

TERAPEUTA DE REFERÊNCIA: UMA VISÃO REFERENCIADA POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL

Giselle Mânica¹ e Liz Tessmer²

RESUMO

Este trabalho enfatiza a conceitualização da prática do terapeuta de referência na assistência à saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes, através da escuta das discursividades de três profissionais do serviço. Parte das reflexões de uma pesquisa de especialização em Saúde Pública. Baseada na perspectiva histórico-política de Michel Foucault visa mapear as capacidades técnicas, éticas e políticas desejáveis ao profissional que ocupar o espaço da prática social de “terapeuta de referência”, enquanto sujeito que auxilia tanto na resolutividade quanto na qualidade do atendimento prestado. Os relatos foram alvo de análise de conteúdo, com categorização elaborada a posteriori. Apesar das dificuldades de definição, vislumbra-se que esta prática se fundamenta em uma escuta de qualidade, que permita a sugestão das melhores estratégias de planejamento para os sofrimentos dos usuários, estabelecendo-se uma parceria terapêutica, envolvendo politicidade, afetividade e engajamento para com sujeitos específicos.

Palavras-chave: centro de atenção psicossocial para crianças e adolescentes; saúde mental; terapeuta de referência.

THERAPIST OF REFERENCE: A VISION REFERED BY PROFESSIONALS OF THE MENTAL HEALTH

ABSTRACT

This work emphasizes the conceptualization of the practice of the therapist of reference in the assistance of mental health in a Center of Psicossocial Attention for Children and Adolescents, through the opened listening of three professionals' speech. This work is part of one research as specialization in Public Health. Based on the historical-political perspective of Michel Foucault, it intends to map the ethical, technical and political habilities desirable to the professional who assumes the position of this social practice, while someone that contributes to the resoluteness of the attention as well as to the quality of the given attendance. The reports had been object of content analysis, with elaborated categorization a posteriori. Although the difficulties on establishing definitions, it is glimpsed that this practice is based on a qualified listening that allows the suggestion of the best strategies of planning through a therapeutical partnership that involves political engagement and affectivity.

Keywords: center of psicossocial attention for children and adolescents; mental health; therapist of reference.

¹ Mestra em Psicologia Social, pela Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil. Especialista em Saúde Pública e especialista multiprofissional em Programa de Saúde da Família, ambos títulos pela mesma Universidade.

² Especialista em Saúde Pública, pela Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil. Ocupa, atualmente, o cargo de psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência.

1. INTRODUÇÃO

O seguinte escrito apresenta alguns resultados do trabalho de conclusão de Especialização em Saúde Pública³ intitulado “A saúde mental quiçá saúda uma nova saída, ou será entrada? O chamado técnico, ético e político à prática social do terapeuta de referência”. Aqui se exerce o foco por sobre a compreensão, proveniente da discussão e reflexão efetuadas por uma equipe de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi), produzidas acerca da necessidade de existência da figura do terapeuta de referência na citada equipe – vislumbrando-se benefícios futuros para o grupo de trabalho que desfrute desta prática – como também parte das suas experiências cotidianas que clamam por esta reconfiguração de processos, nas respectivas rotinas de atuação.

Através de pesquisa de estado da arte da produção científica acerca do conceito específico de “terapeuta de referência” (TR), poucos dados esclarecedores e tampouco exercidos em profundidade foram encontrados. Localizam-se, outrossim, publicações que se apropriam do termo (ou da variável “técnico de referência”) em suas redes de discursos, sem contudo efetuarem uma discussão conceitual que vise atribuí-lo sentidos possíveis (Campos, 1999; Costa & Oliveira, 2005; Silva, 2005; Monteiro & Queiroz, 2006). No entanto, estes artigos têm uma base em comum, pois se referem ao trabalho em Saúde Mental, ou seja, buscam dialogar novas formas de proceder técnica e politicamente perante o atendimento de usuários destes serviços.

Por certa via, a prática do terapeuta de referência pode aproximar-se da noção de equipe de referência, que conforme determinações do Ministério da Saúde (2004a), em sua Política Nacional de Humanização, define que:

³ Onde aproveitamos para agradecer as profícuas colaborações de nossa orientadora, Prof^a Dr^a Sandra Caponi.

(...)cada unidade de saúde se organiza por meio da composição de equipes, formadas segundo características e objetivos da própria unidade, e de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos. Essas equipes obedecem a uma composição multiprofissional de caráter transdisciplinar, isto é, reúnem profissionais de diferentes áreas, variando em função da finalidade do serviço/unidade (...) que se responsabilizam pela saúde de um certo número de pacientes inscritos, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos (p. 8/9).

A lógica da prática do terapeuta de referência segue também este preceito no que diz respeito à responsabilização por um certo número de pacientes adscritos, mas vai além, pois provoca uma individuação ainda maior, uma vez que uma equipe de trabalho em sistema de Centro de Atenção Psicossocial já é por si de referência aos seus usuários; mas pelas particularidades inerentes aos sujeitos que buscam estes serviços crê-se na necessidade de vínculo e transversalidade nas relações ainda mais qualificadas, que poderiam surgir por meio de uma personificação da atenção e do cuidado mais estrita, proveniente da presença de um terapeuta de referência, centralizador do histórico de seus referidos.

