Artigo completo

Construções sobre o dispositivo "técnico de referência" nos serviços de saúde mental

Reflections on the "reference technician" model in mental health services

Marconi Martins da Costa Guedes[1], Júlia de Carvalho Bedaque[1].

1. Instituto Raul Soares, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Marconi Martins da Costa Guedes -marconi_martins@hotmail.com

RESUMO

O presente artigo se propôs a investigar sobre o dispositivo "Técnico de Referência" (TR) e seus desdobramentos no trabalho de profissionais que atuam em dois serviços de saúde mental da cidade de Belo Horizonte: um CAPS-AD III e um Hospital Psiquiátrico, O Instituto Raul Soares, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. A pesquisa foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas com profissionais de diferentes categorias profissionais que atuavam nas instituições e os resultados foram tratados a partir da Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Foram geradas categorias de análise abordando diversas temas como as concepções e atribuições do TR, implicações no vínculo e continuidade do cuidado, desafios e limitações do Modelo TR, formação e qualificação profissional. De modo geral, foi possível concluir que o TR é um dispositivo que traz benefícios ao paciente frente as estratégias que oferece no cuidado em saúde mental, sobretudo pela garantia do vínculo e qualificação do cuidado, entretanto, se faz necessário a criação de espaços de discussão e construção entre os profissionais que assumem esse lugar para que o dispositivo funcione de modo satisfatório e atenda os seus objetivos.

Palavras-chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

This article aimed to investigate the "Reference Technician" (RT) device and its implications for the work of professionals working in two mental health services in the city of Belo Horizonte: a CAPS-AD III and a Psychiatric Hospital, the Raul Soares Institute, of the Hospital Foundation of the State of Minas Gerais. The research was conducted based on semi-structured interviews with professionals from different professional categories who worked in the institutions and the results were treated based on the Content Analysis proposed by Bardin. Categories of analysis were generated addressing several topics such as the concepts and attributions of the RT, implications for the bond and continuity of care, challenges and limitations of the RT Model, and professional training and qualification. In general, it was possible to conclude that the RT is a device that brings benefits to the patient in view of the strategies it offers in mental health care, especially by guaranteeing the bond and qualifying care. However, it is necessary to create spaces for discussion and construction among the professionals who assume this role so that the device works satisfactorily and meets its objectives.

Keywords: Mental Health. Psychiatric Reform. Patient Care Team.

DOI: 10.5935/2238-3182.2026v36s9.15

INTRODUÇÃO

Desde a década de 70, a partir da Reforma Psiquiátrica, a sociedade brasileira vem repensando a construção de suas práticas em saúde mental, questionando-se sobre os modos de cuidado destinados às pessoas com sofrimento mental. Ao longo desse processo, ao se pensar na constituição das equipes de profissionais que oferecem o cuidado, surgiu no contexto da política de saúde mental a proposta de um profissional de referência, que teria como responsabilidades acompanhar o usuário e suas relações, sejam elas com a família ou outros grupos culturais e socioeducacionais que esteja inserido, traçando junto a ele um projeto terapêutico (Brasil, 2004). Tal projeto, nomeado no campo da saúde mental como Projeto Terapêutico Singular (PTS), visa considerar as singularidades e necessidades do sujeito que inclui, por exemplo, a periodicidade que frequenta o serviço de saúde e as atividades que deseja desenvolver. Esse profissional, na perspectiva de Elia (2020), seria então um agente humano do cuidado, evidenciando a importância do vínculo enquanto ferramenta terapêutica e introduzindo uma perspectiva social à atenção em saúde.

A ideia de equipes de referência surgiu a partir de Campos (1999), com o objetivo de produzir alterações na subjetividade e na cultura dominante entre o pessoal de saúde, sendo guiada a partir de três diretrizes principais: valorização do vínculo terapêutico, da transdisciplinaridade e da gestão de grupos ativos e autônomos. Entende-se este arranjo como um dispositivo no sentido compreendido por Baremblitt (2002) de ser um "produtor de inovações" (p. 135), capaz de possibilitar uma nova realidade institucional. Em suma, o profissional de referência é um dispositivo que visa estabelecer uma nova relação entre o usuário, a equipe e a família no campo da saúde, inserindo um compromisso ético com as práticas realizadas nas instituições públicas de saúde.

Inicialmente implantado em unidades piloto, esse conceito foi incorporado no contexto da política nacional de saúde mental, com a proposta de um profissional de referência, que teria como responsabilidades acompanhar o usuário e suas relações, sejam elas com a família ou outros grupos culturais e socioeducacionais, para que este usuário esteja inserido, traçando junto a ele um projeto terapêutico (Brasil, 2004).

