

# O TÉCNICO DE REFERÊNCIA E A SAÚDE MENTAL: UMA REFLEXÃO A PARTIR DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL<sup>1</sup>

**Valéria Lima Bontempo**

Mestre em Filosofia (UFMG). Docente PUC – MG

**Camila Castanheira Rodrigues**

Assistente Social. Ministério da Saúde

**Resumo:** O objetivo deste texto é descrever a implementação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental<sup>2</sup> da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais-MG<sup>3</sup>, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Betim, bem como refletir sobre o papel do técnico de referência na saúde mental, como uma das funções ocupadas por assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, psicólogos, entre outros profissionais da rede de assistência nessa área.

**Palavras-chave:** Técnico de referência, Saúde mental, Residência multiprofissional.

## THE REFERENCE TECHNICIAN AND MENTAL HEALTH: A REFLECTION FROM A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY

### Abstract

The aim of this paper is to describe on implementation of Multidisciplinary Residency Mental Health / RMSM, School of Public Health-MG, in partnership with the Department of Municipal Health Betim, as well as reflect on the role of technical reference on mental health, while one of the seats held by social workers, nurses, occupational therapists, psychiatrists, psychologists, among other health care network in this area.

**Keywords:** Technical reference, Health mental, Multidisciplinary residency.

## 1. INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup> A elaboração deste texto se deu a partir de discussões com nossos colegas da rede de saúde mental do município de Betim e dos seminários da Residência Multiprofissional em Saúde Mental/RMSM, a quem agradecemos pelas contribuições. De modo especial, agradecemos à psicóloga e tutora da RMSM, Ana Regina Machado, pela leitura e sugestões imprescindíveis à construção deste texto.

<sup>2</sup> Usaremos, ao longo deste texto, a sigla RMSM para designar Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

<sup>3</sup> Usaremos, ao longo do texto, a sigla ESP-MG para designar a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

A RMSM da ESP-MG, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Betim<sup>4</sup>, teve início em agosto de 2010 e tem como objetivo “formar especialistas em Saúde Mental, segundo as diretrizes das políticas nacional, estaduais e municipais da área, no âmbito do Sistema Único de Saúde”<sup>5</sup>. Seu cenário de aprendizagem são os diversos níveis de atenção de uma rede de serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos, visto que seu intuito é possibilitar uma formação em serviço condizente com os princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

Pensar o papel do técnico de referência na saúde mental torna-se um desafio, uma vez que categorias profissionais como os assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, entre outras, não tiveram durante sua graduação uma formação específica nessa área. Algumas nem sequer contaram com disciplinas referentes à saúde mental em seus currículos.

A residência em saúde, de modo geral, é definida pela Lei nº 11.129, de 30 de agosto de 2005, como uma “modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço”<sup>6</sup>. Sua carga horária ocorre predominantemente no campo, já que se trata de uma aprendizagem em serviço, pois 80% das atividades são realizadas nos locais de prática e apenas 20% do tempo são destinados a atividades teóricas.

A partir dessa legislação, algumas residências em áreas específicas foram estabelecidas no Brasil. Esse é o caso da RMSM da ESP-MG, em parceria com a Secretaria Municipal de Betim. Vale lembrar que, desde 2009, o município de Betim, através de seu Conselho de Saúde, estabeleceu as residências em saúde como estratégias fundamentais para a formação dos profissionais assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros, a partir das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

---

<sup>4</sup> A discussão dos aspectos relacionados à RMSM e, de modo particular, sobre a preceptoria, neste texto, foi feita a partir das contribuições das preceptoras da RMSM, a quem agradecemos: Ana Lúcia Souza (psicóloga), Rosângela Rodrigues Moraes (terapeuta ocupacional), Sílvia Pereira de Melo (psicóloga) e Teresa Cristina Barbosa Ricaldone (enfermeira).

<sup>5</sup> Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública/Secretaria Municipal de Saúde de Betim, 2010, p. 9. (Inédito).

<sup>6</sup> BRASIL. Lei nº 11.129 de 30 de agosto de 2005. Disponível em <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-)>. Acesso em: 22 nov. 2011.