Para elaborar esta pesquisa visamos compreender a operacionalização das atividades em um Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes, desde a chegada do usuário ao serviço, por meio de encaminhamento efetuado por outros serviços da rede. Este centro se pretende co-responsável pela promoção e reabilitação da saúde – bem como abrange o enfoque preventivo de atuação – dialogando sobre as possibilidades de intervenção, coerentes com uma visão histórico-política que aborde princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Saúde Pública e da Saúde Mental, em território brasileiro.

2. POR UMA BREVE DISCUSSÃO DAS INTERFACES ENTRE INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E SAÚDE MENTAL

Ao se propor desenvolver uma discussão acerca do desempenho da função de terapeuta de referência no universo da Saúde Mental de crianças e adolescentes faz-se necessário percorrer a trajetória da institucionalização e psiquiatrização da infância e da juventude no contexto brasileiro, a fim de que se possa trazer à luz algumas das principais características do olhar médico e científico por sobre a infância, até mesmo para se ter claro qual é o modelo a que a reforma psiquiátrica se propõe superar.

A institucionalização de crianças e de jovens no Brasil, bem como a psiquiatrização das problemáticas da infância, remetem ao início da década de 20, momento em que no Brasil se firmava uma burguesia urbana, voltada para a produção de capital, cuja intelectualidade predominante se preocupava se as questões da miscigenação racial poderiam comprometer a futura produção nacional.

Para a Psiquiatria, o foco nas questões da infância surgiu com a ampliação das propostas de intervenção da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), uma instituição que reunia a sua elite científica e intelectual que, conforme Reis (2000), deparava-se com o fracasso de seu saber técnico, revelado pela crescente cronificação e degeneração dos pacientes psiquiátricos internados nos manicômios. Com a proposta de intervir com uma perspectiva preventiva de higiene mental, ampliando o campo de ação para diversas instâncias do social, como escolas, famílias, trabalho etc., a LBHM visava garantir que os indivíduos se desenvolvessem de forma a se tornarem adaptados e produtivos.

Para isso, buscava avaliar os indivíduos nas diversas instâncias sociais – focos potenciais de emergência da loucura – a fim de identificar precocemente e controlar o

desenvolvimento de doenças mentais, sob uma perspectiva tanto médica quanto pedagógica. Isso porque a compreensão acerca do desenvolvimento da doença mental era fundada sobre uma base de explicação genética e social, sendo, portanto, a intervenção precoce necessária, para que pudesse dar conta de corrigir os desvios decorrentes da ordem do social.

Nesse sentido, o meio escolar e o familiar eram constantemente vigiados para que se identificassem possibilidades de desajustamento infantil. Temia-se a existência de “lares perversores” no desenvolvimento de menores delinquentes, toxicômanos, suicidas etc. Nesses casos era preferível o apego da criança ao ambiente escolar, que oferecia melhores condições de um desenvolvimento normal, capaz de garantir que essas crianças se tornassem adultos produtivos.

Ao longo do tempo esse processo resultou na institucionalização de crianças em larga escala, principalmente pela oferta de instituições filantrópicas de cuidado e, com a extinção da LBHM, o país passou por longo período de abandono por parte do Estado no desenvolvimento de políticas de saúde mental para a infância e adolescência.

Esse processo só foi retomado com a redemocratização do país, ao final da década de 70 a partir da promulgação da Carta Magna e a conseqüente elaboração da Lei Federal que instituiu o Estatuto de Criança e do Adolescente (ECA) em 1990. Esta Lei dispõe sobre o dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público a fim de que seja assegurada a efetivação dos direitos referentes a todas as condições necessárias pra que se garanta a vida e a dignidade de todas as crianças e adolescentes. Para tanto, conforme discute Machado (2006) “(...) a lei prevê dois fortes instrumentos de controle social: os conselhos de direitos das crianças (até 12 anos) e do adolescente (de 13 a 18 anos) e os conselhos tutelares, conforme o artigo 88 do Estatuto da Criança e do Adolescente” (p. 8).

Em nível federal, um ano após a promulgação do ECA foi criado, através da Lei 8.242/91, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e posteriormente os conselhos estaduais e municipais. No nível municipal, a partir de 1994, são criados os Conselhos Tutelares, previstos nos artigos 131 ao 140 do ECA, definidos enquanto órgãos permanentes e autônomos, não jurisdicionais, encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos dessa população específica.

Quanto à questão da responsabilização por crianças e adolescentes, a família é prioritária, com exceção dos casos em que, conforme previsto no artigo 98 do ECA, as medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que seus direitos forem ameaçados ou violados, seja por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável ou ainda em razão de sua conduta.

As mudanças necessárias ao cumprimento das deliberações propostas no Estatuto, no entanto, exigiram juntamente com a instituição de órgãos reguladores e fiscalizadores, a consolidação de um novo modelo de assistência, alternativo à institucionalização, que deveria ser desenvolvido sob uma base comunitária e territorial.

