



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

revistapsisoc@gmail.com

Associação Brasileira de Psicologia Social
Brasil

Mainieri Paulon, Simone; Gageiro, Ana Maria; Corrêa da Costa, Diogo Faria; Petry Londero, Mário
Francis; Garcia Pereira, Renata; Correa de Mello, Vânia Roseli; Hack da Rosa, Raquel
PRÁTICAS CLÍNICAS DOS PROFISSIONAIS 'PSI' DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DO VALE DO RIO DOS SINOS
Psicologia & Sociedade, vol. 23, 2011, pp. 109-119
Associação Brasileira de Psicologia Social
Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326564014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

PRÁTICAS CLÍNICAS DOS PROFISSIONAIS ‘PSI’ DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO VALE DO RIO DOS SINOS

CLINICAL PRACTICE OF ‘PSY’ PROFESSIONALS ON PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTERS OF MENTAL HEALTH IN VALE DO RIO DOS SINOS

**Simone Mainieri Paulon, Ana Maria Gageiro, Diogo Faria Corrêa da Costa,
Mário Francis Petry Londero e Renata Garcia Pereira**
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Vânia Roseli Correa de Mello
Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Raquel Hack da Rosa
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil

Resumo

Este artigo propõe-se a estudar as práticas clínicas exercidas pelos profissionais ‘psi’ (psicólogos e psiquiatras) junto aos Centros de Atenção Psicossocial de uma região do Rio Grande do Sul, buscando verificar em que medida tais práticas vêm contribuindo para a qualificação profissional destes atores e para a potencialização do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Sustentado metodologicamente na pesquisa-intervenção, o trabalho explorou as possibilidades crítico-criativas das práticas operadas na rede de saúde mental, buscando desnaturalizar funcionamentos herdados do modelo hospitalocêntrico de internação e exclusão. Mapeadas as principais temáticas contidas em situações consideradas críticas do cotidiano de trabalho daquele grupo, três grandes categorias analíticas emergiram: Modelo de Gestão, Relações de Equipe e, a categoria focada em especial nesse artigo, das Práticas Clínicas. Cinco aspectos norteadores das práticas clínicas operadas nos CAPS são analisados.

Palavras-chave: políticas públicas; saúde mental; reforma psiquiátrica; clínica institucional.

Abstract

This article proposes to study the clinical practices carried out by ‘psy’ professionals in the Psychosocial Attention Centers of Mental Health, discussing on how much these practices are taking place in order to enhance the process of Brazilian psychiatric reform, enabling this way a qualification of the professionals working in the mental health system from the instigation of what is going on when thinking about the daily work related on these centers. This study was methodologically based on intervention-research, and explored the possibilities of critical and creative practices operated in the mental health network, denaturalizing some of the hospitalocentric running model legacy of hospitalization and exclusion. Key issues were mapped in situations considered critical to the daily work of that group. Three analytical categories emerged: Management model, Team relationship and Clinical Practice, which are specially focused in this paper. Five aspects of guiding practice, which are operated in CAPS, are analyzed.

Keywords: Public policies; mental health; psychiatric reform; institutional clinic.

Espreitando além-muros: de onde se inicia uma conversa

Este trabalho apresenta um recorte da pesquisa intitulada *A clínica da reforma psiquiátrica: práticas dos profissionais ‘psi’ nos serviços substitutivos de saúde mental do Vale do Rio dos Sinos*, surgindo como

desdobramento de um primeiro projeto¹ em que se avaliaram as práticas de cuidado exercidas em dois diferentes serviços substitutivos da rede de saúde mental. Naquela ocasião, procurou-se analisar as fragilidades constatadas nas equipes técnicas dos serviços em termos de associarem os dispositivos de atenção em saúde mental indicados pela legislação vigente² às práticas de

cuidado por elas exercidas no cotidiano do trabalho da rede pública de saúde mental.

A primeira investigação, realizada entre 2003-2004, partiu da observação de uma lacuna significativa entre o funcionamento proposto no aparato legislativo conquistado e as possibilidades de ações concretas de operar formas de atenção em saúde mental. Da mesma forma, esta segunda³ pesquisa teve como objetivo analisar concepções vigentes da clínica na região, possibilitando qualificar a formação dos profissionais para atuarem junto às políticas públicas de saúde. A região eleita para o estudo foi composta por municípios do Vale do Rio dos Sinos e região metropolitana, vinculadas a 1^a Coordenadoria de Saúde Mental do Rio Grande do Sul (RS), sendo restrito o convite aos cinco municípios do Vale que contavam com psicólogos e psiquiatras nos CAPS. Iniciadas as contratações com cada gestor municipal, participaram da pesquisa vinte profissionais de quatro municípios⁴.

Foram, então, promovidos encontros com os psicólogos e psiquiatras – denominados, no âmbito deste estudo, por profissionais ‘psi’ – a fim de provocar o debate e troca de experiências que permitissem identificar as práticas clínicas por eles operadas. A partir disso, a investigação estruturou-se em torno de algumas problematizações das práticas cotidianas de atendimento nos serviços para pensar as concepções da clínica e práticas dela decorrentes. Nesse momento foram elencados dois pontos: O que fragiliza as equipes em suas práticas cotidianas nos serviços substitutivos? Quais as práticas clínicas, para os profissionais ‘psi’ dos CAPS, que se aproximam de um modelo de atenção psicossocial requerido por um serviço substitutivo?

Na medida em que pudemos mapear junto ao grupo essas duas questões centrais do estudo, foi possível elaborar o instrumento de investigação a ser aplicado como ferramenta facilitadora para o aprofundamento da discussão sobre as práticas de cuidado cotidiano dos profissionais ‘psi’ nos CAPS da região investigada. Três categorias analíticas emergiram da investigação: Modelo de Gestão, Relações de Equipe e Práticas Clínicas operadas nos CAPS. É sobre esta última que este artigo irá se deter.

A intenção da investigação foi propiciar uma possível ferramenta facilitadora da intervenção junto às políticas públicas de saúde mental, sendo um instrumento catalisador da ruptura necessária dos velhos paradigmas em prol das novas diretrivas indicadas pela Reforma Psiquiátrica.

O caminho-percurso sendo traçado

A fim de dar conta da pluralidade de vetores que compõem a produção de subjetividade e que, conse-

quentemente, ressoam nas formas de estar e se fazer no mundo, optou-se pelo método da pesquisa-intervenção, que propõe um olhar diferenciado na relação pesquisador-pesquisado. A pesquisa, nessa perspectiva, é em si “produção de realidade, de conhecimento e de subjetivações” (Paulon, 2005). Reconhecida, portanto a interferência gerada no encontro pesquisador-pesquisado, o cientista se utiliza da emergência de analisadores para intervir. A pesquisa-intervenção caracteriza-se, então, como uma prática desnaturalizadora quando, ao entrar em contato com o campo/objetivo em seu questionar, possibilita a reinvenção social. Alguns autores, como Szymanski e Cury (2004, p. 361), denotam que tal metodologia “exige conhecimentos teóricos e metodológicos tanto da prática de pesquisa como da profissional e, principalmente, a consideração dos usuários/participantes como pessoas que são foco de cuidado, co-construtores de significados e não ‘objetos’ ou ‘sujeitos’ de uma pesquisa”.

