



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Miranda, Lilian; Onocko Campos, Rosana Tereza
Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial
Revista de Saúde Pública, vol. 42, núm. 5, outubro, 2008, pp. 907-913
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240170017>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Lilian Miranda

Rosana Tereza Onocko Campos

Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial

Analysis of reference work in Psychosocial Care Centers

RESUMO

OBJETIVO: Analisar como os usuários, familiares e trabalhadores de centros de atenção psicossocial avaliam o trabalho da equipe e dos profissionais de referência nesses serviços.

MÉTODOS: Pesquisa qualitativa, baseada no paradigma construtivista e na hermenêutica Gadameriana. Foram analisados dois ciclos de grupos focais constituídos por profissionais, usuários e familiares de usuários de todos os centros de atenção psicossocial da cidade de Campinas (SP), em 2006.

RESULTADOS: O trabalho de referência foi avaliado como um arranjo que produz efeitos terapêuticos e contribui na eficácia da organização do trabalho. Entretanto, foram relatados riscos de centralização de poder, praticada pelos profissionais de referência, e sofrimento do trabalhador, que pode sentir-se excessivamente responsabilizado pelo caso que referencia.

CONCLUSÕES: Os efeitos do arranjo equipes/profissionais de referência sobre os pacientes embasam-se em aspectos emocionais ligados à confiabilidade, à constância e integralidade de cuidados. No entanto, tais aspectos também apresentam problemas relacionais, principalmente quanto à onipotência, que pode envolver o trabalhador.

DESCRIPTORIOS: Equipe de Assistência ao Paciente. Equipes de Administração Institucional. Assistência Centrada no Paciente. Relações Profissional-Paciente. Serviços de Saúde Mental, recursos humanos. Pesquisa Qualitativa.

Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Lilian Miranda
R. Coronel Saldanha, 3176 – Centro
85015-250 Guarapuava, PR, Brasil
E-mail: limiranda78@hotmail.com

Recebido: 8/11/2007

Aprovado: 8/4/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze how psychosocial care center users, family members and workers assess related work by reference team and professionals.

METHODS: Qualitative research based on Constructivist Paradigm and Gadamerian Hermeneutics. Two cycles of focus groups consisting of professionals, users and users' family members from all psychosocial care centers in the city of Campinas (Southeastern Brazil), in 2006, were analyzed.

RESULTS: Reference work was assessed as an arrangement that has therapeutic effects and contributes to the work organization efficacy. However, risks related to power centralized by reference professionals and to workers' suffering, as these may feel overly responsible for the case they are reference for, were reported.

CONCLUSIONS: The effects of the "reference team/professionals" arrangement on patients are based on emotional aspects associated with reliability, constancy and integrality of care. In contrast, such aspects also show relationship problems, especially as regards omnipotence, which may involve the worker.

DESCRIPTORS: Patient Care Team. Institutional Management Teams. Patient-Centered Care. Professional-Patient Relations. Mental Health Services, manpower. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

As atuais políticas brasileiras de Saúde Mental investem em serviços territorializados e comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).^a Trata-se de equipamentos que promovem atenção integral aos portadores de transtorno mental severo e persistente, desenvolvendo práticas clínicas que os permitem viver em comunidade, ter acesso a trabalho, lazer e direitos civis.^b

Para sua implantação e qualificação, os CAPS requerem elaboração de novas formas de trabalho clínico e organização institucional.^c Dentre estas, destacamos as equipes/profissionais de referência,³ arranjo que apóia-se na interdisciplinaridade e no vínculo entre profissional e usuário, para prestar atendimento integral e singular aos pacientes. Para a efetivação desse arranjo cada profissional, ou grupo de trabalhadores de categorias diversificadas, é referência de certo número de usuários, responsabilizando-se pela elaboração, aplicação e avaliação de um projeto terapêutico com objetivos elaborados conjuntamente e perseguidos a contento. A marca central é o fato de o profissional, por meio de um plano compartilhado, assumir o acompanhamento do paciente considerando aspectos sociais, familiares, políticos e psíquicos.^{8,9} O arranjo equipes/profissionais de referência procura potencializar os efeitos da gestão

compartilhada de serviços e da interdisciplinaridade, superando modelos de organização hierarquizados, fragmentados e autoritários.⁴