A Lei 10.216/2001, ao dispor sobre a necessidade de proteção e a garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, representou um primeiro passo no desenvolvimento de um novo modelo de atenção à saúde mental. Em 2002, correspondendo à necessidade de atualização das modalidades de atendimento ambulatorial à saúde mental, conforme normatizadas pela Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, duas novas normas aplicáveis à instituição e regulamentação dos CAPSs em todo país foram formuladas: a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que resolveu acerca das diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, organizados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad; e a

Portaria nº 189, de 22 de março de 2002, que resolveu sobre a inclusão dos procedimentos específicos para a atenção psicossocial na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS.

No caso da saúde mental infanto-juvenil, a prioridade pela proteção e garantia dos direitos aos portadores de transtornos mentais é representada pela instituição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, com a Portaria GM/1.608, de agosto de 2004, que é um espaço de debate coletivo, composto por representantes de instituições governamentais, setores da sociedade civil e entidades filantrópicas, de caráter representativo e deliberativo. O Fórum propõe-se a ser um importante instrumento de gestão do cuidado e proteção à criança e o adolescente em situação de grave sofrimento psíquico, discutindo as principais diretrizes que devem orientar os serviços de saúde mental ofertados a essas populações.

A fim de reorientar as ações do cuidado, direcionando-as contrariamente à lógica da exclusão historicamente construída, a implicação dos atores sociais responsáveis pelo cuidado parece constituir a estratégia central na definição de políticas de saúde mental no modelo territorial e substitutivo à institucionalização. Os conceitos de acolhimento e vínculo se tornam centrais no desenvolvimento de políticas de saúde mental e exigem que os profissionais e todos os atores sociais envolvidos com a atenção psicossocial desenvolvam ações intersetoriais no agenciamento do cuidado. Sobre a noção de vínculo, Vieira & Silveira (2005) propõem que:

(...) o conceito de vínculo é concebido aqui como processo de vinculação, ou seja, como movimento constante em direção ao estabelecimento ou ao estreitamento de uma relação imbuída por sentimentos de mútua confiança. Esse conceito, unido à concepção do acolhimento, é capaz de favorecer um reordenamento da lógica de recepção em saúde, na qual exista de forma efetiva um comprometimento e uma responsabilização de toda a equipe para com o sofrimento do usuário, de forma individual e coletiva, e para com o conseqüente trabalho terapêutico dirigido ao seu cuidado (p. 96).

Desta forma, o que se objetiva, além de um novo modelo de atenção, é também uma outra forma de conceber o cuidado, qualitativamente distinta e diametralmente oposta daquela que promovia a exclusão. A responsabilização, como estratégia central de intervenção que possibilita o fortalecimento de vínculos e o desenvolvimento de condições de reinserção social aos portadores de sofrimento psíquico é o que orienta o modelo proposto pelos CAPS.

O que diferenciaria a oferta de atenção psicossocial aos adultos e às crianças/adolescentes dentro do novo modelo de atenção à saúde mental é a lógica do agenciamento dessa responsabilização; enquanto a primeira se orienta para a reabilitação psicossocial de sujeitos que na maioria das vezes passaram por processos de internação e uso continuado de psicotrópicos, a segunda se propõe como medida de intervenção que garanta o desenvolvimento pleno dos sujeitos em situação de sofrimento psíquico, atuando de forma a prevenir que sejam internados ou excluídos de suas redes de cuidado.

Isso não significa que a atenção psicossocial ofertada aos adultos não opere no sentido da prevenção de agravos e promoção da saúde, mas por constituírem-se em sujeitos pertencentes a diferentes etapas de desenvolvimento, a atenção psicossocial oferecida para a infância e adolescência muitas vezes se depara com situações em que as possibilidades de reinserção social podem ser ampliadas, uma vez que lida com uma heterogeneidade de condições também em desenvolvimento.

A infância, segundo propõe Larrosa (1998), por se tratar de um devir desconhecido, de uma alteridade que está por vir e que se desconhece, foi historicamente objeto que incitou o desenvolvimento teórico e técnico no sentido de torná-la conhecida e desta forma aprisioná-la, a fim de que pudesse corresponder às expectativas que se tinha para o futuro da nação.

Para desenvolver uma nova lógica de atenção, que opere contra as formas de agenciamento da exclusão, a atenção à saúde mental deve atuar de maneira a garantir não só o fortalecimento dos laços de confiança, mas trabalhar para que todos os atores envolvidos na responsabilização pelo sujeito o vejam como possibilidade de desenvolvimento, garantindo o direito de cidadão que a Constituição lhe reserva. Este preceito está de acordo com o que o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil prevê como diretriz para o desenvolvimento das ações nos serviços: “Conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social.” (Ministério da Saúde, 2005, p. 16).

Assim, esta pesquisa visa abordar as alterações nas estratégias de processos de trabalho que possam garantir a crianças e adolescentes, usuários de CAPSi, um atendimento que se deseja prospectivamente de melhor qualidade, coadunando intersetorialmente com todos os movimentos sociais que visem este mesmo fim: o respeito à subjetividade e aos laços histórico-sociais destas infâncias e juventudes.