As áreas integrantes da RMSM da ESP-MG e da Secretaria Municipal de Saúde de Betim são: enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Participaram da primeira turma quatro residentes, sendo um de cada área. Em agosto de 2011, teve início a segunda turma, também com um residente de cada área. Os participantes dessa residência foram inseridos nos diversos serviços da rede de atenção à saúde mental de Betim, a saber: um CAPS III (Centro de Atenção Psico-social/CERSAM Betim Central), dois CAPS II (CERSAM Citrolândia e CERSAM Teresópolis), um CAPSi (Centro de Atenção Psico-social Infantil/CERSAMI), um CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas), um Centro de Convivência e três Unidades Básicas de Saúde que atendem usuários dos serviços de saúde mental.

Nesses locais, os residentes desempenham diferentes atividades da assistência à saúde mental, acompanhados por trabalhadores da rede ou por seus preceptores. Sobre os cenários de atuação dos residentes, vale destacar que neles não estão incluídos hospitais psiquiátricos, até porque, por questão de princípios da política de saúde de Betim, eles inexistem no município. Toda a assistência aos usuários da saúde mental se dá a partir de uma rede de serviços substitutiva aos manicômios, em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental. Basta ver que a diretriz da política nacional é justamente a “implantação de serviços substitutivos e a redução gradual e planejada de leitos psiquiátricos” (SILVA e COSTA, 2010, p. 636).

Cada residente tem um preceptor de sua área específica, cujo papel é orientar, discutir, apoiar e avaliar as suas ações no cenário de prática, bem como fazer reflexões sobre elas<sup>7</sup>. De acordo com a Resolução da Comissão Nacional de

---

<sup>7</sup> Sobre a função do preceptor, o projeto da Residência Multiprofissional em Saúde Mental estabelece: é papel do preceptor discutir com os residentes “...os aspectos teóricos relativos à especificidade de cada profissão (eixo específico)”, (...) e acompanhar suas atividades práticas, sejam elas específicas de sua área profissional (eixo específico), sejam atividades comuns às diferentes áreas (eixo transversal). Outras atribuições do preceptor nessa residência seriam participar dos seminários da Escola de Saúde Pública; manter uma interlocução com os serviços em que o residente está inserido sempre que for necessário; e intervir nas situações-problema identificadas durante a Residência, visando à qualidade do processo ensino-aprendizagem. Nessa discussão sobre a função do preceptor, vale destacar que, no formato da RMSM de Betim/ESP, o preceptor faz um acompanhamento do residente na rede e não em um serviço específico. Trata-se de um profissional que discutirá a atuação do residente nos diferentes locais. Enfim, ainda estamos definindo a função de preceptor, pois é fato que o seu entendimento sofreu mudanças significativas ao longo da história. Basta ver que a “palavra preceptor vem do latim *praecipio*: mandar com império aos que lhe são inferiores”. Era aplicada aos mestres das ordens militares, mas, desde o século XVI

Residência Multiprofissional em Saúde/CNRMS, de 2 de abril de 2012, compete ao preceptor:

I - exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;

II - orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es), o desenvolvimento do plano de atividades práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;

III - elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;

IV - facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;

V - participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

VI - identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário;

VI - participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;

VII - proceder, em conjunto com tutores, à avaliação do residente, em uma periodicidade máxima bimestral;

VIII- participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento. (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 02.04.2012)

A RMSM prevê ainda um tutor, que tem a função de orientar e apoiar o residente em seu processo de aprendizagem. Também segundo a resolução citada acima, compete ao tutor:

I - implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal;

---

(já aparece com este sentido em 1540), é usada para designar aquele que dá preceitos ou instruções, educador, mentor, instrutor. Mais tarde, passou a identificar alguém que educa uma criança ou um jovem, geralmente na casa do educando...". (In: *Revista Brasileira de Educação Médica*. "Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?", de Sérgio Henrique de Oliveira e Sérgio Rego. Fundação Osvaldo Cruz, Volume 32, Rio de Janeiro, julho/setembro, 2008). Como se observa, na RMSM nossa proposta é bem distinta de seu sentido inicial.

II - organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP;

III - participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;

IV- planejar e implementar, juntamente com os preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

V - articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

VI - participar do processo de avaliação dos residentes;

VII - participar da avaliação do PP do Programa de Residência, contribuindo para o seu aprimoramento;

VIII- orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU. (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 02.04.2012)

A RMSM estabelece também que os residentes deverão participar de seminários realizados semanalmente na ESP-MG, os quais representam 20% da carga horária da residência. Vale lembrar que a carga horária semanal do residente é de 60 horas, sendo 48 horas destinadas a atividades práticas e 12 horas dedicadas a atividades teóricas. Os seminários citados contam também com a participação dos preceptores, tutores e alguns trabalhadores da rede de saúde mental de Betim e de outros municípios. Desde o início dessa residência, os seminários realizados foram: “A rede de saúde mental”, “Reunião clínica”, “Psicopatologia” e “Aspectos históricos e antropológicos da loucura”. Outros eventos de aprendizagem e reflexão são o acompanhamento semanal dos residentes por um preceptor da sua área específica e também as reuniões da equipe de saúde mental de Betim. Estas acontecem semanalmente, com duração de quatro horas, em todos os serviços da rede de saúde mental.

Quanto à visão pedagógica prevista na RMSM, ressalta-se que os residentes são abordados como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho. Sendo assim, as diretrizes pedagógicas utilizam metodologias participativas, tais como a discussão de casos clínicos e situações-problema, apresentação e discussão de temas afins à saúde mental, bem como a problematização geral de questões do cotidiano.

A metodologia de avaliação da RMSM não segue estratégias e instrumentos tradicionais, fundados em critérios quantitativos. A proposta é adotar as estratégias

educacionais sustentadas pela concepção da Educação Permanente, que tem como objetivo a “formação de cidadãos que possam utilizar seus conhecimentos e experiências prévias para significar novos conhecimentos técnico-científicos e, a partir de então, construir um saber que lhes permita exercer suas atividades profissionais de forma competente e condizente com a prática”<sup>8</sup>. Sendo assim, pretende-se “estabelecer estratégias participativas de acompanhamento e avaliação das atividades, da qual façam parte os diferentes atores envolvidos: os próprios residentes, as equipes dos serviços em que atuam, os preceptores, os tutores e os gestores”<sup>9</sup>.

## 2. O QUE SIGNIFICA SER TÉCNICO DE REFERÊNCIA?

A partir dessa introdução sobre a implementação da RMSM da ESP-MG, pretende-se refletir sobre o papel do técnico de referência, como uma das funções ocupadas por profissionais de diversas áreas na assistência aos portadores de sofrimento psíquico. A intenção é pensar o que é ser um técnico de referência, a partir da experiência de uma residente de Serviço Social, uma vez que essa área não tem uma formação específica na graduação para essa atuação.

Um dos campos de aprendizagem e atuação da residente de Serviço Social da primeira turma da RMSM de que tratamos neste texto, no segundo semestre de 2010 e primeiro semestre de 2011, foi o Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil/CERSAMI. Essa é a denominação dada pelo município ao que o Ministério da Saúde chama de Centro de Atenção Psicossocial Infantil/CAPSi. O CERSAMI é a referência para a atenção em saúde mental infanto-juvenil no município de Betim. Nesse serviço, uma das atividades da residente de Serviço Social foi atender crianças e/ou adolescentes que demandavam assistência em saúde mental. Esses usuários chegavam ao serviço espontaneamente ou encaminhados pela escola, Conselho Tutelar, unidades de atenção básica ou outros equipamentos e serviços que compõem a rede de saúde mental.

---

<sup>8</sup> Proposta Político-pedagógica de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Betim, 2010, p. 8. (Inédito)

<sup>9</sup> Ibidem.