Em outros países, as políticas de saúde mental adotam um tipo de trabalho que se aproxima das equipes profissionais de referência brasileiros: o *case management*. Nesse processo, um profissional ou equipe assume a responsabilidade de sustentar um relacionamento de suporte com o paciente, a despeito de onde este estiver e do número de instituições de saúde, educacionais, sociais ou culturais envolvidas. A função do *case management* é identificar e assegurar recursos internos e externos essenciais para a vida em sociedade. Uma das contribuições desse tipo de trabalho foi a diminuição expressiva do número de internações e reinternações psiquiátricas e a melhora da qualidade de vida dos pacientes.¹⁸

No Brasil, o trabalho com profissionais de referência é indicado em material sobre os CAPS elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2004.^a De acordo com esse documento, cabe ao profissional de referência, em diálogo com equipe técnica e usuário, monitorar o projeto terapêutico individual, fazer contatos com a família do paciente e avaliar periodicamente as metas traçadas.

^a Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília; 2004.

^b Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde mental no SUS. *Bol Inf Saude Mental*. 2005;4(8).

^c Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Relatório da gestão 2003-2006. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília; 2007.

Contudo, ainda não há estudos científicos que avaliem a implantação e o impacto do arranjo de referência. Há poucas publicações sobre a clínica do trabalho de referência voltado à pacientes psíquicos, suas funções e especificidades.⁸

Tendo em vista a indicação oficial de seu uso, o objetivo do presente estudo foi analisar como os trabalhadores, usuários e familiares avaliam a equipe de referência de centros de atenção psicossocial. A finalidade é compreender se esse arranjo possui efeitos terapêuticos, quais as concepções teóricas que têm embasado sua prática e qual o seu resultado na organização do trabalho e na vida psíquica dos trabalhadores.

MÉTODOS

O estudo integra uma pesquisa de Avaliação da Rede de CAPS na cidade de Campinas (SP).^a Trata-se de pesquisa avaliativa, qualitativa e participante, baseada na hermenêutica gadameriana¹⁰ e no paradigma construtivista. Segundo esse paradigma, há múltiplas realidades socialmente construídas, não governadas por leis naturais. A verdade é definida a partir de consensos, e a epistemologia é subjetivista, pois considera a interação e reconstrução mútua entre objeto, investigador e realidade.¹⁴ Tal reconstrução se faz possível por meio do que Gadamer chama de tradição e da possibilidade de considerar os objetos sob as diversas formas que se apresentam e nos diferentes modos em que os sujeitos podem olhá-los.

Foram estudados os CAPS de atendimento a adultos: cinco CAPS III (com leito de acolhimento noturno e funcionamento 24 h) e um CAPS II (funcionamento 12 h, todos os dias da semana). O arranjo estudado foi utilizado por todos esses CAPS, cujas equipes escolhiam livremente o modo de organizá-lo (em equipes, duplas, trios ou profissionais de referência).

A coleta de dados foi feita por meio de dois ciclos de grupos focais¹⁵ constituídos por profissionais, usuários e familiares. Em cada ciclo, foi feito um grupo com representantes de familiares (dois de cada serviço), um grupo com usuários (dois de cada serviço) e seis grupos compostos por 12 trabalhadores de cada CAPS, respectivamente, totalizando dez grupos no primeiro ciclo da pesquisa e dez no segundo. As questões discutidas referiram-se a toda estrutura de trabalho dos CAPS e dentre os temas discutidos, aqui apresentamos aquele que diz respeito ao trabalho de referência.

Para a composição dos grupos, foi utilizada amostra intencional,¹⁵ sendo critério de inclusão que os participantes estivessem inscritos há mais de seis meses no serviço. Em relação ao grupo de profissionais, foi solicitado o comparecimento de representantes das

categorias de nível superior e médio que trabalhassem diretamente na assistência. Os usuários convidados deveriam ter tido experiência de utilização do leito noite no CAPS, conhecendo assim a atenção da referência nas vivências de crise. Não houve perdas de sujeitos entre os dois ciclos de grupos.