3. MÉTODO

Os resultados que serão aqui apresentados consistem em um recorte de uma investigação maior que articula dois eixos de análise: 1) dos discursos dos profissionais de uma equipe de Centro de Atenção Psicossocial de Crianças e Adolescentes; 2) das falas de familiares de usuários do respectivo serviço, visando apreender quais os sentidos atribuídos à prática do terapeuta de referência. Foi com a intenção de explicitar o “como” se instituíam saberes/práticas em meio ao universo de Saúde Mental, infância e adolescência que se elencou uma investigação teórica exploratória e qualitativa, que segundo González Rey (1997):

Es un proceso dinámico que se expresa dentro de una progresiva continuidad que no se agota en ninguna de sus formas de expresión: implica a los propios sujetos que se relacionan en este proceso, dando lugar a una situación de comunicación en cuyo curso pueden aparecer indicadores relevantes para la construcción del conocimiento en cualquiera de los momentos concretos del proceso de investigación (p.245).

Mapeou-se então, uma concepção do homem e do seu psiquismo como constituídos no seio de uma materialidade histórica, ou seja, o sujeito constituindo-se por e pela sua história social e cultural, concomitantemente às transformações que exerce no contexto social no qual se insere, na sua atividade prática. Assim, esta pesquisa visou abordar em que sentidos uma estratégia de trabalho que denota uma atenção especializada e focada nos diversos movimentos delineados por crianças e adolescentes usuários de CAPSi pode ser capaz de assegurar-lhes, com maior propriedade e responsabilidade, um futuro coerente com as relações sócio-históricas que os mesmos criarão eticamente no curso de suas existências. Não mais se centrando em dispositivos eugênicos de ortopedia moral de subjetividades, mas baseado na ação conjunta de profissionais, usuários e familiares que crêem e lutam nas e por possibilidades de autonomia e criatividade no relacionamento para com temáticas que envolvem o sofrimento psíquico, por si só já bastante grave, a ponto de não necessitarem de outros agravantes externos, como fora no passado.

3.1 Local e participantes

Esta pesquisa foi realizada com parte da equipe de CAPSi, que atende mensalmente a 150 crianças e adolescentes, que possuem entre 04 (quatro) e 18 (dezoito) anos incompletos de idade (mais especificamente, 17 anos, 11 meses e 29

dias). Os participantes foram três profissionais componentes da mesma: uma psicóloga, uma enfermeira e uma assistente social, todas mulheres, de idades variadas.

3.2. Coleta de dados

A técnica para coleta de informações utilizada foi a de entrevistas abertas, tendo apenas uma pergunta geradora, dando margens para que os sujeitos elaborassem conceitos, opiniões e saberes acerca do que lhes foi questionado. Olabuénaga (1996) aponta que

el uso de preguntas abiertas no debe confundirse con el vicio de formular preguntas confusas o ambiguas, que pueden ponerem en guardia al entrevistado al sentirse éste desorientado y sin poder controlar el riesgo que corre con su respuesta. La pregunta abierta debe, por el contrario, ser tan explícita y amplia como para que el entrevistado pueda ser consciente, al mismo tiempo, de qué es lo que se le pregunta y de qué es lo que él puede manifestar u ocultar (p.181).

Portanto, as questões que surgiram de uma pergunta provocativa não obedeceram a um questionário fechado e rígido, mas foram substrato para a elaboração em profundidade. A construção da pergunta geradora buscou englobar de forma abrangente os entendimentos múltiplos que os sujeitos podem constituir acerca da prática do terapeuta de referência.

Nossa pergunta geradora foi: Você sabe no que se constitui a prática do terapeuta de referência, inserido na realidade do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Florianópolis? Com as seguintes variações: Sente a necessidade de implementação desta prática? Com esta simples pergunta introdutória visamos compreender aspectos paralelos, tais como: a) o sentido e significações atribuídas à implantação desta prática: qual a relação que estabelece com esta mudança no cotidiano de acesso e execução dos serviços, como interpreta a importância do mesmo para si e para a comunidade, como

compreende esta prática no cuidado à saúde e b) o cenário do modelo de atenção à saúde: como visualiza e compreende o presente modelo de atenção à saúde mental infanto-juvenil, ao relacionar-se como profissional do CAPSi.

3.3. Análise dos dados

As entrevistas foram analisadas pelo método da análise de conteúdo de Bardin. Este conjunto de intervenções contou com: a revisão de literatura a respeito da formulação de políticas de cuidado em saúde mental, investigando os diferentes eixos de acolhimento, bem como do desenvolvimento de uma prática profissional em Centros de Atenção Psicossocial, que nos trouxeram indícios para articular acerca da necessidade de implantação da prática do “terapeuta de referência” nestes espaços. Para tal, fez-se uso da análise de conteúdo, para descrição e interpretação dos dados obtidos, considerando-os tanto por seu teor manifesto quanto latente, pelo que se disse nas entrelinhas. Construíram-se sub-temas a posteriori.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da leitura exaustiva do material resultante das entrevistas, muitos foram os conteúdos levantados pelos profissionais da equipe, mas neste artigo serão abordados dois temas específicos: A) O que é o terapeuta de referência e B) Como ser um terapeuta de referência. Partamos às discussões:

A) O que é um terapeuta de referência

No esforço de construir um conceito que defina o fazer do terapeuta de referência a partir do entrecruzamento dos discursos dos profissionais acerca de sua

prática na atenção psicossocial da infância e da juventude, verificou-se duas principais funções, desempenhadas pelo profissional que assumir esta posição: 1) a questão terapêutica e 2) a questão organizacional do serviço, a partir das quais se delineiam e capilarizam funções secundárias.