Em um primeiro momento, a função da residente de Serviço Social foi acolher esses casos, escutar a demanda apresentada e avaliar com a profissional responsável pelo plantão e, posteriormente, com a preceptora e o tutor, se o sujeito acolhido tinha um sofrimento psíquico grave, que justificava seu atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

Vale lembrar que o CERSAMI em Betim tem como objetivo atender crianças e adolescentes psicóticos, autistas e neuróticos graves. Uma vez avaliado que o caso deve ser atendido pelo CERSAMI, uma das possibilidades de atuação do residente é assumir o atendimento do referido caso, constituindo-se como seu técnico de referência. E o que significa ser técnico de referência de um caso?

De acordo com Lobosque, citada por Costa (2010), o técnico de referência é aquele a quem compete, seja qual for sua formação profissional,

articular o chamado projeto terapêutico do usuário. Isto se faz a partir de uma escuta, que considere suas questões e sua história, interroga o significado dos seus sintomas, examina com ele suas dificuldades, e procure construir, também com ele, saídas para certos impasses e abertura de novas possibilidades.<sup>10</sup>

O papel do técnico de referência na saúde mental, então, é aglutinar orientações e possibilidades de intervenções, em diversos contextos relevantes à atenção psicossocial, bem como em “construções coletivas junto à comunidade”. Cabe a ele, ainda, atuar na “mediação de processos junto ao poder público e à representação social”<sup>11</sup>.

Na mesma perspectiva acima, o técnico de referência é conceituado no Manual dos CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde (2004), como:

aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto. Furtado e Miranda (2006) acrescentam que o dispositivo técnico de referência constitui uma aproximação entre o profissional ou equipe a certo número de usuários, ocasionando uma assistência de modo singular por meio de um projeto terapêutico individual. (SILVA E COSTA, 2010, p. 636)

---

<sup>10</sup> Fórum de debate do Espaço em Saúde Mental da Escola Pública de Saúde/MG. Disponível em: <<http://ead.esp.mg.gov.br/login/index.php>>. Acesso em: 22 nov. 2011.

<sup>11</sup> Fórum de debate do Espaço em Saúde Mental da Escola Pública de Saúde/MG. Disponível em: <<http://ead.esp.mg.gov.br/login/index.php>>. Acesso em: 22 nov. 2011.

Como se observa, o técnico de referência é o articulador central do projeto terapêutico do usuário, o qual, por sua vez, é construído a partir da escuta do sujeito, ou seja, a partir do que o usuário traz. Sobre o processo de escuta do paciente, Freud (1912) nos lembra que se deve ficar atento a tudo o que o sujeito diz, sem negligenciar ou selecionar fragmentos de sua fala de acordo com as inclinações ou expectativas do profissional. Se isso ocorrer, o risco é o de “nunca descobrir nada além do que já se sabe; e, se seguir as inclinações, certamente falsificará o que se possa perceber. Não se deve esquecer que o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente” (FREUD, 1996, p. 126).

Nota-se, assim, que a diretriz central para o desempenho da função de técnico de referência é considerar a fala do paciente. E, nessa perspectiva, vale ressaltar ainda a própria ideia de clínica, conforme concebida pelo psiquiatra e psicanalista Viganó (1997): “a clínica é ensinamento que se faz no leito, diante do corpo do paciente, com a presença do sujeito. É um ensino que não é só teórico, mas que se dá a partir do particular; não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito” (VIGANÓ, 1997, p. 2).

Isto posto, um primeiro ponto a ser demarcado nesta discussão sobre o técnico de referência é que considerar a fala e a singularidade do sujeito revela um novo modo institucional de operar. Os CAPS, na qualidade de dispositivos de uma política de saúde mental, que investe em serviços territorializados e comunitários, são concebidos como equipamentos que promovem a assistência aos “portadores de transtorno mental severo e persistente, desenvolvendo práticas clínicas que lhes permitem viver em comunidade, ter acesso a trabalho, lazer e direitos civis” (MIRANDA; CAMPOS, 2007, p. 208). Sendo assim, novas formas de trabalho são reivindicadas, e o estabelecimento de um profissional como referência para o usuário é uma delas.