Nesta aproximação, é importante estar atento aos movimentos construídos pelo exercício do próprio ato de pesquisar, alimentando-se das situações geradas enquanto dispositivos de produção de conhecimento e intervenção. Os depoimentos dos trabalhadores dos serviços substitutivos com os quais entramos em contato indicaram que a relação estabelecida entre pesquisadores e pesquisados contribui significativamente não apenas com a riqueza das informações solicitadas, mas, também, para o próprio processo de autoanálise e reflexão do grupo. No caso, essa é uma característica da pesquisa-intervenção que mantém seu compromisso ético estabelecido entre os diferentes segmentos implicados com o trabalho. Em trabalho anterior de um dos autores deste artigo (Paulon, 2005, p. 21), é possível ver essa relação produzida na pesquisa-intervenção, numa radicalização do princípio de protagonismo dos sujeitos presentes em outras modalidades de pesquisas participantes:

não mais uma relação dialética de mútua interferência, mas a partir de uma perspectiva na qual já não se trata da melhor forma de apreender sujeito e objeto, mas de como acompanhar processos de subjetivação que se objetificam e corporificam não necessariamente em sujeitos individuados. O problema de pesquisa assim compreendido seria, muito mais formulado em termos de como acompanhar as diversas expressões dos processos de singularização.

A pesquisa-intervenção, em sua potência de se fazer de maneira transversal, não pressupõe um campo problemático dado e nem mesmo uma intervenção que diferencie os tempos de ação em campo e produção de análises tanto *a priori* como *a posteriori*. Passos e Barros (2009, p. 17) propõem uma reversão no processo metodológico, demonstrando o quanto o método (*meta-hódos*) estaria definido como um “caminhar para

alcançar metas já pré-fixadas". Nesse sentido, o que os autores entendem enquanto pesquisa-intervenção seria uma reversão metodológica mais correspondente a um hódos-meta, no caso, "o caminhar que traça, diante de seu próprio percurso, os movimentos que produzem problematizações".

No percurso desta pesquisa-intervenção, a participação dos serviços definiu-se pelo interesse e disponibilidade das equipes, dos gestores dos municípios convidados e pela viabilidade dos profissionais participarem dos encontros. A especificação dos psicólogos e psiquiatras dentre o grupo de trabalhadores da saúde mental nos referidos serviços justificou-se por um dos objetivos traçados na pesquisa, que era o de relacionar seus resultados aos objetivos de formação desses profissionais para o trabalho na rede pública de saúde da região. Mesmo considerando que esses profissionais não são os únicos a exercer o trabalho clínico nos serviços, entendíamos que para pensar a formação 'psi' seria importante manter o foco da análise nas situações vividas e atribuições correspondentes a este segmento das equipes multidisciplinares dos CAPS. Os questionamentos constantes e incômodos gerados por esse recorte do campo de intervenção exigiram que esse ponto fosse retomado ao longo do percurso de pesquisa e compusesse parte das análises que serão trazidas na sequência. É válido comentar que tais questionamentos abriram discussões problematizadoras das concepções de clínica no contexto da reforma psiquiátrica, visto que apontavam a inconformidade do grupo com um procedimento de pesquisa que poderia sugerir uma "clínica de especialistas" largamente criticada no contexto dos serviços substitutivos. Também cabe frisar que os debates suscitados e incorporados às análises de pesquisa só puderam vir à tona por conta da própria escolha metodológica, cuja estratégia se propõe a ir traçando caminhos de investigação a partir dos próprios desvios surgidos no trajeto de trabalho junto ao campo problemático.

O número final de vinte participantes foi definido pelo quadro funcional das secretarias municipais de saúde contatadas. O único critério proposto pelos pesquisadores para participação era o de ter dois ou mais anos de serviço, tendo em vista a necessidade dos participantes possuírem a experiência requerida pelo instrumento do Incidente Crítico.

Mergulhando no campo problemático da reforma psiquiátrica

Três momentos distintos foram realizados para aproximação ao campo: dois encontros específicos do grupo de pesquisa junto aos vinte profissionais par-

ticipantes do estudo - sendo um para contratação da pesquisa e aplicação da técnica dos incidentes críticos e o segundo para análise coletiva dos dados parciais - e visitas dos pesquisadores para observações do dia a dia dos serviços.

Primeiro encontro - aplicação do instrumento

A primeira incursão nos serviços pesquisados deu-se através da aplicação do questionário do Incidente Crítico (IC). De acordo com Flanagan (1973, p. 109),

a técnica do incidente crítico é essencialmente um procedimento para reunir certos fatos importantes relacionados com o comportamento em situações definidas. Deve-se dar ênfase ao fato de que a técnica do incidente crítico não consiste em um único conjunto rígido de normas que governam tal coleta de dados. De preferência, deve-se considerá-la como um conjunto flexível de princípios, os quais devem ser modificados e adaptados para cada situação específica.

Dessa forma, após estudos e debates realizados pela equipe pesquisadora sobre a reforma psiquiátrica e a clínica em saúde mental, foi elaborado um IC que pudesse servir como balizador das ferramentas lançadas pelos profissionais em seu cotidiano de trabalho. O enunciado mais próximo a este objetivo incita o entrevistado a responder qual a melhor situação experienciada em termos de cuidado em saúde mental e qual a pior situação experienciada em termos de cuidado em saúde mental.

Para a aplicação do instrumento, foram realizados dois encontros em que se reuniram todos os participantes da pesquisa para debater os conteúdos por ele suscitados. Mesmo que a aplicação do instrumento em si já trouxesse dados interessantes para o debate temático, na perspectiva da pesquisa-intervenção, construir com os sujeitos envolvidos um espaço de análise coletiva e produção de conhecimentos sobre o campo da reforma psiquiátrica que a pesquisa propunha problematizar foi de grande valia. Assim, o IC passou a ser um dispositivo para a emergência das concepções de clínica presentes no grupo. A forma como foi utilizada essa técnica se configurou em um dos momentos da intervenção ao propiciar um exercício de autoanálise dos profissionais envolvidos na pesquisa.