A primeira delas diz respeito à atuação profissional direta junto ao usuário, naquilo que concerne ao modelo de tratamento proposto pelos CAPS, seja em um atendimento pontual com a família ou com outra instância social que esteja em relação direta com a criança/adolescente. Esta atuação direta nos introduz à figura que se dedica ética, teórica e politicamente ao caso singular de determinado usuário, debruçando-se por sobre a sua existência e criando estratégias para promoção de saúde ao mesmo, aliando-se também aos familiares e/ou demais instituições que se implicam nesta assistência. O terapeuta de referência é quem acompanha essa família em seu movimento e no trabalho proposto, sendo que não significa necessariamente que o TR é aquele profissional que presencialmente estará realizando os atendimentos continuados semanais, sejam eles individuais ou em oficina terapêutica. Assim, a demarcação do papel do TR torna-se imprescindível para que a relação do usuário com o serviço e as atividades realizadas componham um todo coerente e compreensível, representado pelo projeto terapêutico desta família; plausível de ser comunicado, acompanhado, questionado, compreendido, refutado, ressignificado, enfim.

Morin (2002) auxilia a fundamentar um processo de comunicação que garanta a compreensão ao afirmar que existem duas formas de compreender, uma que se daria intelectualmente e a outra que se ligaria mais proximamente a uma compreensão humana intersubjetiva, atravessando uma mera inteligibilidade, conclamando demais aspectos afetivos, numa relação que necessita de empatia, de jogos de identificações para com o alvo da discursividade, que por sua vez demandam abertura, simpatia e

generosidade. Deste modo, pela existência de um terapeuta de referência, que se coloca à disposição de diálogos e de suportes graduais e processuais, garante-se mais seguramente uma comunicação qualificada, que permite ao usuário e aos seus familiares uma apropriação dos aspectos que compõem suas vivências no universo do CAPSi.

Assim, colocam-se as seguintes perspectivas para a figura do terapeuta de referência:

É alguém que de fato vai estar acompanhando outra pessoa. Ele é um canal para que algo seja desenvolvido (...) é um canal para estar trabalhando a pessoa. Enfim, abrindo as possibilidades para com ela, diante daquilo que traz ela aqui e diante de outras coisas que possam estar acontecendo (suj. 2).

O terapeuta de referência é a pessoa que essa família busca como um suporte para o tratamento, uma orientação. E terapeuticamente, é alguém que vai ouvir, acolher, ajudar a pessoa a achar um caminho para aquela situação que ela está colocando, vai servir como um suporte emocional, para aquela situação conflituosa, sempre que vier. Esse terapeuta vai estar costurando o tratamento dele, nas diferentes modalidades de atendimento que ele vai estar tendo: oficina, grupo, atendimento individual... (suj. 3)

É uma questão de uma pessoa estar como referência para a família, de modo geral estar vendo um caso de uma posição mais específica, podendo estar verificando alguma dificuldade que a família está tendo, poder estar orientando, encaminhando para um lugar pertinente. É mesmo alguém como referência para poder estar dando esse suporte na hora de um tratamento assim no caso de CAPSi, nas questões que surgirem, e nas questões que trazem pra cá, como na dificuldade de relações, estar mediando isso um pouco com a família. Ele agiliza mesmo.(suj. 1)

Isto coaduna com o que Furtado (2001) define como sendo o profissional em Saúde Mental, no seu papel de referência, que:

Não é responsável pela execução de todas as atividades previstas no projeto terapêutico, mas deve estar ciente e acompanhar, ainda que à distância, a evolução do paciente no curso das atividades desenvolvidas em grupos ou individualmente (...). O que caracteriza

o papel de referência é o fato de um profissional tomar para si o encargo de planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar o processo de reabilitação daquele paciente (p.4/5).

Possibilitando-se assim uma atuação comprometida, que possa fidedignamente dar subsídios tanto ao sujeito que é alvo deste cuidado e desta atenção, quanto corresponder aos anseios de familiares implicados no tratamento destas crianças e adolescentes, assim como corresponder aos chamados que demais instâncias do entorno social (escolas, casas lares etc.) reivindicam, ao buscar compreender o processo terapêutico desenvolvido em CAPSi, no intuito de exercerem uma co-responsabilização, com vias de auxiliar o mesmo.