Designar ao técnico de referência, entre outras coisas, o papel de direcionar o atendimento ao usuário, faz com que os profissionais deixem de se “responsabilizar por setores, ou alas, como haviam aprendido a fazer e como efetivamente acomodavam seus trabalhos há anos, para serem a referência de algumas pessoas” (MIRANDA, 2005, p. 2). Nessa perspectiva, o profissional de referência é concebido por Miranda e Campos (2007) como um:

arranjo que se apoia 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. (MIRANDA; CAMPOS, 2007, p. 208)

Portanto, a presença do técnico de referência, bem como a construção do projeto terapêutico individual, faz parte dos esforços preconizados desde o começo da reforma psiquiátrica e, como um dispositivo de tratamento, tem como finalidade “romper com modos de relação manicomial” (MIRANDA, 2007, p. 1), melhorando, assim, a assistência aos neuróticos graves, autistas e psicóticos, os quais constituem o público central dos CAPS.

Tanto é assim que a abordagem da atenção psicossocial pressupõe uma lógica de cuidados ao usuário diferente da chamada psiquiatria biológica, a qual entende a “doença mental em termos de transtornos atribuídos ao funcionamento cerebral, bioquímico, verificáveis experimentalmente, tratáveis prioritariamente pela intervenção química dos fármacos e por algumas psicoterapias de modo geral de tipo cognitivo” (TENÓRIO; ROCHA, 2006, p. 56).

Já a atenção psicossocial se caracteriza justamente por uma ampliação das intervenções para tratar a doença mental. Esse paradigma busca tratar, por exemplo, o psicótico, no seu próprio meio social, buscando preservar ou resgatar os seus laços de pertencimento social (TENÓRIO; ROCHA, 2006, p. 56).

A Portaria nº 336, de 2002, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os direitos dos portadores de sofrimento mental, prevê, claramente, a inclusão de atividades de suporte social no modelo assistencial da saúde mental. Segundo essa norma, os Centros de Atenção Psicossocial devem incluir em suas modalidades de tratamento “atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência

social, educação e justiça”<sup>12</sup>. O entendimento é que essas atividades comunitárias efetivamente podem colaborar com a inclusão social daqueles que possuem sofrimento psíquico. Assim, o desafio está posto, pois, só a partir da escuta do paciente é que serão construídas possibilidades que poderão levá-lo a “uma condição mais favorável ao seu pertencimento à convivência social, na família, com os vizinhos, num trabalho, nas relações sociais possíveis” (TENÓRIO; ROCHA, 2006, p. 57).

Um segundo ponto a ser destacado na discussão sobre o técnico de referência é que conceber o indivíduo com as suas divisões subjetivas, logicamente diferenciando-o do resto da humanidade, faz com que o projeto terapêutico a ser construído junto com o paciente revele “um desejo de relação e por isso, um desejo cujo percurso de realização carrega muitos mistérios” (MIRANDA, 2005, p. 3). Nesta direção, o projeto terapêutico não pode ser definido:

como um conjunto de ações que proponham um resultado específico, mas sim uma imprevisível e nunca experimentada forma de relação com alguém com quem teremos que construir algo, ao sabor do desconhecido. Se verdadeiramente admitimos que estamos recebendo um indivíduo, temos que admitir também que não podemos prever como será nosso percurso relacional, já que estamos genuinamente supondo que aquela pessoa que a nós se apresenta para tratar-se é única, distinguível dos demais do grupo e de nós. (MIRANDA, 2005, p. 3)

O técnico de referência, ao desempenhar sua função, não pode então desconsiderar a necessidade de reconhecer e de guardar um certo saber leigo, isto é, de se colocar no lugar de um “não saber”, no sentido da própria *ignorância douta*<sup>13</sup>. Conforme nos ensina o renascentista Nicolau de Cusa (1440), a *ignorância douta* é um não saber que nos impulsiona a buscar um outro saber. Na *ignorância douta* há um reconhecimento dos limites do conhecimento (ABBAGNANO, 1998, p. 534). Contudo, o indivíduo não permanece numa situação de passividade, pois é remetido a uma busca permanente. Pensando no técnico de referência, isto não significa negar a existência de um conhecimento por parte dele. Mas, tão somente,

---

<sup>12</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da República do Brasil. Brasília. Disponível em: <[http://www.fiscolex.com.br/doc\\_395365\\_Portaria\\_N\\_336\\_DE\\_19\\_de\\_fevereiro\\_de\\_2002.aspx](http://www.fiscolex.com.br/doc_395365_Portaria_N_336_DE_19_de_fevereiro_de_2002.aspx)>. Acesso em: 5 fev. 2011.