Existem outras nomeações presentes na literatura referentes ao profissional de referência, sendo alguns exemplos mais comuns: Técnico de Referência, Referência Técnica, Profissional Referente, *Case Manegement*, Terapeuta de Referência, termos que são usados com sentidos aproximados (SOARES, 2013). No presente trabalho, optou-se por utilizar o termo Técnico de Referência (TR). O que se propõe com o dispositivo do Técnico de Referência é que estes profissionais, que podem ser de diversas formações acadêmicas, sejam responsáveis por acompanhar de modo mais próximo uma população adscrita, sendo que a forma como se organizam muda conforme a disponibilidade de profissionais e tecnologias presentes em cada serviço, sendo flexível aos contextos em que se inserem (Brasil, 2007).

Esse profissional seria o facilitador da contratualidade social do usuário, acompanhando-o de modo horizontal, atuando sempre em vias de ampliação da autonomia do sujeito. Essa construção pode ser entendida como um novo olhar aos cuidados dos portadores de sofrimento mental, que já foram submetidos historicamente a uma relação tutelar pelos profissionais da saúde (Amarante, 2013).

Segundo Jorge (2011), o dispositivo TR é exclusivo do campo da Saúde Mental, sendo utilizado em outros serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que se alinha com práticas voltadas para uma clínica ampliada e para outras tecnologias do cuidado, como vínculo, acolhimento, corresponsabilidade e autonomia. Por isso, tem sido eleito entre diversos dispositivos que vêm sendo traçados para superação de um modelo asilar, sendo outros exemplos: gestão colegiada, apoio matricial, assembleias e supervisão clínico-institucional (Onocko Campos, 2003). Além disso, apesar deste dispositivo ser amplamente utilizado nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas), observa-se que é pouco estudado e debatido, sendo necessário maior entendimento teórico sobre seu funcionamento.

A literatura aponta que os TRs por vezes se sentem sobrecarregados, não apenas pela disponibilidade afetiva necessária para sustentar um trabalho guiado pelo vínculo, como também pelas atividades burocráticas que são incumbidos. Além disso, sentem-se frustrados devido a precariedade do contexto físico-material dos serviços e, também, macrossocial, que limitam suas possibilidades de trabalho, fazendo-os se sentirem mais impotentes (Silva e Costa, 2010). Apesar disso, os profissionais apontam que o trabalho nesse formato é positivo, pois proporciona "troca de conhecimento", atendimento integral ao usuário e melhor divisão de responsabilidades entre a equipe (Chaves & Pegorato, 2013).

Ademais, nota-se que os estudos relativos às equipes de referência são feitos majoritariamente em serviços de base territorial, tal como os CAPS (Soares, 2013). Segundo dados do Ministério da Saúde, de 2019 a 2021 houve quase 60 milhões de atendimentos psicossociais nos CAPS, contando com 2.795 desses serviços pelo país (Brasil, 2022), o que corrobora a importância dos estudos nesse tipo de serviço.

Esse mesmo levantamento feito pelo Ministério da Saúde apontou que existiam, em 2024, 198 Hospitais Psiquiátricos em funcionamento no Brasil. Porém, pouco se sabe sobre a dinâmica de funcionamento das equipes de referência nessa modalidade de assistência à saúde.

A organização da atenção nos hospitais psiquiátricos enfrenta também os desafios da indefinição quanto a seu papel na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), marcado por mudanças de políticas ocorridas na última década (Cruz *et al*, 2020, Brasil, 2023). Essa particularidade histórica aumenta a relevância de se compreender o dispositivo do técnico de referência no contexto hospitalar atual e identificar seus desafios.

É neste contexto que o presente trabalho se insere, visando investigar quais são as percepções dos profissionais de saúde mental sobre o dispositivo Técnico de Referência em dois serviços públicos de saúde mental de Minas Gerais (Hospital Psiquiátrico e CAPS-AD), buscando compreender os desdobramentos no processo de trabalho destes. Investigar acerca desse modelo de trabalho possibilita avançar tanto nos cuidados às pessoas com sofrimento mental, como também, nos processos de organização no campo da saúde.

METODOLOGIA

A presente pesquisa é de cunho qualitativo, do tipo descritivo-exploratória, e buscou investigar sobre as diversas concepções acerca do dispositivo Técnico de Referência, analisando como se dá a sua implementação na prática dos profissionais nos serviços de saúde, comparando-os em dois contextos institucionais distintos, O Instituto Raul Soares, Hospital Psiquiátrico da FHEMIG e um CAPS-AD, ambos situados em Belo Horizonte.

Foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas com 4 profissionais de diferentes categorias profissionais (Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Enfermagem), em ambas as instituições, com a ressalva de que no Hospital os enfermeiros

não atuam como TR, ocasionando o convite a um profissional de outra categoria. Os participantes estavam atuando como TR há no mínimo 6 meses nas instituições.

As entrevistas foram gravadas após anuência dos participantes e a partir da apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, anteriormente à coleta de dados, a pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Os encontros para realização das entrevistas se deram entre os meses de novembro de 2023 e fevereiro de 2024 e essas foram norteadas a partir de um roteiro elaborado pelos pesquisadores. Posteriormente, os áudios foram transcritos para então serem apreciados a partir da Análise de Conteúdo, conforme proposto por Laurence Bardin.