Os discursos definidos por essa ação terapêutica perpassam não somente pelo cuidado, mas também pela escuta, acolhimento, oferta de suporte emocional, disponibilidade de ajuda para “encontrar um caminho”, ampliar possibilidades. Juntamente com essa ação terapêutica e não separada dela, está a função organizacional que desempenha a pessoa que assume essa posição de TR:

(...) não é que é um modelo de assistência, é uma forma de funcionamento de estruturação de um serviço, eu não vejo como estruturar esse tipo de serviço sem ter esse papel de terapeuta de referência. Eu acho que quando é um atendimento que a pessoa vai ter várias modalidades de atenção, alguém tem que articular isso, e ser uma referência pra família. Para não ficar todo mundo sendo referência, porque aí não há referência, então acho que alguém tem que centralizar essa atenção pra família e administrar esse projeto terapêutico (subj. 3).

(...) eu às vezes começo a ver muito assim, por dois aspectos: um pelo vínculo e outro como uma estratégia de operacionalização do serviço. Tem a coisa da operacionalização do serviço, para as pessoas poderem desenvolver outro tipo de resposta para um determinado número de usuários. A pessoa teria assim mais condições de, pelo vínculo, estar dando esse tipo de resposta, estar aglutinado, estar digamos, trabalhando, não só com o usuário mas com todo o entorno dele... (subj. 2).

Acho que uma coisa está ligada com a outra, e como o TR organiza o atendimento, a assistência àquele paciente, ele também vai organizar aquele prontuário, ele vai colaborar na organização daquele prontuário, e pega daí uma coisa mais dirigida, mais pontuada, pois sabe qual é a programação terapêutica (sujeito 3).

Segundo estes profissionais, o TR seria esse sujeito que centraliza o tratamento, que focaliza a atenção em alguns usuários específicos, acompanhando-lhes ao longo do tratamento e intervindo, quando avaliar necessário ou quando for solicitado pela família. É quem planeja e regula o projeto terapêutico, ressaltando-se aqui que o mesmo primordialmente advém de discussões interdisciplinares, com a presença de todos os membros da equipe; relativizando a necessidade ou não de realizar alterações nessa programação e é quem se responsabiliza pelas decisões relativas ao tratamento prospectivo destes usuários.

No que concerne à responsabilização, Silva (2005) propõe que o técnico de referência e o projeto terapêutico individual são dois dispositivos “importantes enquanto elementos produtores de engajamento, implicação, comprometimento e participação entre os atores sociais envolvidos no cuidado – profissionais, mas também familiares, usuários e eventuais membros da comunidade.” (p. 138)

Dispositivos estes que coadunam com a necessidade de particularizar o atendimento, centrando seu direcionamento e suas possibilidades na figura do usuário, repleto de idiosincrasias, que impedem a explanação artificial de modelos totalitários que visam homogeneizar subjetividades e suas respectivas perspectivas.

B) Como ser um terapeuta de referência

A definição de como exercer a prática de terapeuta de referência não se demonstra fechada, tal como um modelo que se impõe absoluto e pronto a ser reproduzido, mas perfaz-se de forma processual, de acordo com os movimentos e as

necessidades dos usuários, bem como de acordo com as experiências significadas particularmente por cada profissional, no exercício de suas funções.

Uma das técnicas do CAPSi convoca a possibilidade de

(...) poder trocar e ver uma opinião de outra área, como é que ele vê a situação, se o atendimento com aquela família está indo da melhor forma, às vezes de poder refletir sobre algo de que você não se toca, até por ter coisas que são de uma área de conhecimento diferente da tua área de formação... (suj. 1)

Fala que nos remete novamente ao processo de trabalho em Saúde Mental, que exige da equipe a constituição de espaços democráticos de comunicação, que provoquem a reflexão e a consequente ação, que se planeja e se constrói de forma coletiva, mesmo que a posteriori a prática já problematizada se ponha personificada, pela atuação de determinado profissional.

Isto pressupõe que haja uma integração entre a equipe, que para Testa (1995) é “uma microorganização que reconstrói a unidade perdida – através de sucessivas divisões do trabalho que geram outras tantas profissões diferentes – do trabalho social cujo objetivo é a atenção à saúde.” (p. 295)

Resgata-se assim a possibilidade de fazer em conjunto e atribuir sentidos coletivos às ações cotidianas. A equipe se dispõe a questionamentos, comunicações, retificações, significações e ressignificações para exercer a recuperação, a prevenção e a promoção de saúde no seu ambiente laboral.

Outra fala nos leva ao posicionamento político de sua agente, que aborda a necessidade de desconstrução de diagnósticos e expectativas rígidas e estanques acerca da subjetividade dos usuários atendidos pelo profissional que se disponha a ser terapeuta de referência:

Tem que dar chance para esse sujeito poder se conhecer. Quem é o fulano? Ah, é o cara que dá porrada na escola, e isso é que ele traz, é o cara que quebra tudo, é o cara que nunca tem atenção, eu sou um TDAH. Quem é o cara? TDAH! Não é mais o Vitor, ou o Paulo. Ele é o TDAH. Então, quem é? Aí tu vai olhar se tu esvazia, e ele também entra nessa percepção de se ver. Não é dar visibilidade, aí ele existe, não pelo contrário, ele só existe como entidade nosológica. Pelas estatísticas, daquele que é determinado a fazer isso, e dentro da família ele é um problema psiquiátrico, então não quero dar mais visibilidade em cima dele, tira! Tira esse foco, esse foco com uma luz da iatrogenia, de ficar repetindo esse círculo. Ele é uma criança! Se eu atendo e não o estou vendo, não vou poder fazer ele se ver. Quando eu vejo a possibilidade nele, se eu estou num canal direto com ele, ele também vê. Só que tem uma intenção, minha, de descobrir o sujeito, tem a crença que trouxe ele aqui, tem um paradigma que trouxe ele aqui e tem a minha escolha interna de limpar este paradigma. Eu é que tenho que ver essa outra opção para ele, que não seja a da professora que ele tem: do estuprado, ou do hiperativo. (subj. 02)

Este discurso os põe frente a políticas identitárias de demarcação, que baseadas em determinados campos de saber e dentro de suas técnicas próprias de avaliação, atribuem quadros nosológicos aos sujeitos, ou seja, normatizações e normalizações referentes às suas subjetividades, acontecimento que, na grande maioria dos casos, ao invés de auxiliar o sujeito atendido, termina por lhe diminuir e/ou extinguir possibilidades futuras de qualidade de vida e bem-estar social. Uma vez que um determinado usuário tem sua pluralidade existencial encerrada por um específico diagnóstico, de acordo com as relações histórico-sociais que se desencadeiam ao seu redor, processos de exclusão se explanam. Mas esta não é também uma ocorrência linear. Prado Filho (2005), ao descrever sobre a figura de subjetividade do “louco” na obra de Michel Foucault, aponta que:

O sujeito não é louco em Michel Foucault – mecanicamente – apenas porque o discurso psiquiátrico enuncia sua loucura, diagnostica e identifica a doença mental, e também não é louco apenas porque, solidariamente à marcação do discurso psiquiátrico, toda prática institucional e social objetiva esta figura como diferente, como sujeito da desrazão, como louco. Não apenas por isso, mas ele se torna louco quando começa a se espelhar neste

rótulo e se reconhecer como tal, começando a recitar seu diagnóstico, sinal de que o discurso psiquiátrico está falando no lugar vazio, no apagamento deste sujeito. Isto é uma coisa muito comum na prática do psicólogo quando, por exemplo, o estudante de psicologia vai visitar a antiga Colônia Santana, chega lá e pergunta ao interno: “Por que você está aqui?” E, este responde: “Porque eu sou esquizofrênico, porque eu deliro, porque perdi a razão e portanto, minha identidade”. Um louco se produz nos movimentos de uma prática discursiva e institucional psiquiátrica e social, posta em jogo com formas de reconhecimento de si mesmo em relação à norma da loucura: reconhecida a norma, subjetiva-se o louco (p.48/9).

Portanto, o movimento esperado do profissional em Saúde Mental é causar uma ruptura neste ciclo de afirmações e certezas que buscam sempre por se confirmar, evitando assim que o sujeito caia num jogo de reconhecimento de sua subjetividade frente à ordem do discurso na qual está inserido. Se vive-se numa sociedade na qual há uma grande procura por diagnósticos e hermenêuticas de si mesmo, para que se atribuam verdades mascaradas de saberes, é necessária uma atuação que englobe o cuidado às subjetividades que destes instrumentos são os alvos, os pontos de apoio de inúmeras relações de poder que daí derivam. Haja vista que, por vezes, estes dispositivos engendram o sofrimento ético-político daqueles que por eles são atravessados.

Esta fala da técnica nos traz uma reflexão que se dirige ao envolvimento político que os trabalhadores devem apresentar em seus exercícios profissionais, estando convergentes com as propostas históricas que exijam o fim das violências, em suas múltiplas formas de expressão, que sejam contra qualquer maneira de opressão e supressão dos sujeitos.

Esta ruptura no ciclo de demarcações identitárias cria novas relações sociais, que deixam de reservar um espaço privilegiado ao técnico, ao especialista, que dantes esmerava-se em atribuir sentenças irrefutáveis aos sujeitos por ele atendidos; e possibilita a troca e a construção de novas realidades, mais dignas e portanto mais

justas. O usuário deixa de ser apenas pertencente a uma categorização, mas um sujeito repleto de múltiplas potencialidades, que não se encerram com a definição referida pelo manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais e/ou pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Conforme prossegue a profissional:

(...) como é que a gente percebe isso, como eu recebo, como eu contemplo? E aí quanto mais eu conseguir fazer esse tipo de vínculo mais eu tenho possibilidades de ser a referência dessa pessoa porque eu consigo perceber melhor ela. Então eu consigo fazer uma troca com a família pois faço esse enlace todo para que essas percepções que eu tenho e que a família não consegue, porque está no mecânico, ela está na mecanicidade. Então eu é que estou nesse enlace com ela e que consigo tentar trabalhar com ela para que as demais pessoas percebam também (suj. 2).