<sup>13</sup> Essa ideia foi desenvolvida por Nicolau de Cusa (1401-1464) em sua obra **Da ignorância Douta** (1440). Agradecemos ao psicanalista Luciano Elia, que, no seminário comemorativo dos 21 anos do programa de saúde mental em Brumadinho, nos lembrou da ideia de *ignorância douta* ao ressaltar a necessidade de reconhecermos o saber do paciente, bem como de recusarmos um saber puramente especialista na clínica da saúde mental.

que o reconhecimento de um não saber é uma ocasião para que ele possa seguir buscando um outro saber e, até mesmo, uma ocasião para dar lugar ao saber do paciente, o qual deve ser tomado como direção do seu tratamento.

Um terceiro ponto merecedor de nossa atenção nessa reflexão sobre o que é ser um técnico de referência é o entendimento de que essa função pode ser exercida por profissionais que compõem as equipes de saúde mental, independentemente de sua categoria específica. Tal concepção tem como um de seus fundamentos a proposta de uma clínica ampliada. O Ministério da Saúde concebe a clínica ampliada da seguinte forma:

um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade; reconhecer os limites dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 9)

Campos e Domitti (2007), ao refletirem sobre a clínica ampliada, explicitam que a maioria das especialidades e profissões de saúde trabalha com um referencial sobre o processo de saúde e doença restrito, seja no campo biomédico, social ou subjetivo.

Diferentemente dessa abordagem, o enfoque da clínica ampliada sugere maneiras para integrar essas perspectivas em um método de trabalho que reconheça a complexidade e a variabilidade dos fatores e dos recursos envolvidos em cada caso específico, seja ele um problema individual ou coletivo, trabalhando de maneira interdisciplinar. A clínica ampliada pressupõe, então, algum grau de adesão a um paradigma que pense o processo de saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico. Ou seja, sua ideia chave é “ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 3). Sobre essa questão, Silva e Costa (2010) afirmam:

a atuação de referência exige articulação de vários saberes e de diversos campos relacionais (familiar, laboral, social, cultural etc.). Essa construção acontece em um terreno fértil de múltiplas possibilidades de trocas e conflitos. Por isso, o modelo de gestão e a organização do serviço precisam garantir espaços sistemáticos de reuniões ou encontros que estabeleçam planejamento, discussões de caso, supervisão clínico-institucional, capacitação, enfim, espaços que considerem a complexidade

e a intensidade das relações que pressupõem todos os atores sociais inseridos no campo da saúde mental. (SILVA e COSTA, 2010, p. 644)

É partindo desses pressupostos que entendemos que o assistente social, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional e outros profissionais da saúde mental, a partir do desejo e da busca de uma formação consistente para ocupar essa função, têm mais uma possibilidade de atuação na área, ou seja, constituir-se como técnico de referência dos casos atendidos. Nessa perspectiva, vale ressaltar as palavras de Silva (2003), sobre a atuação das diferentes categorias profissionais nos vários dispositivos de tratamento em um serviço de saúde mental:

entendemos que a passagem de todos os profissionais pelos vários dispositivos do serviço, de acordo com o desejo de cada um, é fundamental. O trabalhar em equipe nos remete à legitimação e, ao mesmo tempo, dissolução do lugar do saber. O encontro com o impasse, com um vazio, nos coloca diante das possibilidades. É isso que nos possibilita um movimento constante de construção da clínica. No momento em que o psiquiatra abdica de apenas prescrever medicamentos, o assistente social de apenas fazer visitas domiciliares, o terapeuta ocupacional de apenas coordenar oficinas, o enfermeiro de apenas administrar medicação, o psicólogo de apenas fazer psicoterapia e nos permitimos inventar dispositivos novos onde resguardamos todas essas especificidades e ao mesmo tempo, experimentamos lugares e funções diferentes, é possível, entre outras coisas, questionar o ideal de um saber puramente especialista e experimentar esse lugar de não saber, lugar esse que nos causa, que nos provoca e que faz com que o inusitado surja. (SILVA, 2003, p. 231)