Segundo Bardin (2016), a Análise de Conteúdo se desenvolve em três etapas principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, o pesquisador organiza o material e formula hipóteses. A exploração envolve a codificação e categorização do conteúdo. Por fim, o tratamento dos dados visa à interpretação dos achados à luz dos objetivos do estudo. Essa metodologia é bastante utilizada em pesquisas qualitativas nas áreas de Ciências Humanas e Sociais, especialmente quando se busca compreender os sentidos atribuídos por sujeitos a determinadas experiências ou contextos, os significados e os sentidos das mensagens advindas de comunicações, sejam elas materiais escritos, documentais, falas, interjeições, reticências e silêncios, para além dos sentidos emergidos a partir de uma leitura comum. Conforme aponta Moraes (1999), é "um instrumento marcado por uma grande variedade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto" (p. 23).

No contexto da pesquisa realizada, a Análise de Conteúdo se mostrou uma boa opção metodológica para organizar os dados coletados e analizá-los. Com base na metodologia, realizamos uma leitura flutuante das entrevistas fornecidas para apreender o panorama geral das falas dos profissionais e subsequentemente procedemos à exploração do material, identificando unidades de registro e agrupando-as em categorias temáticas de análise.

As entrevistas revelaram ricas experiências e percepções sobre o trabalho do Técnico de Referência (TR) em ambos contextos dos serviços de saúde mental pesquidados (CERSAM e Hospital Psiquiátrico). As categorias estabelecidas puderam tratar das dimensões centrais da atuação dos profissionais entrevistados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme apresentado, a partir da análise das entrevistas, foram estabelecidas algumas categorias de análise, definindo construtos extraídos das falas dos entrevistados, a saber: 1) Concepção e atribuições do Técnico de Referência (TR); 2) Desafios e limitações do modelo TR; 3) Comparativo entre os modelos de trabalho (Técnico de Referência vs. Especialidade); 4) Formação e qualificação profissional do TR.

1. Concepção e atribuições do Técnico de Referência (TR)

Esta categoria de análise englobou as definições do TR na perspectiva dos entrevistados e como pensam suas principais atribuições. A concepção do TR trazida pelos profissionais refletiram a complexidade do trabalho em saúde mental, que vai além do tratamento da doença e se estende à reabilitação psicossocial e à articulação intersetorial. *"Acho um trabalho importante, assim, que ajuda o paciente a se organizar, a lidar com a crise nos momentos mais difíceis, acompanhar nesses momentos mais difíceis, criar um vínculo, estruturar a vida dele lá fora, de fazer uma reabilitação psicossocial, articular coisas fora, de ajudar ele a viver aquele momento mais difícil do tratamento, eu acho que é bem importante"* (Entrevista 1).

Essa visão ampliada do cuidado é defendida por Amarante (2013), que propõe uma clínica que não se restringe ao consultório, mas se expande para o território e para a vida do sujeito. A capacidade de "escutar, acolher, entender o que o sujeito traz que o incomoda" e de "articular coisas fora" demonstra a atuação em rede e a busca por soluções que considerem a totalidade da vida do indivíduo. *"Eu acho que ser TR é escutar, acolher, entender um pouco do que o sujeito traz, que incomoda ele, as dificuldades. tentar ajudar ele a encontrar algumas respostas ajudá-lo a fazer algumas articulações que às vezes são perdidas ai, seja dentro da própria rede de saúde mental, seja nos dispositivos da assistência, seja com a família, seja no ambiente de trabalho..."* (Entrevista 1).

Neste contexto, ao tentar definir o TR, os entrevistados apontaram para o que seria suas atribuições: trata-se de um profissional que deve ofertar acolhimento e escuta qualificada, atender às demandas dos usuários e referenciá-los no seu território, oferecendo um acompanhamento integral, estabelecendo contato e articulações com a família e outras políticas públicas e instituições, além de elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS). *"Então, o técnico de referência vai ser essa pessoa que vai conseguir escutar e acessar as demandas desse indivíduo, e é alguém para quem ele pode se referenciar, ele tem ali um profissional para falar, que é o profissional que está conduzindo seu caso" (Entrevista 2).* Outras falas dos entrevistados referendam esta construção: *"Eu acho que o técnico de referência é a pessoa que vai identificar as necessidades do usuário, né? Que vai construir com ele possibilidades de aprender essas necessidades, de minimizar prejuízo, principalmente na clínica AD, a gente pensa muito em redução de danos, né? E tanto na construção de um projeto terapêutico com ele, quanto realmente na orientação, na educação e na organização de um projeto de vida"* (Entrevista 3).

A oferta de um cuidado integral como atribuição do TR também apareceu nas falas de profissionais, apresentando esta modalidade de cuidado como algo inerente ao trabalho do TR: *"Eu acho que é um modelo mesmo, de trabalhar a integralidade do usuário e não a especificidade"* (Entrevista 4). *"Eu acho que é considerar o sujeito integralmente né, os pontos importantes para aquele acompanhamento ali, o que é relevante, o que que interfere na saúde mental daquele sujeito, no adoecimento e na recuperação, e trabalhar esses pontos"* (Entrevista 5). Outra entrevistada aponta a importância do trabalho integral do TR quando se tem uma maior visão das necessidades do usuário: *"Sendo TR eu consigo ter uma visão mais geral do meu paciente*" (Entrevista 2).