Quiçá, assim como nos traz este discurso, o “como” ser terapeuta de referência perpassa ainda por fortalecer esta família, para que a mesma se retire de uma posição de mera receptora de informações nosológicas e sintomáticas, que carregadas por certezas por vezes encerram as tentativas parentais de vislumbrar possíveis trajetórias terapêuticas; para então promover novas perspectivas de enfrentamento e de protagonismo para as mesmas e para os seus, que são os usuários de uma rede em Saúde Mental que se quer crítica da sociedade ao seu redor e de si mesma, facilitando assim a ocorrência cíclica de mudanças.

5. CONCLUSÃO

Neste escrito visamos contribuir com os sentidos que podem ser atribuídos à figura do terapeuta de referência. Sabemos que não esgotamos a multiplicidade de significados que podem ser construídos pelas ricas formas de se atuar no campo da Saúde Mental em território brasileiro. Partindo de uma compreensão de uma assistência

à Saúde Mental que se coloca como um mecanismo para desinstitucionalizar a loucura, para através de articulação das diversas instâncias sociais, num movimento de intersectorialidade, no qual através de relações solidárias, resilientes e éticas se consiga promover a inserção e/ou a reinserção dos usuários, o intuito desta pesquisa permeou o *fazer* em Saúde Mental.

Um fazer que pretende se abrir ao acolhimento do usuário, desde seu primeiro contato para com o nível médio de complexidade em atenção em Saúde, abarcando-o de forma integral, equânime e universal, compreendendo que da qualidade deste cuidado podem decorrer de forma atual e prospectiva inúmeras tentativas, experiências e ressignificações que o mesmo irá encontrar e produzir no processo que é o seu viver em uma sociedade que se declara democrática.

Entendemos assim que a figura representada pelo terapeuta de referência trata-se, em sua concretude, do delineamento de uma prática social que pode ser exercitada por qualquer profissional que exerça suas funções em ambiente de CAPS, estando convergente com os dispositivos de atenção, tratamento e recuperação em saúde mental; atuando de forma interdisciplinar e multiprofissional, fazendo o planejamento individual dos sujeitos por ele atendidos, que se dá de forma a ampliar as perspectivas de entendimento destes sujeitos, baseado em discursividades que provenham de vários campos de saber, sem que isto se constitua num ecletismo teórico, mas se fundamentando numa escuta de qualidade, que possa, de forma integrada, sugerir as melhores estratégias de planejamento para dificuldades e sofrimentos concretos do usuário. Seria, portanto, uma particularização do atendimento dos usuários do serviço, sem, no entanto, constituir-se em mais uma especialização.

6. REFERÊNCIAS

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*, Lei n° 8.069, de 13/07/1990. Porto Alegre: CORAG.

Brasil. Lei 8242/91 (1991). *Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA e dá outras providências*. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil. Lei 10.216. (2001). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/legisla/htm>. Acesso em: 20 fev.2007.

Brasil. Ministério da Saúde (1992). Portaria 224/92. *Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental*. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde (2002). *Portaria n. 336/2002*, de 19/02/2002. Brasília. Disponível em: http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/PT_336.htm

Brasil. Ministério da Saúde (2002). *Portaria n. 189/2002*, de 22/03/2002. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde (2004a). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde (2004). Portaria n. 1.608, de 03/08/2004. *Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes*. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde (2005). *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil*. Brasília, DF.

Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência. saúde coletiva*, vol.4, no.2, p.393-403.

Costa, T. C. R., & Oliveira, L. (2005). Estratégias de inclusão: Saúde Mental na atenção básica. *Qualit@s - Revista Eletrônica*, 4(2) <http://www.newtonpaiva.br/ArteCultura/ArteCultura.aspx?ID=163>

Furtado, J. (2001). Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação. In: Harari, A.; & Valentini, W. (Orgs.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano* (pp. 37-58). São Paulo: Hucitec.

González Rey, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. São Paulo: EDUC.

Larrosa, J. (1998). O enigma da infância: ou o que vai do possível ao verdadeiro. In: *Pedagogia profana: danças, piruetas e mascaradas* (pp. 229-246). Porto Alegre/RS: Contrabando.

Machado, K. (2006) *Conselhos Tutelares e de Direitos: em defesa da criança e do adolescente*. Radis – comunicação em saúde, pp. 08-11, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Monteiro, C. P., Queiroz, E. F. de. (2006). A clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental. *Psicologia clínica*, 18(1),109-121.

Morin, E. (2002). Os sete saberes necessários à Educação do Futuro. São Paulo: Cortez Editora/UNESCO.

Olabuénaga, J. I. R. (1996). *Metodologia de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Prado Filho, K. (2005). Uma história crítica da subjetividade no pensamento de Michel Foucault. In: Falcão, L. F., & Souza, P. *Michel Foucault: Perspectivas*. Rio de Janeiro: Achiamé.

Reis, J. R. F. (2000). De pequenino é que se torce o pepino: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 7 (1), 135-157.

Silva, M. B. B. (2005). Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis*, 15(1), 127-150.

Testa, M. (1995). *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.

Vieira, A. L. S. & Silveira, D. P. (2005). Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 5(1), 92-101.

Contato:

Giselle Mânica, e-mail: gisellemanica@hotmail.com,

Endereço Rua Irmão Joaquim, n. 184, Bairro: Centro, CEP: 88020/620, Florianópolis / SC, Brasil