Uma outra ressalva a ser feita para a nossa proposta é aquela que diz respeito a certo cuidado para que a dita construção de caso não se transforme em mais uma especialidade de saber, delegada a certas categorias profissionais, o que nos remeteria, novamente, às polarizações de saber e poder, que se cegam para o trabalho subjetivo feito pelos usuários. (MIRANDA, 2009, p. 149).

A autora, então, resgata a ideia de que os trabalhadores da saúde mental pública “suportam a miséria do mundo”. O contexto de alta vulnerabilidade social ao qual os usuários estão frequentemente expostos, tende a envolver os profissionais de forma que se sentem no dever de resolvê-la onipotentemente, na tentativa de defenderem-se de todo o sofrimento que rodeia o paciente. Resolver o problema para assim se afastar – implicando, conseqüentemente, relações de poder. Ao mesmo tempo, ao se misturarem com tal miserabilidade, experimentam posições de extrema impotência. Propõe, então, que “a miséria deixe de ser carregada e passe a ser manejada, ou seja, deixe de ser um fardo e se torne uma realidade composta por horrores e possibilidades” (161).

Para finalizar, torna-se importante resgatar Onocko Campos (2014) no que traz sobre dispositivos e arranjos:

A organização ou estabelecimento produz ativa e estruturalmente dominação, alienação e controle. Não vou me aprofundar nisso, só recordá-lo para ressaltar que essa produção, instituída numa direção, pode e deve ser estimulada para produzir outros sentidos: criação, solidariedade, amizade, etc. Por isso, é necessário desenvolver não somente *dispositivos*, mas também *arranjos* que estimulem a produção de autonomia, criatividade, e desalienação de maneira permanente (p. 69, grifo meu)

Enquanto arranjo, a autora define: “Há certa estruturação e permanência: a máquina de produzir controle não opera pulsando (de modo intermitente), opera como fluxo contínuo. Por isso, trabalhamos tentando desenvolver arranjos que têm a potencialidade de produzir esse fluxo na direção contrária” (p.69). Ressalta que estes não estão isentos de serem engolidos pela lógica dominante e que, por isso, devem ser constantemente analisados. São exemplos de arranjo: colegiados de gestão, apoio matricial e equipes de referência. Já enquanto dispositivo, define como sendo

“sempre o contrário a um equipamento, ou seja: trabalha para subverter as linhas de poder. O que caracteriza um dispositivo é seu funcionamento, nunca poderemos definir um *a priori*, só teremos evidências de que é, aliás, dispositivo ao analisar como está funcionando (...) Depois de um tempo, pode ser cooptado pela lógica da organização e voltar burocratizado e funcional aos poderes instituídos. Por isso, em vez dos arranjos, muitos dos exemplos que daremos podem ser atividades transitórias, que são postas em ação segundo necessidade ou demanda, que depois de um tempo cessam e dão lugar a outras (ONOCKO CAMPOS, 2014, p. 72).

São exemplos de dispositivos: capacitações, assembleias, supervisões, planejamento de projetos e grupos-tarefa.

No caso da enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas, no entanto, cabe a ressalva de que, devido as circunstâncias apresentadas, as mini-equipes de referência constituíram-se enquanto dispositivo, e não arranjo. Como tal, importa ressaltar que enfrentou o constante desafio de não *ser cooptado pela lógica da organização e voltar burocratizado e funcional aos poderes instituídos*, como em muitos momentos ocorreu, sendo os espaços de supervisão fundamentais para percebê-lo e voltar a *trabalhar para subverter as linhas de poder*.

Uma possibilidade para a permanência das mini-equipes é a mudança na escala da enfermagem: ao invés da divisão diária e alternada das responsabilidades por usuários, operar também a partir do arranjo de referência. Os profissionais se responsabilizariam pelos procedimentos e aproximação sempre do mesmo grupo de usuários, facilitando a

vinculação e a participação dos profissionais da enfermagem nas reuniões de referência. A garantia de participação da equipe de enfermagem e dos residentes médicos e multiprofissionais possibilitaria a permanência do modelo. Em relação ao treinamento, aposta-se que seria de maior proveito uma equipe menor que pudesse estar com mais constância, no lugar de muitos profissionais que estão poucas horas no serviço.

O grande desafio que se coloca, portanto, é de criar as condições necessárias para que o dispositivo equipe de referência torne-se arranjo, de forma que o trabalho possa, apesar das dificuldades mencionadas relacionados a este modelo, desenvolver *certa estruturação e permanência*, adquirindo *potencialidade de produzir fluxos na direção contrária* e cuidando para que não sejam *cooptados pela lógica dominante*. Pela produção de subjetividades mais criativas, por um andar em consonância aos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica.