A compreensão dos discursos sobre as práticas dos participantes foi feita por meio de construção narrativa.^{7,17} Após transcrição dos grupos focais, foi construída uma narrativa para cada grupo, alcançando um enredamento formal dos conteúdos discutidos.¹⁷ Essas narrativas foram lidas para seus respectivos participantes no segundo ciclo de grupos e puderam ser aprofundadas, revistas e validadas.

Após essa revisão, retomamos as transcrições e as narrativas dos grupos, e realizamos uma análise que abarcou seus conteúdos e discursos, ressaltando as principais questões e a tradição que as sustenta, tal como sugere Gadamer. Para tanto, foi feita a leitura de todas as transcrições e narrativas, seguida da identificação dos aspectos mais problematizados pelos participantes e da identificação da lógica interna de cada grupo. Foram estabelecidas três categorias de análise: organização do trabalho, função terapêutica e sofrimento no trabalho. As reflexões foram comparadas entre os grupos e na análise os resultados foram confrontados com a literatura existente.¹⁴

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da Secretaria de Saúde da cidade de Campinas e da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (parecer 396/2004). Os participantes assinaram termo de consentimento livre esclarecido, conforme Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Usuários, familiares e profissionais identificaram que o trabalho de referência era utilizado em todos os serviços, produzia efeitos terapêuticos e contribuía para eficácia da organização do trabalho. Entretanto, os sujeitos mostraram que o trabalho clínico das equipes de referência requeria maior esclarecimento com relação às suas funções.

Os usuários dos CAPS relataram que possuíam uma equipe de referência composta por um conjunto de profissionais que, juntamente com o médico, dividiam os pacientes e davam mais atenção àqueles de sua equipe. Para os usuários, “cada médico tem a sua referência” e os profissionais de outras categorias diversas o ajudavam. Relataram que fazem um grupo com profissionais e pacientes da referência – o grupo de referência –, dispositivo pelo qual “deixam a vida em ordem e ficam sabendo como é que está sendo a vida do outro”.

^a Onocko Campos RT, Furtado JP. Pesquisa avaliativa de uma rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Campinas: Unicamp; 2005.

Ao mesmo tempo, explicaram que “o profissional de referência é a funcionária” que mais procuravam para conversar, aquela com quem decidiam quando iriam ao CAPS e que cuidava deles, aumentando a atenção quando não estavam bem e preocupando-se quando não iam ao serviço. Acrescentaram que a profissional de referência foi quem os recebeu no CAPS ou foi buscá-los onde moravam, sendo ela a pessoa em quem realmente confiavam. Relataram sentir-se muito ajudados diante dos intensos sofrimentos que os fazem não querer viver, ficar agressivos ou “carregar uma cabeça que não lhes pertence”.

Os familiares explicaram que a equipe de referência era necessária por não ser possível cuidar de todos os pacientes ao mesmo tempo. Assim, eram divididos grupos de profissionais que cuidavam de pacientes específicos. A profissional de referência era a pessoa mais próxima do paciente e a quem familiares procuravam para saber “de tudo o que está se passando”, pois era quem “sabe melhor do paciente, que faz o acompanhamento direto, que anota tudo”.

Os grupos focais com trabalhadores mostraram que alguns CAPS concentravam os projetos terapêuticos em um profissional de referência e utilizavam a equipe de referência como um espaço de troca de experiências relacionadas ao acompanhamento dos casos. Outros a consideravam uma unidade de acompanhamento do paciente, e outros ainda utilizavam os dois modos de trabalho e destacaram que, às vezes, era necessário que os membros da equipe dividissem as funções no tratamento do paciente, embora o profissional de referência fosse “sempre o chave, o centro”.

Segundo os trabalhadores, o profissional de referência de cada paciente que chegava no serviço era, em geral, aquele que o recebia em triagem. Não havia critérios para a qualificação do profissional que referenciará cada paciente, mas os médicos, normalmente, não costumavam fazê-lo diretamente, embora pertencessem a uma equipe de referência. Também não havia limite de pacientes por profissional.