A dimensão do vínculo e da oferta e continuidade do cuidado puderam ser pensadas, a partir das entrevistas, como as principais atribuições do TR, destacando a relação entre a centralidade do vínculo terapêutico e a importância da continuidade do acompanhamento para a efetividade do tratamento. Campos (2003) destacam a importância da produção de sujeitos e da construção de autonomia, o que só é possível através de relações terapêuticas sólidas e duradouras. Neste contexto, a ênfase no vínculo e na continuidade do cuidado é um pilar fundamental da atenção psicossocial, que podem ser atestado na fala da entrevistada ao dizer que se tornou a "única pessoa" para o paciente em situação de rua, ilustrando a potência desse vínculo, que transcende a mera prestação de serviços e se configura como um suporte existencial. O técnico de referência, nesse sentido, atua como um "porta-voz" do projeto de vida do usuário, garantindo que suas demandas sejam ouvidas e articuladas na rede. *"Eu era a única pessoa que estava por ele na vida assim, a referência que ele tinha né? então eu acho que técnico de referência é isso assim, tem um papel marcante, às vezes*

é quem o aceita, tem pra contar na vida, é quem ajuda, quem dá suporte, escuta, e às vezes é quem faz um papel de uma família,de uma pessoa com quem ele tenha uma transferência mesmo na vida." (Entrevista 1).

Neste contexto, o vínculo é visto como um potente instrumento terapêutico que permite a escuta ampliada das necessidades do sujeito, a negociação de projetos terapêuticos singulares e o compartilhamento do cuidado. A figura do "profissional de referência" ou "técnico de referência", neste contexto, é o elo que estabelece e mantém essa relação, facilitando a articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção. Estes aspectos podem ser percebidos nas falas dos entrevistados: *"Potencialidade, eu acho que a transferência e o vínculo são fundamentais, né? E eu acho que a gente só consegue construir quando o outro permite também do outro lado, né?"* (Entrevista 6). *"Eu acho que o TR permite a ele (usuário) a referenciar as demandas dele... E quando você tem uma referência, você tem uma pessoa que está ali, que está escutando a história, que entende o que está acontecendo"* (Entrevista 1). *"Eu acho que é positivo para ele saber que existe uma pessoa ali e que ele pode acionar a qualquer momento do dia, para falar sobre sua situação, acho que ele não precisa repetir a mesma história para diversos profissionais, sabe?"* (Entrevista 5).

2. Desafios e Limitações do Modelo TR

Esta categoria de análise reuniu dificuldades e entraves percebidos pelos profissionais na prática do trabalho enquanto TR e que, em alguma medida, aponta para uma indefinição ou dúvidas sobre diretrizes que embasam o trabalho do TR, revelando desafios como a falta de delimitação clara e entendimento comum sobre o trabalho, o que pode ser percebido na fala de uma das entrevistadas: *"Nossa, difícil falar o que eu acho, porque eu acho que é um trabalho que é difícil a gente, como você falou, ele não está muito bem delimitado mesmo, até dentro da RAPS mesmo, né? Então, às vezes chegam profissionais novos e às vezes existe um certo… Não tem um entendimento comum, assim, entre todos os profissionais, a não ser que esse profissional já esteja na rede por um período maior"* (Entrevista 6). Essa fala da profissional é crucial, uma vez que ela não apenas reconhece a falta de delimitação, mas a estende para a própria Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), indicando que o problema não é isolado do serviço, mas sistêmico. A chegada de "profissionais novos" que não compartilham um "entendimento comum" sugere uma falha na transmissão e na consolidação das diretrizes do TR, seja por meio da formação, da educação permanente ou de documentos institucionais acessíveis e claros.

Essa falta de clareza conceitual e operacional gera desafios significativos para os profissionais, impactando a efetividade do modelo de cuidado. Neste sentido, a fala da entrevistada aponta para um cenário onde, apesar do reconhecimento da importância do TR, há uma ausência de um entendimento unificado e de diretrizes suficientemente claras que orientem a prática. *"Assim, ser uma referência do caso é uma coisa, acontece naturalmente né, mas técnico de referência é um modelo assistencial que a gente precisa tratar com mais rigor. Então acho que não cair nisso também né, porque aí qualquer um pode ser assim? Acho que não. Técnico de referência não"* (Entrevista 5). Esta ultima fala sugere uma dificuldade em manter a especificidade e o rigor do modelo de RT, evitando que se torne uma prática genérica. O entrevistado reforça a preocupação em diferenciar "ser uma referência do caso" (algo que acontece naturalmente) de ser "técnico de referência", que ele define como um modelo assistencial que precisa ser tratado com mais rigor. Sua questão demonstra inquietação com a banalização do conceito e a perda de sua especificidade técnica. Isso indica que as diretrizes, quando existem, podem não ser suficientemente rigorosas ou implementadas de forma a garantir a distinção e a qualidade do trabalho.