Nesse encontro coletivo, a partir da distribuição dos integrantes do estudo em pequenos grupos, os profissionais foram convidados a relatar o que haviam escolhido como incidente. Os grupos elegeram dois incidentes críticos que exemplificassem - na concepção dos participantes - uma melhor e uma pior situação apresentando-os ao grande grupo. Assim, a cada incidente discutido nos pequenos e no grande grupo, identificaram-se os pontos polêmicos e os critérios de eleição dos fatores críticos de cada uma das situações

(melhor/pior), desencadeando coletivamente as primeiras análises dos conteúdos pesquisados.

O interessante de todo esse processo de elaboração e posterior discussão das situações-limite evocadas pelo instrumento de pesquisa utilizado foi que o detalhamento desses episódios, com as atribuições e movimentos requeridos dos profissionais para que alcançassem os resultados narrados, evocou várias lembranças de casos equivalentes que alimentaram a contenda das práticas operadas nos serviços, provocando o grupo a pensar e analisar de que forma vinham atuando junto a esses novos equipamentos de cuidado. Esse processo reflexivo e de compartilhamento entre os participantes favoreceu o exercício de autoanálise do grupo que a intervenção socioanalítica busca deflagrar e que constitui um dos pilares da estratégia de pesquisa participante adotada.

Observação dos serviços

Todas as equipes cujos representantes participaram da primeira etapa acima descrita foram observadas. Essas visitas foram contratadas com as equipes através de seus coordenadores, sempre coincidindo com a observação da reunião de equipe. Para a análise das observações utilizamos os diários de bordo como ferramenta que enunciou os acontecimentos, cenários e implicações do pesquisador na situação de campo.

Os momentos de inserção nos serviços por meio da observação mostraram-se uma rica estratégia na qual foi possível evidenciar alguns analisadores comuns às equipes visitadas. Lembrando Lourau (1993, p.35), entendemos que os analisadores podem ser qualquer palavra, gesto, acontecimento ou momento, quaisquer objetos capazes de suscitar a crise necessária para disparar um processo analítico, “que fazem aparecer, de um só golpe, a instituição invisível.”

O burocratismo das reuniões de equipe, invariavelmente guiadas através de pauta que conduz sequencialmente os assuntos a serem abordados, emerge como um dos temas mais recorrentes e, por isso mesmo, indica um elemento analisador do modo de operar das equipes. Paradoxalmente sustentado por um apego à pauta e uma incapacidade de cumpri-la em sua extensão que convive, lado a lado, com uma constante queixa do caráter dispersivo e improdutivo que resulta das reuniões de equipe, o burocratismo nos CAPS parece falar justamente dessa transição de modelos de atenção em saúde mental em que se encontra o processo de implementação da reforma psiquiátrica. Como também identificado por Yasui e Costa-Rosa (2008, p. 31):

O trabalho em equipe era uma espécie de terra prometida onde, afinal, seria possível mudar o modelo asilar e exercer uma boa assistência à Saúde Mental. Mas a concretização dessa proposta de trabalho em equipes

multiprofissionais fez com que ela se transformasse, ao longo dos anos, em um dispositivo burocrático.

No entanto, também se pôde observar que as equipes faziam um grande esforço no sentido de coletivizarem suas discussões e, talvez por isso, sentiam dificuldade de administrar o tempo disponível para as reuniões com todas as pautas que gostariam de compartilhar. Um dos pontos críticos vislumbrados durante as mesmas foi a discussão de casos. Embora algumas equipes garantam o espaço para discussão dos casos, a sobrecarga de tarefas cotidianas não permite que sejam abordados suficientemente. Assim, elegem assuntos administrativos em detrimento da discussão de casos, exceto em caráter de urgência. O pedido de maior tempo aparece no sentido de qualificar os momentos em que existe a discussão de modos de traçar o percurso clínico, e parece falar do desejo de construção de abordagens coletivas para o enfrentamento das demandas cotidianas que chegam aos CAPS.

Essa burocratização dos espaços em se poderia estar pensando a clínica da Reforma Psiquiátrica, mas se acaba “refém” do que está predeterminado nas pautas, parece exercer uma função ambígua para as equipes. Uma rígida organização dos fluxos comunicativos nos grupos, ao mesmo tempo em que engessa as relações, permite certa distribuição de poderes, pois qualquer participante pode eleger um assunto e ele será abordado, desde que devidamente incluído na pauta. Com isso, observa-se um estranho exercício de lateralização dos poderes, pois ao “despistar” a imposição das prioridades pela autoridade da coordenação a pauta acaba autorizando falas muitas vezes indesejadas para outros integrantes das equipes. A diferença de saberes dos componentes da equipe de fato não se evidenciava nos discursos ou conteúdos tratados nas reuniões, pois todos habitavam **todos** os assuntos e defendiam pontos de vista de forma indiscriminada. Em uma perspectiva quicá ingênuas, poder-se-ia perceber certo ideal “weberiano” nessa lógica burocrática a que os CAPS se apegam, protegendo-se, talvez, de uma discussão mais aprofundada em que as diferentes concepções de sujeito, clínica e saúde poderiam aparecer. O próprio movimento dos grupos no sentido de incluírem todos os colegas no debate conclamado pela pesquisa apontava, no mínimo, para um desejo de que essa fosse uma preocupação do coletivo daqueles trabalhadores.

Segundo encontro - devolução parcial dos conteúdos

De posse de uma sistematização das informações obtidas com as cenas geradas pelo IC, somadas aos analisadores provenientes das observações e participações nas reuniões de equipe dos CAPS, o grupo de

pesquisadores promoveu um terceiro momento com os participantes do estudo no qual foram explicitados os dados parciais da pesquisa, elaborando-se categorizações coletivas dos mesmos. Num panorama geral, mapeou-se a incidência das principais temáticas contidas nas cenas críticas e suas repetições, apresentando-se as duas cenas eleitas como as mais críticas/elucidativas do cotidiano de trabalho daquele grupo, propiciando-se um debate que gerou três grandes categorias analíticas: Modelo de Gestão, Relações de Equipe e, a categoria focada em especial neste artigo, Práticas Clínicas.

Os exercícios de reflexão promovidos pela investigação, bem como a observação de rotinas de trabalho e consequente troca de olhares sobre eles, propiciaram um rico momento de questionamentos e aprendizagens a todos, explicitando pontos nevrálgicos e enfrentamentos condizentes com a realidade dos serviços, pois o próprio processo de construção das categorias de análise convocou a sensibilidade dos trabalhadores. O descompasso entre a exigência de novas práticas em saúde mental e as velhas teorias sobre essa temática, as vicissitudes experimentadas na implementação do processo de municipalização, as dificuldades enfrentadas para atrelar a saúde mental a outras políticas públicas constaram entre as preocupações mais frequentes no cotidiano de trabalho daqueles profissionais.