Em alguns CAPS, os trabalhadores avaliaram como necessário concentrar as funções em um profissional, pois consideravam que quando muitos se responsabilizavam por um paciente, poderia ocorrer que ninguém assumisse as tarefas necessárias. Outros grupos destacaram que a organização em equipe de referência permitia compartilhar os casos, diminuindo o desconforto de um trabalho solitário, como o atendimento clínico, e minimizando o risco de cristalização dos modos de agir. Tais grupos consideraram que a equipe de referência permitia ao paciente fazer transferência com mais de um trabalhador, diminuindo o potencial “peso da transferência maciça” com seu profissional de referência. Ainda, a equipe de referência trouxe a

possibilidade de administrar os problemas provocados pela alta rotatividade dos médicos e de estimulá-los a compartilhar sua prática.

Quando interrogados sobre a função da equipe de referência, os trabalhadores citaram sua utilidade organizacional para o serviço e para o contato com a rede. Porém, os grupos se detiveram mais discutindo as funções relacionadas ao profissional de referência: articulação do tratamento com o paciente, identificando necessidades, desejos, possibilidades e limites. Foram também relatados: responsabilização pela atualização dos prontuários, contato com a família, articulação do tratamento na equipe e avaliação do projeto terapêutico.

O trabalho de referência era, segundo alguns profissionais, uma “função operativa que procura o que o paciente precisa”. Houve também a associação da referência como uma tarefa, por vezes burocrática, embora sempre implique em importante proximidade com o paciente. O profissional de referência foi descrito como aquele que recebia o usuário, mediava sua relação com a instituição e encontrava-se disponível nos momentos problemáticos, sendo caracterizado “também como referência emocional”. Ele “carrega consigo um pouco da verdade da história do paciente” e acaba sendo chamado pela equipe a prestar esclarecimentos sobre o bem-estar e o mal-estar daquele que referencia, sendo “responsabilizado” por ele. Ao mesmo tempo, era envolvido por questões emocionais próprias de um relacionamento terapêutico profundo com o usuário, e tendia a ter dificuldade de compartilhar o caso com os colegas por considerar que poderia “dar conta de tudo”.

Outra dificuldade identificada no trabalho de referência dizia respeito à natureza das tarefas, freqüentemente distantes do núcleo profissional de cada trabalhador, para as quais nem sempre ocorreu formação específica. Assim, a interdisciplinaridade foi percebida como imprescindível, mas de difícil alcance.

Durante a validação das narrativas, ocorreu em alguns grupos uma discussão acerca dos possíveis perigos que envolvem o trabalho de referência. Alguns trabalhadores observaram o risco de que, em função do excesso de responsabilidade pelo paciente, o trabalho fosse centrado no profissional de referência, assim como era no médico de instituições asilares. Por outro lado, outro grupo apontou que a referência era mais uma função ligada à confiabilidade do que a alguém com atributos específicos.

Quando interrogados acerca do referencial teórico que sustenta o trabalho de referência, alguns grupos explicitaram que este inexistia, outros disseram que o profissional utiliza aquele com que tinha maior afinidade, e outros ainda citaram dois autores contemporâneos da saúde coletiva, sem se deterem no assunto.

DISCUSSÃO

Função de referência e organização do serviço

Observou-se unanimidade entre os trabalhadores, familiares e usuários em avaliar que o arranjo em estudo é útil para a organização do trabalho. Contudo, há indeterminação quanto à escolha pelo trabalho com profissional ou com equipe de referência, existindo a prática das duas formas e o reconhecimento de funções terapêuticas em ambas. No presente estudo, o trabalho de referência foi analisado de modo geral, sem relacioná-lo às características específicas de cada serviço.