Considerações finais:

Não sem desafios, o trabalho em equipes de referência no Hospital das Clínicas da UNICAMP constituiu-se enquanto importante mudança no processo de trabalho, na medida que oportunizou o aumento e a circulação dos conhecimentos, a potencialização do vínculo, a coletivização das decisões e da elaboração do PTS, a maior participação dos usuários e a ampliação da clínica, reduzindo a solidão e o sofrimento próprio do trabalho com casos graves.

Para além de seu potencial didático e formativo, também favoreceu, por meio de discussões que consideraram o sujeito em suas múltiplas dimensões, resgatando a singularidade, o contexto de vida e a dimensão inconsciente, a atenuação do discurso que pretende objetivar a loucura, a descentralização do poder, a diluição da posição de concentração de saber e, portanto, dos riscos de controle. Sua força, afinal, localizou-se também na capacidade de moldar-se de acordo com as necessidades dos usuários.

No entanto, a instabilidade do modelo ficou evidente com as dificuldades que se apresentaram: seja no que tange a participação da enfermagem nas discussões, ao contrato dos treinamentos, a ausência da figura do apoiador, ou a configuração enquanto dispositivo no lugar de arranjo, uma vez que sua execução se manteve atrelada a presença temporária das residentes multiprofissionais.

Diante dos benefícios avaliados na prática e constatados na literatura e da encomenda da equipe do serviço em operar de forma mais ampliada, o trabalho para superação dos desafios que estão postos e para a continuidade do modelo, visando sua instauração enquanto arranjo permanente, se faz precioso. Assim, poderá caminhar mais próximo aos preceitos do SUS, da luta antimanicomial e mais integrado ao restante da Rede de Atenção Psicossocial.

Referências bibliográficas:

ALMEIDA, Janaína Cristina Pasquini de; BARBOSA, Celma Aparecida; ALMEIDA, Letícia Yamawaka de; OLIVEIRA, Jaqueline Lemos de; SOUZA, Jacqueline de. Ações da saúde mental e o trabalho do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 73, n. 1, p. 1-9, 2020. FapUNIFESP (SciELO).

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, [S.L.], n. 19, p. 20-28, abr. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-24782002000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 2, n. 4, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 3, n. 1-2, p. 51-74, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; Domitti, Ana Carla. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p. 223-237, abr. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v19n1/v19n1a13.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

DIAS, Marcelo Kimati; FERIGATO, Sabrina Helena; FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 595-602, fev. 2020.

FREUD, Sigmund. Totem e tabu. In: **Obras Completas volume 11**. trad. Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2012. (Original publicado em 1913).

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização. In: **Obras Completas volume 18**. trad. Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Original publicado em 1930).

FURTADO, Juarez Pereira. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

KAËS, René. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: Kaës, R.; Bleger, J.; Enriquez, E.; Fornari, F.; Fustier, P.; Roussillon, R. & Vidal, J. P. (orgs.). **A instituição e as instituições**. Trad. Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991, pp. 1-39.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 17, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2022.

MIRANDA, Lilian. **Transitando entre o coletivo e o individual**: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos. 2009. 301 f. Tese (Doutorado) - Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?** 3. ed. Belo Horizonte: Editora Artesã, 2019a. 219 p.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde**. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2019b. 160 p.

OLIVEIRA, Alice Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, [S.I.], v. 3, n. 11, p. 333-340, maio/jun. 2003.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermenêutica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 166 p.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. **Psicanálise & saúde coletiva: interfaces**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 172 p.

ROCHA, Gabrielli Pohlmann. **De vagão em vagão: narrativas de pacientes que divagam da internação psiquiátrica para a rede de saúde mental**. 2021. 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Unicamp, Campinas, 2021.

SILVA, Martinho Braga Batista. O técnico de referência no Centro de Atenção Psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? **Vivências**, Natal, n. 32, v. 1, p. 42-56, 2007.

VIGANÓ, Carlo. A construção do caso clínico em saúde mental. **Curinga – Psicanálise e Saúde Mental**, EBP-MG, n. 13, p. 39-48, set. 1999.

COSTA, Viviani Cristina; MARÇAL, Fabiano Candido. O hospital geral como ponto de atenção da RAPS: reflexões acerca da prática. In: Anais do congresso brasileiro de saúde coletiva, 2018, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Campinas, Galoá, 2018. Disponível em: <<https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/o-hospital-geral-como-ponto-de-atencao-da-raps--reflexoes-acerca-da-pratica?lang=pt-br>> Acesso em: 07 nov. 2022.

WINNICOTT, Donald Woods. Preocupação maternal primária (1956). In: Winnicott DW. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978. p. 399-405.

WINNICOTT, Donald Woods. Os doentes mentais na prática clínica (1963). In: Winnicott DW. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes médicas, 1983. p. 196-206.

WINNICOTT, Donald Woods. O medo do colapso. In: Winnicott DW. **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 70-76.