Tal produção coletiva estimulada na pesquisa-intervenção e sustentada nas ferramentas conceituais que fomentam uma discussão sobre a reforma psiquiátrica levou-nos à seguinte indagação da qual passaremos a nos ocupar: que clínica é essa que se passa no cotidiano dos CAPS e quais forças a atravessam?

Da análise coletiva à clínica da singularização

Na categoria das práticas clínicas foram agrupados os temas relacionados às ações operadas pelos profissionais ‘psi’ nos serviços substitutivos de saúde mental, bem como as discussões de algumas concepções de clínica que embasam sua atuação.

Pensar a clínica ‘psi’ remete a considerar a instituição Psicologia e quais seus impasses ao longo da história. “Pensar no trabalho que nós, psicólogos, temos desenvolvido, é pensar neste lugar instituído e naturalizado, percebido como a-histórico, neutro e objetivo que nós, muitas vezes, temos ocupado e fortalecido: o do saber-poder” (Coimbra & Leitão, 2003).

A clínica aqui denominada tradicional relaciona-se a este modo instituído do fazer ‘psi’: um espaço de escuta individualizada no qual um percurso terapêutico se constrói com base na interpretação e elaboração que um especialista/terapeuta faz sobre um paciente-doente.

Uma clínica herdeira da racionalidade moderna que contribuiu com a hegemonização do modo de subjetivação indivíduo, centrada da ilusão centrísta de um homem dono de si que se tornaria senhor absoluto de seu mundo. Nessa proposta iluminista, conforme sintetiza Romagnoli (2009, p.166),

o formalismo metodológico sustenta-se na neutralidade/objetividade, com forte mitificação da racionalidade. E o homem torna-se um ser basicamente racional, que usa sua capacidade unida a uma cuidadosa observação do mundo exterior, para a produção de conhecimento científico e o consequente domínio da natureza, tendo como meta abordar a natureza essencial das “coisas”, a partir da noção de verdade.

Contudo, a proposta iluminista vai “iluminar” menos do que o prometido, e o modelo matemático no qual uma certa ciência psicológica se havia erigido em finais do século XIX mostraria suas insuficiências. A lógica adaptativa que por tanto tempo consolidou-se como única forma de saúde possível no campo das ciências do homem cederá espaço a uma clínica das singularidades na qual a produção de desvios – *klinamen* – abre outros sentidos às práticas terapêuticas. Uma clínica não mais restrita a um inclinar-se sobre o leito – como a outra vertente etimológica do termo sugere: *klinos*. Uma clínica desviante que é capaz de transcender os espaços institucionais e as amarras disciplinares em que foi forjada para criar saídas inusitadas, acompanhar singularidades, inventar mundos (Barembli, 1997; Paulon, 2004; Romagnoli, 2009).

No âmbito dos serviços substitutivos que a reforma psiquiátrica produziu, a formação de equipes multiprofissionais, sugerindo uma prática interdisciplinar, compõe um diferencial que aponta a necessidade de reinventar a clínica. Sales e Dimenstein (2009, p. 18) afirmam ser “necessário ao contexto atual de implementação de novos serviços e lógicas de assistência em saúde conhecer as condições de produção de saber e competências profissionais”.

Além deste efeito inicial do pensar a clínica que foi provocado nessa intervenção, outras mudanças nas práticas requeridas pelos serviços de atenção psicosocial começaram a ser percebidas pelos profissionais que neles atuam e que, por esse motivo, serão aqui desenvolvidas. Assim, apresentaremos os pontos delineados na trajetória da pesquisa que norteiam as práticas clínicas rumo a um novo modo de operar e produzir saúde mental.

Escuta à singularidade do usuário

Referida em quase todos os incidentes e discussões de casos, a escuta à singularidade aparece como um dos pilares que dão sustentação à reforma psiquiatra

e se atualiza como uma condição para o êxito do tratamento. Acolher o sujeito na sua diferença, por exemplo, modifica a postura das equipes diante das dificuldades de aderência ao tratamento que deixam de ser tomadas como mera resistência do “paciente” e passam a ser consideradas expressões dos modos de trabalho presentes no serviço e das concepções de sujeito que ali se apresentam. Um dos relatos dos trabalhadores de CAPS testemunha o posicionamento almejado pelos profissionais ‘psi’ em suas experiências efetivas de cuidado em saúde mental:

Foi encaminhado a mim, um paciente com história de várias tentativas de suicídio, até então considerado “crônico” pela equipe. Naquele momento, eu era nova na equipe e os relatos sobre o paciente eram taxados como um “caso sem solução” devido ao seu humor deprimido grave, desesperança considerada “contagiante”. Seus tratamentos eram basicamente grupos de medicação e terapêutico, já há algum tempo, sem relativa melhora. Considerei importante atendê-lo individualmente além do espaço grupal que já ocupava. Com o passar dos meses, à medida que foi escutado ele pode lidar com o desejo de morte, sendo mais bem enfrentado. Em três anos de tratamento não houve mais tentativas⁵.

Destaca-se, a partir da análise dos incidentes críticos, a importância de poder propiciar aos usuários e aos trabalhadores dos serviços de saúde mental esses espaços de escuta ao sofrimento psíquico. Essa construção ímpar, na intenção de abertura para brechas singulares no tratamento dos usuários, é que torna a escuta potente, possibilitando o sucesso de cada caso que os CAPS tentam dar conta. É um trabalho vivo que se passa na relação usuário-cuidador.

Frente a isso, concordamos com Merhy (2002, p. 49) no sentido de que as práticas de saúde mental devam estar intrinsecamente ligadas à produção do trabalho vivo, já que “suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades”. O trabalho vivo, diferentemente do morto, relaciona-se com a potência que se deseja para a clínica em saúde mental, na medida em que opera através dos encontros e relações entre trabalhadores, usuários e a própria sociedade. O trabalho vivo ganha a característica de estar em constante construção, operando “no entre” das relações que vão ocorrendo, desfigurando a maneira já dada e sentenciada aos “pacientes” que estão em tal relação somente para receber instruções e serem submetidos a determinado tratamento. Para Merhy (2002, p. 48), o trabalho vivo em ato “opera como uma máquina de guerra política, demarcando interessadamente territórios e defendendo-os; e, como uma máquina desejante,

valorando e construindo um certo mundo para si (dentro de uma certa ofensiva libidinal)”. Ou seja, as práticas clínicas operadas em serviços substitutivos ganham uma abertura que força os limites/muros da velha clínica manicomial, demandando a operar movimentos que atuam no campo político. Toda clínica nessa perspectiva apresenta-se em sua dimensão de “máquina desejante”, no sentido de estar sempre operando agenciamentos que vão ganhando corpo à medida que processam relações transformadoras no ambiente dos CAPS. Ao se criarem espaços para relações mais horizontais entre usuário-profissional, ambos constroem, de maneira corresponsável, práticas terapêuticas significativas para cada sujeito singular. Constroem-se simultaneamente os sujeitos-trabalhadores envolvidos nesse processo, como indica Ferreira Neto (2008, p.25):

No caso do psicólogo, encontramos inicialmente as deficiências de uma formação clínica baseada num modelo liberal-privado de consultório, o que não o preparava para a opção prioritária do programa. Sua formação se deu, portanto, em serviço, através das práticas de atendimento aliada às supervisões. Sua entrada no SUS transformou sua concepção de clínica e introduziu novas perspectivas de clínica ampliada.