Para os usuários e familiares, o arranjo parece responder às funções preconizadas de formação de vínculo e responsabilidade pelo caso. Já os trabalhadores enfatizaram que o trabalho de referência aumenta a circulação de conhecimentos, descentraliza o poder e promove o compartilhamento das incumbências práticas e das vivências afetivas; porém, freqüentemente, incorre em problemas no processo de trabalho e acaba produzindo novas formas de concentração de poder e sofrimento relacionado com a sensação de ser responsabilizado pela vida do paciente.³

Em relação à descentralização do poder, mesmo não cabendo ao médico tomar todas as decisões sobre um tratamento, segundo os usuários, ele ocupa um lugar central na composição das equipes. Já os trabalhadores identificam na equipe de referência uma proteção contra a alta rotatividade dos médicos e a dificuldade que estes têm para compartilhar suas ações. Contudo, paradoxalmente, os trabalhadores apontam o risco de que o profissional de referência centralize o poder sobre o paciente. Portanto, embora a equipe de referência sirva para a criação de vínculos que superem a centralização do poder do médico, sem esvaziar sua importância para os pacientes, ela não tem se mostrado capaz de impedir alguma tendência de monopolização de saber sobre um caso. Porém, segundo os trabalhadores, a equipe é útil para o desenvolvimento da transferência com mais de um profissional, ou seja, não consegue impedir a completa centralização de saber, mas permite estabelecimento de outros vínculos afetivos.

Estudo sobre as equipes de referência em Unidades Básicas de Saúde mostra que esse arranjo enfrenta obstáculos para manter-se coerente com seus objetivos devido ao quadro de alta competitividade entre os profissionais. Este produz padrões de subjetividade reativas e paranóicas, levando os profissionais a cristalizarem-se em seus núcleos de saber e a atacar o que deles parece se diferenciar.³ Assim, é compreensível a dificuldade apontada pelos trabalhadores acerca da natureza das tarefas do profissional de referência: são ligadas ao campo da saúde mental e não ao núcleo específico de uma dada profissão. Conseqüentemente, tais tarefas exigem um contexto de relações intersubjetivas em

uma equipe multiprofissional, que permita algum grau de transversalidade.

Pesquisas internacionais observam diminuição da capacidade resolutiva dos *Case management* em função de um número excessivo de pacientes, do estigma que os envolve, das condições de moradia inadequada, da pobreza e do desemprego. Sugerem que, quando sobrecarregados, os profissionais não conseguem identificar as necessidades dos pacientes e realizar trabalhos flexíveis e criativos.¹⁸

Função de referência e clínica

Em relação aos efeitos terapêuticos do trabalho do profissional de referência, há diferenças entre o discurso dos usuários e dos trabalhadores. Entre usuários, identifica-se uma relação íntima com o profissional de referência, na qual fazem uma espécie de sustentação afetiva, baseada na conquista da confiança e na possibilidade de encontrarem alguma sensação de existência, ao se sentirem regularmente percebidos em sua singularidade. Essa sustentação lhes permite continuar habitando o mundo social, a despeito de seu intenso sofrimento psíquico.²⁰

De modo geral, os trabalhadores enfatizaram que o trabalho de referência permite a articulação do tratamento e associam-no a tarefas burocráticas ou organizacionais, sem evidenciar o caráter clínico das mesmas. Todavia, contam que cabe ao profissional de referência a identificação das necessidades, desejos, possibilidades e limites do paciente, o que o posiciona como referência emocional. No entanto, não houve alusão à relação interpessoal entre equipe/profissional de referência como eixo central da clínica a ser desenvolvida. A articulação do tratamento e a identificação de necessidades dos pacientes são mencionadas como ações centradas no profissional de referência e não num processo relacional.

Sobre a clínica, é necessário considerar que, não se propondo mais a examinar a doença separada do sujeito que a carrega,¹ o trabalho em saúde coloca constantemente em cena a subjetividade do próprio trabalhador, pois solicita que este entre em contato genuíno com o outro e deixe-se afetar. Nesse sentido, algumas políticas do SUS declararam que a clínica é um exercício de desestabilização e movimento, que afeta usuários e trabalhadores.¹⁶

Considera-se que a clínica necessária aos pacientes dos CAPS é aquela que permite a vivência das questões afetivas, ainda que em situações de crise, e propicie condições para o estabelecimento de relações interpessoais propiciadoras do contato com o “não-eu” e do compartilhamento do mundo social. Em tais relações, a equipe profissional se mostra confiável, constante no tempo e disponível ao compartilhamento das vivências de sofrimento.²⁰ Portanto, espera-se que as reflexões

sobre o trabalho clínico de equipes ou profissionais de referência se sustentem no processo relacional que envolve trabalhadores e paciente, de modo que o projeto terapêutico seja formulado a partir desse processo e não do saber do profissional de referência.