Outro desafio que aparece na fala de uma entrevistada é o desconforto com o trabalho do TR no hospital psiquiátrico, que em sua perspectiva deveria ser feito de forma transdisciplinar, mas que ainda é fragmentado. *"Eu não acho que a gente tem um plano, um projeto. O que é ser referência aqui? Até onde é minha função, até onde não é? Quando eu não estou, de que maneira a gente vai trabalhar essa situação? A partir de que ponto de vista a equipe vai entender esse lugar do que eu faço, do que eu deixei de fazer, porque o paciente tem uma referência? Eu acho que isso aqui ainda é muito confuso. Não tem ainda uma coisa, assim, para falar 'a gente tem documentado', por que que é assim."* (Entrevista 7). Aqui a profissional aponta para uma falta de delineamento institucional do que é ser Técnico de Referência no contexto do hospital psiquiátrico. Discute que, em um trabalho onde há diversos atores, quando não se discute coletivamente as responsabilidades profissionais, pode haver uma sobrecarga de determinados setores: *"Dá impressão que quando são assuntos que cabem a todos ou que são desagradáveis, por não ter uma clareza do que faz o Técnico de Referência, caberia à referência, se instituir isso na instituição"* (Entrevista 8).

Outro relato aponta para a dificuldade de se fazer uma prática transdisciplinar no contexto do hospital psiquiátrico, revelando a fragmentação do cuidado: *"Ser técnico de referência depende muito do contexto que você está inserido. É difícil evitar uma fragmentação do cuidado no hospital psiquiátrico"* (Entrevista 9).

Os desafios e limitações do modelo TR também puderam ser percebidos a partir de falas que expressam a sobrecarga de trabalho, no "caos do plantão" e na dificuldade de lidar com a repetição e o "fracasso" dos casos, especialmente na clínica de álcool e outras drogas. Essas questões remetem à discussão sobre a sustentabilidade da rede psicossocial e a necessidade de investimento contínuo em recursos humanos e infraestrutura, conforme apontado por Lancetti (2006). *"A sobrecarga do plantão, assim, o caos do plantão dentro de um serviço de urgência tira da gente um pouco dessa disponibilidade de ouvir, de acolher, sabe?"* (Entrevista 1). Já a falta de recursos e a precariedade das políticas públicas, mencionadas pela entrevistada do CAPS, apontam para os limites estruturais que impactam diretamente a efetividade do trabalho do TR: *"Dificultador eu acho que são os entraves que a gente tem mesmo das políticas públicas, da falta de recursos, da falta de suporte familiar..."* (Entrevista 6).

Os profissionais do CAPS referem também dificuldades em relação ao trabalho em equipe, que precisa ser constantemente convocado para que o TR não se sinta "solitário" ou "sobrecarregado", ou mesmo, realizando trabalho meramente "burocrático", como exemplifica o trecho a seguir: *"Acho que em alguns momentos, a sobrecarga do plantão, assim, o caos do plantão dentro de um serviço de urgência. Tira da gente um pouco assim, dessa disponibilidade de ouvir, de acolher, sabe?"* (Entrevista 10).

Um dos temas mais foi trazido pelos técnicos do CAPS foi a rotatividade dos profissionais e a precariedade dos serviços públicos: *"A precariedade, né? Falta de investimento na rede, o cansaço dos profissionais, falta de concursos. Hoje, nós somos, acho que uns 15 assim, não sei exatamente. Uns 15 técnicos de nível superior, são uns 4 ou 5 efetivos. O resto é contrato. E aí, a cada ano muda."* (Entrevista 11). *"Eu acho que são os entraves que a gente tem mesmo das políticas públicas, da falta de recursos, da falta de suporte familiar, porque por mais, às vezes, que tenha ali uma proposta de uma construção legal, às vezes esse sujeito esbarra em tanta coisa, em tanta precariedade fora, que a gente fica se sentindo, às vezes, um pouco incapaz e, às vezes, é difícil um avanço, mesmo que seja pequeno."* (Entrevista 10). A partir do relato é possível observar que o que as entrevistadas apontam como insuficiências ultrapassam o próprio sistema de saúde, advindo de

outros pontos como o sistema familiar, cultural e socioeconômico, que são estruturais e ultrapassam o limite de alcance do profissional. Mesmo assim, isso por vezes provoca uma sensação de sobrecarga, impotência e descrença (Silva e Costa, 2010).