Acolhimento coletivo e corresponsabilização no tratamento

Os profissionais ‘psi’ participantes da pesquisa apontam entre os indicativos de sucesso nas suas práticas da saúde mental as pactuações feitas no ingresso do usuário no serviço quando usuário, familiar e equipe responsabilizam-se mutuamente pelo contrato terapêutico. Assim, direitos e deveres de cada um tendem a ser compartilhados ao longo de todo o percurso do tratamento. Entre as diferentes atividades citadas como estratégias comuns aos serviços consultados, observa-se a construção de um caminho para o resgate da autonomia dos usuários via corresponsabilização, principalmente na prática do acolhimento, na manutenção de terapeutas de referência e nas intervenções grupais. Essas ferramentas têm propiciado um elo entre os usuários e a equipe, facilitando o estabelecimento dos vínculos tanto dos usuários com o serviço quanto dos profissionais com seus trabalhos de cuidado.

Da mesma forma, quando se propõe um olhar singular para cada situação, é possível ver a importância de compor estratégias de equipe de maneira interdisciplinar para dar conta de toda complexidade que cada pessoa traz consigo. Um exemplo extraído do IC mostra a potência de um acolhimento coletivo e interdisciplinar:

Apareceu na Unidade Básica de Saúde (UBS) uma senhora (mais de 80 anos) maltrapilha, muito confusa, com alucinações, chorando, queixando-se de maus

tratos por parte da família. Naquele momento, conseguimos estabelecer um bom vínculo com a mesma. Toda a equipe da UBS se articulou em uma estratégia para que a mesma conseguisse ser acolhida: psiquiatra (viu a questão medicamentosa); assistente social (contato com o conselho do idoso e busca de apoio/ proteção da família da usuária); clínico geral (realizou revisão clínica – problemas por falta de alimentação, entre outros); enfermeira (recebia a usuária todos os dias, para que a mesma tomasse a sua medicação ali, pois em casa sozinha corria-se o risco de não usar ou usar mal a medicação); psicóloga (a usuária vinha nos horários que ela dispunha para conversar).

Esse relato mostra uma mudança na prática clínica que perpassa os laços da equipe de saúde mental. O acolhimento coletivo operacionalizado para que a usuária fosse efetivamente atendida não dependia de um núcleo de saber, contudo, necessitava que cada especialidade se fizesse presente e de maneira articulada. Quando o acolhimento no CAPS se realiza baseado nos princípios da universalidade do acesso e da integralidade na atenção, seu efeito aparece como humanização dos cuidados em saúde mental (Ministério da Saúde, 2009).

Aliada à concepção de resgate da autonomia e da busca da singularidade de cada usuário em suas situações de sofrimento, abre-se um espaço para uma função flutuante entre os membros da equipe: o terapeuta de referência. A utilização da responsabilização de um ou mais profissional junto ao usuário cria um elo entre o usuário e a equipe. Miranda (citado por Furtado & Miranda, 2006, p.518) comenta esse rico dispositivo:

O dispositivo técnico de referência baseia-se na idéia de que um ou mais profissionais aproximem-se de maneira especial de certo número de pacientes e passem a assisti-los de modo singular, elaborando e acompanhando junto de cada um deles um projeto terapêutico individual.

Assim, essa ferramenta tem sido utilizada para proliferar novas criações nos processos terapêuticos nos CAPS. Os entrevistados consideraram a adoção do terapeuta de referência e a divisão de tarefas na equipe o campo onde os saberes confluem num mesmo compasso, tornando os procedimentos sempre coletivos. O terapeuta de referência na equipe e a estratégia do acolhimento coletivo são tecnologias que têm conseguido estimular a corresponsabilização de todos os envolvidos com cada processo de cuidado singular.

Intervenções terapêuticas em grupo

Os profissionais entrevistados apontam as intervenções terapêuticas em grupos como instrumento diferencial entre suas práticas clínicas e referem-nas, inclusive, como ferramenta que marca um modo de cuidar diverso àquele que utilizavam em espaços asilares.

Podemos constatar três tipos distintos de intervenções grupais dentre os referidos: um voltado para a questão do fluxo de usuários, no qual o grupo serve como porta de entrada para o usuário se vincular a fim de facilitar sua entrada e acolhimento ao serviço; o segundo, no intuito de promover transições, seja de egressos de hospital psiquiátrico para os CAPS ou para a atenção básica como auxílio no processo de alta e reinserção social e; por último, as atividades em grupos direcionadas para o acompanhamento, os quais se distinguem entre grupos terapêuticos, grupos psicoterapêuticos e oficinas. Mesmo que mantenham alguns aspectos tradicionais de funcionamento - como o objetivo e delimitação de espaço-tempo -, os grupos propostos nos CAPS estudados podem, em determinados momentos, funcionar como exercício de autogestão, ou seja, a coordenação do grupo passa a ser exercida por usuários ao invés de um profissional. O recorte que trazemos abaixo mostra uma lógica que parece visar à experimentação e abertura para as singularidades daqueles que compõem determinado grupo:

Quando ingressei num grupo de convivência, ele mostrou-se fechado apesar da proposta da equipe de que fosse um espaço aberto de encontro entre os usuários e os profissionais. Fazia-se necessário discutir o grupo em sua proposta, enfim. Fizemos disto uma prática semanal, este grupo é permanentemente repensado em equipe, proporcionando melhor atenção aos usuários bem como aos seus planos terapêuticos.

A situação crítica narrada acima repercutiu, durante o processo da pesquisa, na discussão de qualificar a atenção destinada aos usuários. Tais elaborações nos indicam um diferencial entre os grupos terapêuticos tradicionais e os grupos atualmente realizados em boa parte nos serviços de saúde mental. Nas experiências mapeadas, os grupos ganham consistência no seu caráter aberto, autogestivo e analítico. Para que as práticas grupais nos CAPS trabalhem nesse sentido, como espaços de experimentação da autonomia do usuário e de exploração de suas possibilidades inventivas, o trabalho de coordenação precisa sofrer inflexões nem sempre fáceis aos técnicos formados para operarem outra lógica de cuidado. Para que os grupos façam jus ao adjetivo “terapêutico” na perspectiva da clínica que os novos equipamentos de cuidado exigem, é imprescindível que suas coordenações rompam com o cômodo lugar dos especialismos.