Autores apontam que a saúde coletiva tem considerado a clínica de modo fragmentado. Outro agravante é a incorporação ideologizada que os trabalhadores fizeram de algumas discussões da Luta Antimanicomial, não atentando para o fato de que a doença continua existindo, embora se deva “colocá-la entre parênteses”.⁵ Assim, supõe-se que a função de referência se encontre cindida de sua dimensão clínica. Estar cindida não significa que não exista, mas que se mostra desintegrada do seu objetivo, de sua prática e de seus resultados.¹²

Outros estudos mostram que a caracterização formal dos equipamentos de saúde mental evidencia expressiva restrição de investimentos na área clínica. Concomitantemente, os trabalhadores apenas conseguem reconhecer a dimensão clínica de suas práticas nos atendimentos psicoterápicos, nos grupos e no acompanhamento terapêutico. Estreitamente associada à avaliação do que seria uma “boa clínica”, a psicanálise fica restrita ao campo da teoria e daquilo que o profissional poderia fazer se contasse com *settings* adequados.^{6,13} Não contando com tais *settings*, restariam para as equipes/profissionais de referência a organização do serviço, a divisão de trabalho e a burocracia.

Alguns autores apontam também que os currículos dos cursos universitários não acompanham as transformações da saúde pública e formam profissionais despreparados para a atuação clínica fora dos modelos tradicionais de consultório particular,^{2,4} o que poderia contribuir para parte das dificuldades, citadas pelos trabalhadores, com relação às práticas do campo da saúde mental, distantes do seu núcleo de formação.

A alusão vaga a referenciais teóricos que possivelmente sustentariam o arranjo equipe ou profissional de referência é outro indicativo de que o trabalho tem sido concebido em seus aspectos aparentemente burocráticos, ainda que no campo dos relacionamentos entre trabalhadores e usuários, ocorram processos terapêuticos, reconhecidos pelos últimos. Contudo, há poucos trabalhos acadêmicos sobre a clínica do trabalho de referência em contexto específico da saúde mental,⁸ limitando maior embasamento teórico aos profissionais e as possibilidades de associação de tal trabalho com a clínica.

Dentro dessa problemática, situa-se a reflexão que os familiares fazem da função em estudo quando apontam que o profissional de referência cuida de apenas alguns pacientes, mas cuida por completo, faz tudo o que é necessário, respondendo a todas as dimensões do tratamento. Esse quadro leva ao questionamento se a função está sendo compreendida como integral ou como onipotente.

Função de referência e o sofrimento psíquico do trabalhador

Os trabalhadores refletem que a equipe atribui enorme poder ao profissional de referência, mas cobra dele a responsabilidade pelas várias esferas da vida dos seus usuários. Ao mesmo tempo, reconhecem que também escolhem se colocar como “donos do caso”. Tal contradição parece ser sentida como um paradoxo inerente à dinâmica de trabalho e associar-se a modos de defesa contra sofrimentos psíquicos que o trabalho com a psicose tende a produzir. É possível que um aprofundamento da idéia que liga referência a uma “função”, tal como apontado em um dos grupos, possa ampliar esse debate.