3. Comparativo entre os modelos de trabalho do TR e *especialidade*

Esta categoria explorou as percepções dos profissionais sobre as vantagens e desvantagens entre se adotar o modelo do Técnico de Referência em saúde mental ou o modelo de especialidade, onde nesta última cada profissional exerce estritamente a sua função de formação. O comparativo entre os modelos *Técnico de Referência vs. Especialidade* revelou tensionamentos entre a fragmentação e a integralidade do cuidado. *"Quando eu cheguei aqui no CAPS o trabalho não seguia o modelo de Técnico de Referência. Antes era só o psicólogo que fazia o atendimento, que acompanhava os casos. Assistente social era para resolver as altas, TO era para fazer oficinas e enfermeiro fazia serviço de enfermagem. Só os psicólogos atendiam. Tanto que quando eu cheguei aqui eram 15 psicólogos. E os médicos. Tinha o psicólogo e a referência médica"* (Entrevista 4). A fala da entrevistada descreve como se dava no serviço o modelo de trabalho por especialidade. No modelo descrito, o paciente não tinha um ponto de referência único para seu tratamento. Ele era "dividido" entre diferentes profissionais (psicólogo para acompanhamento, assistente social para alta, TO para oficina, enfermeiro para "serviço de enfermagem"). Essa divisão, por si só, já implica que o paciente precisaria repetir informações para cada um, uma vez que cada especialista se ocupava de uma parte isolada de suas necessidades. Neste contexto, cada profissional segue os trilhamentos da sua "especialidade" e seu escopo de atuação restrito.

A crítica que se faz a este modelo de trabalho em saúde mental é que, em um modelo assim, é inerente que o paciente precise repetir sua história, seus sintomas, suas necessidades a cada novo profissional que o atende, pois não há uma figura central ou um sistema de informação que integre e compartilhe o panorama completo do caso, gerando assim uma fragmentação do cuidado. Campos (2003) é um crítico explícito da "fragmentação do cuidado" e da "clínica tradicional focada no especialista". O autor defende a "Clínica Ampliada" como uma proposta de mudança do modelo assistencial, que busca superar a dicotomia entre as especialidades e integrar os diferentes saberes em um projeto terapêutico singular para o paciente. Para ele, o modelo de especialidade gera "ilhas de competência" que não dialogam, resultando em um cuidado desarticulado e ineficaz para as necessidades complexas dos indivíduos, especialmente em saúde mental. Na perspectiva do autor, a função do TR ou do Apoio Matricial surgem como dispositivos para articular e integrar os saberes, transcendendo a lógica da especialidade.

A falta de um profissional que acompanha os casos de forma integral na saúde mental, assumindo a responsabilidade pela condução do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como o TR se propõe a fazer, significa, muitas vezes, ausência de uma visão completa da jornada do paciente por parte dos profissionais. A repetição de informações é um sintoma dessa perda de integralidade, pois o histórico e o contexto do paciente não são fluidamente compartilhados e compreendidos por todos. A necessidade de "contar tudo de novo" é frequentemente experimentada pelos pacientes, o que é considerado por alguns como uma forma de desconsideração e revitimização. Em saúde mental, onde a história de vida, os traumas e o sofrimento são centrais, reviver e repetir essas narrativas para múltiplos profissionais, sem a garantia de que as informações serão devidamente integradas, pode ser exaustivo, frustrante e até iatrogênico.

Do ponto de vista do sistema de saúde, a repetição de informações gera ineficiência. Tempo que poderia ser dedicado ao tratamento é gasto na coleta de dados já existentes, em um processo exaustivo de burocratização. Além disso, a falta de um fluxo claro de informações pode levar a inconsistências, lacunas no cuidado e dificuldades na tomada de decisões conjuntas. A experiência de pacientes que "reclamavam muito quando tinham que contar tudo de novo" no modelo de especialidade (Entrevista 4) reforça a crítica à abordagem tradicional, que desconsidera a subjetividade e a história do indivíduo: *"Olha, os pacientes reclamavam muito quando chegavam para eu atender, eles sempre falavam "nossa, vou ter que contar tudo de novo?", porque fragmenta, né? Assim, então, era bem fragmentado o acompanhamento, eu acho, né?"* (Entrevista 4).

O modelo do TR, ao centralizar o acompanhamento em um profissional, busca mitigar essa fragmentação, promovendo um cuidado mais contínuo e personalizado. *"Eu falo que eu não costumo ter um outro ponto de vista, assim, para comparar, porque desde a faculdade TR foi o que foi apresentado pra mim nos dispositivos de saúde pública e assistência. Então na faculdade eu já estudava CAPS e SUS, SUAS, CRAS, CREAS e todos seguindo esse modelo de técnico de referência"* (Entrevista 5). Outra entrevistada destaca: *"Eu ainda aposto no trabalho do TR, mais do que da especialidade, porque as questões da saúde mental são sempre questões complexas, assim, com muitos atravessamentos"* (Entrevista 2).

4. Formação e Qualificação Profissional do TR

Esta categoria de análise abordou a importância da formação inicial e continuada, bem como as lacunas percebidas na preparação dos profissionais para atuar como TR. A percepção de que *"a gente não tem formação para isso"* (Entrevista 3) sublinha uma lacuna importante na formação dos profissionais para atuarem como TR: *"Eu acho assim, da minha área específica, a gente não tem formação para isso. Acho super complicado. Acho que existe o discurso de que a gente precisa saber de tudo da vida, da pessoa, mas a gente não aprende o que fazer com isso e que é preciso continuar estudando, assim, é o que a gente faz na verdade."* (Entrevista 3). Esta fala extraída de uma das entrevistas revela a sua percepção do quanto a formação dos profissionais que trabalham na saúde mental é deficitária e não instrumentalizam os profissionais para ocuparem este lugar.