Essa é uma das práticas clínicas requeridas pelo modo de atenção psicossocial que mais explicita a distância existente entre os instrumentais teórico-metodológicos que os profissionais ‘psi’ trazem de seus bancos acadêmicos e as demandas concretas apresentadas por suas realidades de trabalho.

As formações no campo da saúde, muitas vezes, têm reproduzido um modelo de clínica tradicional focado no trabalho privado, individual e prescritivo, o que

dificulta uma produção divergente disso numa posterior ação na realidade do país. A fragmentação dada pelo modelo tradicional da clínica, em que o indivíduo se vê isolado da sociedade, produz grupos com os quais se tem a ilusão de experienciar algo do coletivo, como se isso não estivesse o tempo todo acontecendo nos processos de subjetivação que se dão no próprio coletivo.

Nesse sentido, as intervenções grupais operadas pelos profissionais escutados parecem criar um espaço para experimentações de diferentes modos de ser, pensar e sentir que passam a compor uma produção coletiva. Psicólogos e Psiquiatras dos CAPS dispostos à aventura de compor em meio ao caos dos próprios encontros com a radical diferença que a loucura explicita tornam-se testemunhas dos processos de criação que ocorrem nas emergências grupais. Segundo Pavlovsky (1995, p. 54), o papel do terapeuta é o de “acompanhar as cenas que, a princípio, não possuem um sentido evidente”, mas que, ao partirem do caos, constroem formas de ser e de habitar o espaço do grupo que até então não se conhecia – próprio do processo de autonomia.

Diversificação do campo de atuação e práticas intersetoriais

O campo de atuação profissional delimitado ao longo da história das ciências em áreas de saber específicas e disíspares parece não ter mais sentido numa clínica que os serviços substitutivos pressionam a ser ampliada. Nesse caso, a atuação não pode ficar limitada aos espaços físicos do serviço e, ao se propor à experimentação de novas ferramentas e espaços de clinicar, como ao acompanhar o usuário circulando pela cidade, o ‘psi’ acaba por mergulhar em novos campos de saber. Da mesma forma, a clínica da reforma se posiciona de maneira estratégica junto ao campo problemático do social atravessado por múltiplas forças que formam o campo político-existencial próprio da vida.

A partir disso, os profissionais traçaram os atravessamentos que confluem para a ampliação das noções de clínica pensando os sucessos e fracassos que já enfrentaram nos CAPS. Partem do entendimento de que as relações intersetoriais com seus gerenciamentos de serviços e da própria equipe estão completamente envolvidas na produção da clínica. Ao analisar uma cena de fracasso, na concepção de um dos profissionais, a frustração aparece por uma prática que subestimou as interferências do contexto político a que o atendimento num pequeno município estava sujeito:

A pior coisa que vivi foi ter realizado conjuntamente com a equipe a discussão do projeto terapêutico de um usuário da saúde mental e, posteriormente, conversado com o mesmo tudo ali no serviço. Havia combinado todo a atendimento. O usuário estava motivado com as combinações. No dia seguinte, aparece o mesmo

acompanhado da sua mãe e mais um “político” que havia prometido cuidar dele. Não preciso nem dizer que o usuário e sua mãe abandonaram o tratamento. A gente até sabia que a família fazia isso seguido, mas, não se ligou de incluir no Plano Terapêutico um cuidado especial com este atravessamento do gestor público que era previsível.

Esse recorte do cotidiano da “Clínica como ela é”⁶ mostra o quanto as práticas clínicas no âmbito da reforma psiquiátrica abrem-se inteiramente a um campo de forças antes barrado pela instituição manicomial, por suas claras demarcações políticas de poder absoluto sobre o destino dos asilados. A diferença que se explicita com o cuidado em liberdade é que vozes de indignação contra essa forma de exercício de poder reverberam enquanto ação política que modifica essa lógica autoritária. A clínica se torna política nas pequenas ações cotidianas que os estabelecimentos de saúde vão tendo que dar conta, no tecer das redes que vão se processando, seja nas relações de equipe, com o próprio usuário e sua família, com a comunidade que vive ao redor, com gestores e políticos e mesmo com a geografia dos espaços em que se processa.

A clínica que aí se sugere está associada ao movimento de crítica ao instituído, potencializando novas formas de arranjar o saber e operá-lo nas práticas dos serviços. Na tensão gerada entre o saber instituído e o sujeito em constante processo de subjetivação, a vida escapa e exige dos profissionais e reinvenção das intervenções – trabalho vivo enquanto individuação.

Um dos modos que mais se tem utilizado como ferramenta clínica nessa perspectiva é o do acompanhamento terapêutico (AT). Mesmo com diversas nuances teóricas, o AT se apresenta como uma forma terapêutica traçada pelos usuários em seus trânsitos nos espaços urbanos, criando redes a partir do trabalho efetuado nesta relação itinerante. Rolnik (1997) aponta que o AT se depara com outros modos de clínica até então não vislumbrados no âmbito de uma clínica de consultório e mesmo as realizadas dentro dos manicômios.

De semelhante modo, Araújo (2007, p. 44) busca um entendimento provisório sobre esse aspecto: “talvez o acompanhamento terapêutico possa ser definido, em um primeiro momento como uma clínica que se propõe a intervir junto ao espaço, sua organização e o deslocamento através dele”. As atividades extramuros estão sendo exploradas dentro dos serviços e desdobram o campo de atuação da clínica ampliando seu setting terapêutico.

Crítica às ações prescritivas e a formação para novas tecnologias em saúde

Outro ponto que merece destaque na caracterização da clínica da reforma é a crítica sistemática feita pelos profissionais às práticas prescritivas, vistas como

a atualização da tradição biomédica que não reflete a integralidade da assistência. Tais críticas não se limitaram ao uso de psicofármacos indiscriminadamente, o que foi largamente citado. Elas incluíam a preocupação da equipe com a compreensão que o usuário tem acerca do próprio processo de adoecimento e possibilidades de perceber-se como sujeito coprodutor/promotor de sua saúde. Ou seja, é uma crítica à lógica da desvalorização do usuário na sua redução ao lugar de paciente. Crítica essa que não se resume a um profissional ou categoria, mas a toda uma lógica focada no sintoma e em sua suposta eliminação. Um dos exemplos desse questionamento é o repasse imediato de receitas medicamentosas que, muitas vezes, acaba impossibilitando o encontro entre o paciente e o profissional:

Um colega psiquiatra faz uma receita de haldol e biperideno sem ouvir ou sequer conhecer o paciente. Faz apenas recolhendo informações soltas, sem a história do sujeito. Aquilo que parece mais comum do que possamos imaginar, chamamos de repasse de receita. Não ouvir a história das pessoas parece-me a situação pior e que acaba resultando no descaso, no descuido.