Pesquisa feita no Rio de Janeiro mostra uma indefinição dos trabalhadores quanto ao papel do profissional de referência, mas uma clareza ao identificá-lo com um grau de responsabilidade pelo paciente maior do que aquele esperado do psicoterapeuta ou do médico. Tal responsabilidade leva os profissionais a sofrerem com as sensações de estar, concomitantemente, omitindo-se e exagerando com relação aos cuidados.¹⁹

Esse tipo de sofrimento pode levar a equipe a estruturas inconscientes de defesas psíquicas, como reações afetivas coletivas, padronizadas e enrijecidas, que protegem o grupo de trabalhadores da angústia produzida pelo contato com sensações de onipotência e impotência quase absolutas, próprias da psicose. Uma dessas defesas é denominada de identificação narcísica com o paciente, uma forma de relação em que, inconscientemente, o terapeuta identifica-se com o modo de funcionamento psíquico de seu paciente, adquirindo, momentaneamente, padrões de sensação e reação emocional deste último.^{11,12} Essa defesa pode se traduzir pela sensação onipotente de ser “dono do caso” e poder “dar conta de tudo”. Outro aspecto da onipotência é o desejo de fazer tudo pelo paciente.¹¹

Acerca do referido peso da responsabilidade, há estudos que relacionam o tema com as políticas públicas de saúde. Estes ponderam que o discurso institucionalizado do SUS, ao chamar o usuário e o trabalhador para participar da gestão das instituições, pode também concentrar responsabilidades nesses sujeitos individualmente, esvaziando-se, com isso, as funções de responsabilidade dos serviços e do próprio Estado.¹⁹ Sob esse prisma, o profissional de referência seria o escoadouro de várias responsabilidades e problemas que caberiam à coletividade institucional assumir.

Quanto aos limites do estudo, houve viés ao realizar maior número de grupos de trabalhadores do que de usuários e familiares, diminuindo as possibilidades de contribuição desses últimos, com relatos mais diversificados, e de comparação das diferentes avaliações. Entretanto, uma segunda etapa de investigação,

ainda em fase de processamento, pode aprofundar o exame acerca das avaliações que os usuários fazem do arranjo em estudo.

Em conclusão, os efeitos do arranjo equipes/profissionais de referência sobre os pacientes embasam-se em aspectos emocionais ligados à confiabilidade, constância e integralidade de cuidados. No entanto, esses aspectos não estão suficientemente examinados

e conceituados, o que provoca confusões e problemas relacionais que dizem respeito, primordialmente, à onipotência e suas consequências. Recomenda-se que tal exame se faça com base no que os usuários referem como significativo para seus tratamentos e que os trabalhadores dos CAPS contem com supervisão e apoio institucional para que possam tratar dos problemas inerentes ao contato intersubjetivo.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
2. Campos CMSC, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(2):621-8.
3. Campos GWS, Domitti, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007;23(2):399-407. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000200016
4. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial. Um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 1999;4(2):393-403. DOI: 10.1590/S1413-81231999000200013
5. Campos RT. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saude Debate*. 2001;25(58):98-111.
6. Figueiredo VV, Rodrigues MMP. Atuação do psicólogo nos CAPS do Espírito Santo. *Psicol Estud*. 2004;9(2):173-81. DOI: 10.1590/S1413-73722004000200004
7. Freud S. Obras psicologicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1975. Construções em análise. v.23, p.275-287.
8. Furtado JP, Miranda L. O “dispositivo técnico de referência” nos equipamentos substitutivos de saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Rev Latinoamer Psicopatol Fundam*. 2006;9(2):508-25.
9. Furtado JP. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao Caps Estação. In: Harari A, Valentini W, organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 1991. p.35-48.
10. Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; 1997.
11. Kaës R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: Kaës R, Bleger J, Enriquez E, Fornari F, Fustier P. A instituição e as instituições. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991. p.1-39.
12. Laplanche J. Vocabulário de psicanálise. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
13. Lener R. A psicanálise no discurso dos agentes de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
15. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Thousand Oaks: Sage; 1997.
16. Passos E, Benevides R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicol Clin*. 2001;13(1):89-99.
17. Ricoeur P. Tempo e narrativa. Campinas: Papirus; 1997. v.1.
18. Ryan A. Case management: a critical review. *Community Care*. 2003;10(1):27-32.
19. SILVA MBB. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis (Rio J)*. 2005;15(1):127-50.
20. Winnicott DW. Os doentes mentais na prática clínica. In: Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983. p.196-207.