Outra profissional sinaliza a necessidade de busca contínua por formação para suprir deficiências na formação, sobretudo em algumas áreas de atuação. *"Eu acho que é necessário estar sempre buscando formação com relação a esse lugar. Realmente não é fácil esclarecer, por exemplo, para a equipe de enfermagem, o que é ser um técnico de referência né. É um modelo recente, se você for olhar, a gente não acha literatura com tanta facilidade né..."* (Entrevista 5). A dificuldade em encontrar literatura específica sobre a RT apontada pela entrevistada indica a necessidade de maior investimento em capacitação e pesquisa. A formação em serviço, através da troca multiprofissional, é reconhecida como um recurso valioso, mas não substitui a necessidade de um arcabouço teórico e prático mais robusto, sobretudo na formação de base dos profissionais. Essa demanda por formação contínua e específica para a atuação na saúde mental, especialmente no modelo do TR, é crucial para fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e garantir a qualidade do cuidado.

Embora alguns profissionais apontaram as deficiências na formação para atuarem como TR, foi marcado pelas entrevistadas a importância deste modelo de trabalho na saúde mental. *"Não vejo muitos trabalhos, não se discute muito, mas eu acho que é um modelo que encaixa na saúde mental. Não acho que o trabalho na saúde mental deva se pautar no modelo da especialidade não, desde que tenha uma formação, um investimento em formação"* (Entrevista 4). A fala da

entrevistada aponta para a importância do trabalho do TR na saúde mental, considerando que o técnico de referência, nesse contexto, atua como um facilitador do processo terapêutico, coordenando o cuidado, articulando a rede de serviços e promovendo a autonomia dos usuários.

Para promoção de um efetivo trabalho como TR, na perspectiva da entrevistada, sua formação deve ir além do conhecimento técnico-científico da sua especialidade, abrangendo aspectos éticos, políticos e relacionais, além do conhecimento sobre a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Neste cenário, investir na formação de técnicos de referência em saúde mental significaria fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), garantindo estratégias de cuidado mais eficazes aos usuários. "Eu acho que, para ser realmente um trabalho potente, e acho que essa é uma questão para o hospital psiquiátrico, deveria existir uma formação para quem está exercendo essa função, se não, fica sem sentido." (Entrevista 12).

Pitta (2001), ao discutir a formação em saúde mental e a reforma psiquiátrica, frequentemente aponta para a defasagem entre os modelos tradicionais de ensino e as novas demandas do cuidado psicossocial. A fala sobre a falta de formação específica para o RT demonstra que as grades curriculares e os programas de capacitação podem não estar acompanhando a complexidade e a abrangência que o trabalho do RT exige. A necessidade de "correr atrás da formação" por iniciativa própria do profissional é um indicativo de uma lacuna institucional no suporte à qualificação para esse modelo de trabalho. *"Eu só acho, assim, que talvez o trabalho aqui do hospital, enquanto técnico de referência, ele precisa ser construído, talvez transmitido. Porque eu vejo que há uma rotatividade de profissionais, que vão chegando e as vezes, são profissionais que nunca passaram pela saúde mental, que nunca passaram, não sabe o que é um técnico de referência, e eu acho que eles vão sendo inseridos no serviço sem uma conversa, sem uma orientação e vão fazendo ali do jeito que eles acham"* (Entrevista 13).

Alguns profissionais trouxeram durante as entrevistas a percepção de que sendo um TR houve uma ampliação de seus saberes técnicos e das possibilidades de atuação profissional. Em especial no CAPS-AD, foi presente no relato das entrevistadas a importância da troca de saberes dentro de uma equipe e da prática transdisciplinar, que gera um aprendizado coletivo, como evidenciado nas falas a seguir: *"CAPS é um espaço de construção coletiva, por mais que você tenha uma referência. A referência, ela vai nortear o tratamento, mas o tratamento é feito por muitos, né?"* (Entrevista 14).

Alguns profissionais entrevistados do hospital apontaram que o processo de trabalho e fluidez na troca de saberes sobre o TR precisa avançar mais, o que é corroborado nas elaborações trazidas sobre as dificuldades institucionais que ainda possuem. Porém, há um desejo por parte dos profissionais entrevistados na criação de espaços que os possibilite trabalhar de forma mais interdisciplinar. *"Os serviços substitutivos formam muito mais, por mais que não exijam também que você tenha uma formação em saúde mental, essa formação acaba ocorrendo dentro ali, é assim que eu faço, vi isso acontecer por esses anos aí, no hospital não."* (Entrevista 15). De toda forma, os profissionais do hospital apontam a satisfação de atuarem como TR, conduzirem os casos e poderem dividir as responsabilidades do trabalho com a equipe, além de avanço nas possibilidades de recursos de tratamento que o modelo oferece.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises das entrevistas realizadas ressoam os princípios e desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Atenção Psicossocial. O modelo do TR, conforme descrito pelos entrevistados, alinha-se à proposta de superação do modelo manicomial e da fragmentação do cuidado, buscando a integralidade e a singularidade do sujeito. Embora seja um modelo que possui um grande potencial e possibilita transformações na vida dos usuários, as entrevistas revelam que o trabalho do TR é complexo e multifacetado, permeado por desafios institucionais e clínicos na sua implementação.