Nesse ponto, a crítica à prescrição estende-se à formação de profissionais da saúde que se distanciam das políticas públicas de saúde. Para a saúde ser vista como mais do que a ausência de doença, fazem-se necessárias formações técnicas politizadas e múltiplas que, a considerar os depoimentos dos profissionais consultados, não é uma base que eles tragam de seus bancos escolares, como comenta Dimenstein (2000, p. 106):

Em suma, considero que as idéias e valores individualistas são hegemônicos e constitutivos da cultura profissional do psicólogo no Brasil, o que vem determinar sua adesão ao modelo de atuação liberal privatista e ao referencial psicanalítico, assim como vem delinear um estilo de recrutamento e formação nas universidades e certos padrões de relacionamento entre os pares. Isto faz com que a imagem social da profissão seja associada à prática psicoterapêutica individual na busca de ajustamento.

Assim, podemos pensar que há um despreparo para se trabalhar em saúde mental em concordância com as diretrizes da reforma psiquiátrica e com o próprio SUS. A queixa na formação acadêmica que não acompanhou o avanço do modelo de assistência é motivo de diversas discussões na área da saúde e figurou entre muitas das situações críticas narradas.

Considerando finalizar uma conversa que mal começou

Para finalizar esta conversa sempre aberta e em busca de novos possíveis, a pesquisa-intervenção realizada permite afirmar que as práticas clínicas em saúde

mental só produzirão diferença em relação ao modelo manicomial na medida em que resultarem em novos agenciamentos nos espaços de saúde mental, criarem novas formas de intervir na dinâmica saúde-doença, já que somente por decreto jurídico sabe-se que as mudanças não ganharão a consistência necessária.

Mesmo frente às dificuldades herdadas e consolidadas por anos de práticas fundadas sobre marcas do instituído, os relatos de profissionais escutados neste estudo indicam movimentos de mudanças e experimentações de rearranjos nos tradicionais moldes do trabalho ‘psi’ operados nos CAPS. Embora ainda nos deparemos com impasses e vícios de uma clínica arraigada à tradição biomédica, as problematizações e discussões que vêm sendo construídas nos embates cotidianos vividos nesses serviços apontam a existência de movimentos revitalizantes nas práticas clínicas da reforma psiquiátrica. Tal campo de atuação começa a ser visto como espaço de práticas híbridas que se metamorfosam de acordo com a singularidade do usuário, no qual o plano terapêutico e os saberes mobilizados são determinados pela realidade do encontro com cada sujeito singular. Uma demonstração disso pode ser observada no orgulho compartilhado por uma equipe ao conseguir construir um espaço para um usuário morador de rua:

Durante seis meses o usuário tinha dificuldade de aderência ao tratamento vindo ao serviço um dia por semana. Seguidamente pediam para a polícia recolhê-lo na rua e levar para o hospício. Aos poucos, não só o usuário foi trabalhado bem como a família, neste caso a mãe. Hoje ele vem todos os dias ao serviço, a mãe o acolhe onde estiver, na praça, na rua, no CAPS. Esta mãe planeja construir um “puxadinho” para ele morar nos fundos de sua casa. Mesmo mantendo sua condição de morador de rua, estabeleceu vínculos, com a mãe, com o tratamento no CAPS e, com isso, todos nós nos vimos também obrigados a mudar nossa relação com “a rua”.

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que as equipes se reinventam, repensando suas práticas, percebe-se a falta de apropriação daquilo que fazem. Ao serem convocados a falarem de suas práticas, não se autorizam a reconhecer o que produzem como uma nova clínica. Seguidamente colocando-se numa posição de “não-saber”, os mesmos profissionais que narram inúmeras estratégias criativas construídas para dar conta das demandas cotidianas com que se deparam falam da expectativa de uma “nova teoria” ainda por surgir, de concepções inéditas ainda não publicadas, que venham a responder todos os impasses que a transição de modelos de cuidado lhes apresenta. Estranhamente, os mesmos profissionais ‘psi’ que se apresentam imbuídos da tarefa de reformulação dos modelos e invenção de novos modos de cuidado em saúde mental esperam por uma espécie de teoria da clínica que ainda não foi

socializada e que venha a sustentar o que já fazem para, só então, legitimar suas práticas.

Enquanto isso, práticas como a narrada acima – e eleita pelo grupo como situação analisadora mais elucidativa de uma prática clínica afinada aos princípios da reforma psiquiátrica - vão sendo “inventadas” dentro de muitos serviços e pouco narradas, como se não fossem dignas de serem compartilhadas. Isso se observa mesmo no interior das equipes que, muitas vezes, não abrem espaço nem nas próprias reuniões para pôr em análise seus processos de trabalho e resultados deles decorrentes. Nessa medida, uma clínica acolhedora das singularidades, apoiada em saberes múltiplos e costurando setores diversos, que lança mão de ferramentas variadas, coletivizantes, que corresponsabiliza usuários e familiares com um cuidado promotor de autonomia pode estar sendo construída, sem ser contada, em muitos dos 1502 CAPS⁷ deste país. Por outro lado, os mesmos dados que permitem fazer tal leitura levantam questionamentos acerca do que possa “desautorizar” os profissionais ‘psi’ inseridos nesses serviços a se reconhecerem como autores de uma clínica da reforma psiquiátrica. Concepções restritas de clínica? Formações profissionais tradicionais? Cotidianos burocratizantes nos serviços? Modos de subjetivação pouco protagonistas?

Possivelmente não exatamente tudo isso, mas certamente um pouco disso tudo. Importa ressaltar entre os resultados, com a provisoriação cabível à temática de que se ocupou este estudo, ao menos um movimento instituinte de uma nova clínica. Entre as tantas situações críticas postas em análise no percurso da pesquisa aqui narrada, a escolha pelo caso do morador de rua acolhido pela equipe não foi ocasional e precisa ser marcada. Ao elegerem uma experiência de cuidado em equipe, que mobiliza saberes interdisciplinares e demanda cuidados intersetoriais, os profissionais ‘psi’ consultados podem não ter falado de uma clínica praticada hegemonicamente nos serviços substitutivos da rede de saúde mental. Falaram, entretanto, no mínimo de um desejo. Um desejo de cuidado que já não se sustenta em práticas sectárias, em saberes fragmentados ou procedimentos técnicos isolados. Falaram, portanto, de um desejo por uma clínica que se amplia, que começa a romper velhos tabus e quer superar especialismos; uma clínica cada vez menos ‘psi’ e a cada dia mais ‘inter’ que, quem sabe, uma hora dessas, possa até ser narrada e nomeada como a clínica inventada pela e para a reforma psiquiátrica brasileira.