Para finalizar, destaca-se então que, para desempenhar sua função, o técnico de referência na clínica da saúde mental precisa reconhecer a necessidade de recusar um saber puramente especialista. Entretanto, se, de um lado, faz-se necessário superar a fragmentação dos saberes na saúde mental, por outro lado, não podemos perder de vista a ideia da *ignorância douta*, conforme já anunciada neste texto. Ou seja, é imprescindível assumirmos uma posição de não saber para darmos lugar ao saber do paciente. Como vimos anteriormente, a chamada *ignorância douta* é uma ignorância instruída, e, diante dela, somos impulsionados a seguir buscando... E, no contexto da saúde mental, por que não seguir construindo coletivamente o projeto terapêutico do usuário como um técnico de referência? E mais: por que não partir do próprio saber do paciente?

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Trad. Alfredo Bosi. 2 ed. São Paulo: Martins fontes, 1998.

ALBERTI, S; FIGUEIREDO, A. C. **Psicanálise e Saúde Mental: Uma Aposta**. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2006.

BETIM. **Projeto da Residência. Multiprofissional em Saúde Mental**. ESP-MG/Secretaria Municipal de Saúde de Betim, 2010 (Inédito).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da República do Brasil**. Brasília. Disponível em: <[http://www.fiscolex.com.br/doc\\_395365\\_Portaria N\\_336\\_DE\\_19\\_de\\_fevereiro\\_de\\_2002.aspx](http://www.fiscolex.com.br/doc_395365_Portaria N_336_DE_19_de_fevereiro_de_2002.aspx)>. Acesso em: 5 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2 ed, Brasília –DF, 2008, p. 3.

\_\_\_\_\_. Lei 11.129 de 30 de agosto de 2005. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-)>. Acesso em: 22 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS 2, de 16 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrms-2-2012.htm>>. Acesso em: 21 set. 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza e DOMITT, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev., 2007.

Fórum de debate do Espaço em Saúde Mental da Escola Pública de Saúde/MG. Disponível em: <<http://ead.esp.mg.gov.br/login/index.php>>. Acesso em: 22 nov. 2011.

FREUD, Sigmund. Recomendação aos médicos que exercem a psicanálise. (1912) In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 12, p. 123-133.

HUISMAN, Denis. **Dicionário de obras filosóficas**. Tradução de Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

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

MIRANDA, Lílian. Projeto terapêutico. Campinas. 2005 (Inédito).

MIRANDA, Lílian; CAMPOS, Rosana T. O. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial In: **Revista de Saúde Pública**. 2008, 42 (5): 907-13.

OLIVEIRA, Sérgio Henrique; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? In: **Revista brasileira de Educação médica**. Fundação Oswaldo Cruz, Volume 32, Rio de Janeiro, Julho/Setembro, 2008.

Proposta Político Pedagógica de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Betim, 2010, p. 8. (Inédito)

Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, ESP/Secretaria Municipal de Saúde de Betim, 2010. (Inédito)

SILVA, M. E. Saúde mental infanto-juvenil: a experiência do CERSAMI". In: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. (Org.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento** – uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental. Belo Horizonte: Autêntica, 2003, p. 227-235.

SILVA, Elisa Alves; COSTA, Ileno Izídio. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. In: **Revista latino americana de psicopatologia fundamental**. Vol. 13 número 4, São Paulo, Dezembro, 2010, p. 635-647. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142010000400007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142010000400007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 5 nov. 2011.

TENÓRIO, Fernando e ROCHA, Eduardo de Carvalho. **A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial**. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A.C. **Psicanálise e saúde mental – Uma Aposta**. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2006.

VIGANÓ, C. **A construção do caso clínico em saúde mental**. Seminário de Saúde Mental, Psiquiatria e Psicanálise. Belo Horizonte, 1997.