A centralidade do vínculo, a busca pela integralidade do cuidado e a necessidade de uma formação contínua são os pilares que sustentam essa prática, alinhando-se aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial. O trabalho como TR exige um deslocamento dos saberes aprendidos nas formações específicas de cada categoria profissional, sendo a transdisciplinaridade um objetivo desta prática, embora audacioso e difícil equacionamento, pois implica na abertura e articulação de campos disciplinares e responsabilidades bastantes distintos entre si.

Isso pode ser concluido pelas falas dos entrevistados. Em seus discursos, a necessidade de reposicionamento frente aos seus saberes aparecem de forma ambivalente, ora trazendo esse deslocamento como ponto positivo, que permite novos horizontes e desafios profissionais, ora como ponto de dificuldade, justamente por ser uma dimensão teórico-prática pouco conhecida e que não costuma fazer parte das formações acadêmicas regulares.

Ao serem questionados sobre as atribuições de um TR, diversos profissionais trouxeram a dificuldade de compreensão e delimitação no que fazem. Os profissionais se localizam numa espécie de encruzilhada, buscando manter um fazer que traga seus saberes específicos como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, mas que também caminhe em direção a uma construção de novos saberes e práticas em saúde mental.

A maior parte dos entrevistados relatou que, a partir desse modelo de trabalho, é possível conhecer mais profundamente a história de vida dos sujeitos atendidos, gerando maior sensação de acolhimento e vínculo mais significativo entre profissional e usuário. Isso proporciona construções de projetos terapêuticos mais condizentes com a realidade e desejos do paciente, havendo de fato um aspecto singularizado. Muitos profissionais trouxeram que tanto os usuários, quanto seus familiares sentem-se mais seguros com o tratamento neste cenário.

O vínculo possibilita um cuidado menos fragmentado e mais horizontalizado, existindo um nível aprofundado de trocas e valorização dos saberes trazidos pelos usuários e familiares, que sentem-se seguros para relatar suas dificuldades e sofrimento. A elaboração e aplicação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a partir de profissionais de referência, ganha profundidade neste aspecto, pois visa não somente traçar hipóteses diagnósticas e condutas medicamentosas adequadas, mas a construção de estratégias de intervenção e cuidado mais condizentes com as necessidades dos usuários.

Por fim, pôde ser observado ao longo da pesquisa que o trabalho do Técnico de Referência visa modificações tanto na gestão dos processos laborais dentro da saúde, como também, nos cuidados ofertados aos usuários e seus familiares, valorizando o vínculo terapêutico, os saberes transdisciplinares e construção de estratégias de cuidado. Dessa forma, a efetivação do trabalho como TR, como pudemos acompanhar ao longo deste trabalho, apesar das suas dificuldades, trazem avanços significativos para o campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

2. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
3. Baremblitt GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5ª ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.
4. Brasil. Ministério Da Saúde, Secretaria de Atenção À Saúde, Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
6. Brasil. Ministério da Saúde. SUS realizou quase 60 milhões de atendimentos psicossociais nos CAPS de todo o Brasil entre 2019 e 2021 [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, edispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de28 de setembro de 2017, e repristina redações. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 22 jun. 2023; Sec.1, 117:296.
8. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 1999;4(2):393–403.
9. Campos GWS. Saúde Paideia: ensaios sobre a reforma sanitária e a clínica do trabalho. São Paulo: Hucitec; 2003.
10. Chaves BL, Pegorato RF. Contribuições do arranjo "Equipe de Referência" a um Centro de Atenção Psicossocial. Estud Pesqui Psicol. 2013;13(3):939-956.
11. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trab Educ Saúde. 2020;18(3):e00285117.
12. Elia LF. Referência técnica e transferência analítica no Coletivo: a "desespecialidade" como vetor. Seminário Inédito. Belo Horizonte: Instituto Raul Soares; 2020.
13. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc Saúde Coletiva. 2011Jul;16(7):3051–60.
14. Moraes R. Análise de conteúdo. Rev Educ. (Porto Alegre, Online), 1999;22(37)7-32.
15. Onocko Campos R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 122-49.
16. Pitta AMF. O que é a Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Brasiliense; 2001.
17. Silva EA, Costa II. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 2010 Dec;13(4):635–47.
18. Soares LS. O técnico de referência na atenção psicossocial como dis(para)(dor) da política de saúde mental. [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul; 2013.