Notas

¹ Pesquisa realizada entre março de 2003 e julho de 2004, na Universidade do Vale do Rio dos Sinos, sob coordenação da professora Simone Paulon.

² Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços ambulatoriais de atenção diária em Saúde Mental criados em 2002 a partir da legislação da Reforma Psiquiátrica brasileira para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial. Constituem, portanto, junto aos Serviços Residenciais Terapêuticos e setores psiquiátricos em hospitais gerais, um dos equipamentos fundamentais da Rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos que a lei federal (10.216 de 6 de abril de 2001) propõe extinguir e a Portaria 336/2002 regulamenta.

³ O período transcorrido para operacionalização desta pesquisa - construção de instrumento, aproximação com o campo problemático, aplicação e devolução parcial - teve início no ano de 2005, se estendendo até meados de 2007, quando sofreu uma interrupção devido à troca de instituição de fomento. A UNISINOS financiou a 1^a etapa desta pesquisa, tendo sido, no entanto, concluída na UFRGS, onde, no final de 2008, foram retomados os dados para etapa de análise e produção correspondente. A pesquisa contou com apoio financeiro da UFRGS através de bolsa de iniciação científica e da CAPES que concedeu uma bolsa de mestrado.

⁴ Foram eles: Novo Hamburgo (que, gentilmente, além de integrar o grupo pesquisado foi anfitrião dos encontros do grupo todo, cedendo o espaço no CAPS para realização da pesquisa), Campo Bom, Sapiranga e Estância Velha.

⁵ Os trechos que a partir daqui aparecem em itálico foram extraídos literalmente dos próprios questionários de Incidente Crítico, dos diários de bordo dos pesquisadores ou de registros das discussões feitas no grande grupo durante os encontros para a análise coletiva dos dados.

⁶ Em alusão ao subtítulo dado ao número 5 da Revista *SaúdeLoucura*, Baremblitt et al., 1997.

⁷ Dado de março de 2010, conforme consta no Temário Oficial da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Acessível em http://conselho.saude.gov.br/web_saudamental/doc/passo_CNSM.pdf

Referências

- Araújo, F. (2007). *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade*. Rio de Janeiro: Niterói.
- Baremblitt et al. (1997). *SaúdeLoucura 5: a clínica como ela é*. São Paulo: Hucitec.
- Coimbra, C. & Leitão, M. (2003, julho/dezembro). Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 6-17.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121.
- Ferreira Neto, J. L. (2008, janeiro/dezembro). Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história. *Saúde em Debate*, 32(78-79-80), 18-26.
- Flanagan, J. C. (1973, abril/junho). A técnica do Incidente Crítico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 25(2), 99-141.
- Furtado, J. P. & Miranda, L. (2006). O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnycottiana. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 508 - 524.
- Lourau, R. (1993). *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2009). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4^a ed.). Brasília, DF: Autor.
- Passos, E. & Barros, R. B. (2009). Pista 1- A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método cartográfico: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17-31). Porto Alegre: Sulina.
- Paulon, S. (2004). Clínica Ampliada: Que(m) demanda ampliações? In T. G. Fonseca & S. Engelman (Orgs.) *Corpo arte e clínica* (pp. 259-274). Porto Alegre: Ed. UFRGS.
- Paulon, S. M. (2005, setembro/dezembro). A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17(3), 16-23.
- Pavlovsky, E. (1995). Criatividade nos grupos terapêuticos. In C. Huguet & J. Volvonich (Orgs.), *Grupos, infância e subjetividade* (pp. 53-63). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Rolnik, S. (1997). Clínica nômade. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa (Org.), *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 83-97). São Paulo: Educ.
- Romagnoli, R. C. (2009). A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 166-173.
- Sales, A. L. L. F. & Dimenstein, M. (2009). Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução? [Versão eletrônica]. *Psicologia em estudo*, 14(2), 277-285.
- Szymanski, H. & Cury, V. E. (2004). A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 355-364.
- Yassui, S. & Costa-Rosa, A. (2008, janeiro/dezembro). A estratégia atenção psicosocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde*, 32(78-79-80), 27-37.

Recebido em: 20/03/2010

Revisão em: 24/10/2010

ACEITE em: 23/01/2011

Simone Mainieri Paulon é Psicóloga (PUCRS) com mestrado em Educação (UFRGS) e doutorado em Psicologia Clínica (PUCSP). Professor adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Departamento de Psicologia social e institucional e PPG de Psicologia Social. Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600, Sala 212. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional/ UFRGS. Porto Alegre/RS, Brasil. CEP 90035-003. Email: simone.paulon@ufrgs.br

Ana Maria Gageiro é Psicóloga pela PUCRS (1983) e doutora em Sociétés Occidentales Espace Temps Civilisations - Universite de Paris VII - Universite Denis Diderot (1996). Professora adjunta do Departamento de Psicanálise da UFRGS, com experiência na área da infância e da adolescência.

Diogo Faria Corrêa da Costa é Psicólogo (2004) com especialização em Saúde Coletiva (2006) pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), em Santa Maria - RS. Mestre pelo PPG em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atua no Centro de Referência de Assistência Social da Prefeitura Municipal de São João do Polêsine - RS e é docente da Faculdade Integrada de Santa Maria/RS.

Mário Francis Petry Londero é Psicólogo formado pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Graduando em Ciências Sociais pela UFRGS. Mestre pelo PPG - Psicologia Social e Institucional da UFRGS. Residente de psicologia em saúde mental do Grupo Hospitalar Conceição e participante do grupo INTERVIRES de pesquisas da reforma psiquiátrica na UFRGS.

Renata Garcia Pereira é Psicóloga formada pela UFRGS. Cursando Residência Integrada em Saúde Coletiva em Atenção Básica na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

Vânia Roseli Correa de Mello é Psicóloga (PUCRS), especialista em Saúde Pública (ENSP/ESP-RS), com mestrado em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Atualmente é Especialista em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do RS e Professora do curso de bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS.

Raquel Hack da Rosa é Psicóloga formada pela UNISINOS, atualmente trabalha como psicoterapeuta autônoma.

Como citar:

Paulon, S. M., Gageiro, A. M., Costa, D. F. C., Londero, M. F. P., Pereira, R. G., Mello, V. R. C., & Rosa, R. H. (2011). Práticas clínicas dos profissionais 'psi' dos centros de atenção psicosocial do vale do rio dos sinos. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. spe.), 109-119.