

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**Isabella Cristina Barral Faria Lima**

**“A fortaleza da saúde mental está nas pessoas”:  
um estudo sobre as residências em saúde mental da região metropolitana  
de Belo Horizonte**

**Belo Horizonte**  
**2019**

Isabella Cristina Barral Faria Lima

**“A FORTALEZA DA SAÚDE MENTAL ESTÁ NAS PESSOAS”:  
um estudo sobre as residências em saúde mental da região metropolitana  
de Belo Horizonte**

**VERSÃO FINAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Linha de pesquisa: Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação

Orientadora: Dra. Izabel Christina Friche Passos

Belo Horizonte  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais  
2019

150 Lima, Isabella Cristina Barral Faria.  
L732f "A fortaleza da saúde mental está nas pessoas"  
2019 [manuscrito] : um estudo sobre as residências em saúde  
mental da região metropolitana de Belo Horizonte / Isabella  
Cristina Barral Faria Lima. - 2019.  
145 f.  
Orientadora: Izabel Christina Friche Passos.  
  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas  
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  
Inclui bibliografia.  
  
1. Psicologia – Teses. 2. Saúde mental – Teses. I. Passos,  
Izabel Christina Friche. II. Universidade Federal de Minas  
Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  
III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**"A fortaleza da saúde mental está nas pessoas": um estudo sobre as residências em saúde mental da região metropolitana de Belo Horizonte**

**ISABELLA CRISTINA BARRAL FARIA LIMA**

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação.


Aprovada em 27 de maio de 2019, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Izabel Christina Friche Passos - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Regina Celi Fonseca Ribeiro  
UFMG

  
Prof(a). Teresa Cristina da Silva Kurimoto  
UFMG

  
Prof(a). Daniela Dallegrave  
Universidade Federal de Goiás

  
Prof(a). Maria Aline Gomes Barboza  
Prefeitura de Belo Horizonte

Belo Horizonte, 27 de maio de 2019.

*Esta tese é dedicada às pessoas que, em meio a grandes tempestades,  
nos auxiliam a construir lugares, dentro ou fora de nós,  
que podemos chamar de lar.  
Em especial, a todas as pessoas que, com alegria, inventam cotidianamente  
uma sociedade sem manicômios – uma sociedade não-fascista.*

## *Gracias a la vida que me ha dado tanto*

*A academia não é o paraíso.  
Mas o aprendizado é um lugar onde o paraíso pode ser criado.*

bell hooks, 2018

À Izabel, pela amizade – *uma relação ainda sem forma* – e incentivo constante. A possibilidade de aprender tanto com você sempre atenuou meus desconfortos com os equívocos e burocracias da instituição. Agradeço pelas disciplinas e pela indisciplina, pelas orientações e pelos carnavais. Agradeço a aposta amorosa de que eu daria conta de concluir esta pesquisa e por não tornar os prazos mais infernais do que eles já são.

Ao Guilherme Fernandes que, diante de impasses injustos e recorrentes, iluminou o caminho para que, mais de uma vez, fosse possível resolver a questão da bolsa de estudos para a realização desta pesquisa de doutorado. Agradeço imensamente à Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais por ter concedido por dois anos a bolsa-empréstimo e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo financiamento desta pesquisa. Vida longa à universidade pública, gratuita e de qualidade!

Às pessoas vinculadas aos programas de residência que generosamente contribuíram para a pesquisa e que de diversas maneiras me inspiraram, principalmente, todas e todos ex-residentes que se dispuseram a compartilhar suas experiências e me proporcionaram a emocionante e valiosa oportunidade de ressignificar as minhas próprias. Minha admiração por vocês é imensa! Vida longa ao SUS!

Às professoras que compuseram a banca examinadora desta tese: Daniela Dallegrave, Maria Aline Barboza, Regina Céli e Teresa Kurimoto. Agradeço a oportunidade do diálogo, a leitura cuidadosa e as contribuições que auxiliaram a aprimoramento deste trabalho. À Regina e à Maria Aline agradeço o incentivo e as diversas contribuições teórico-afetivas desde que entrei no mestrado. Viva as mulheres pesquisadoras!

À professora Celina Modena e a todas as colegas da turma de Saúde Mental e Saúde Coletiva (2017/2) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz, em especial, Ana Regina, Anna Laura, Marcela, Dirley e Rosângela. Agradeço a oportunidade de aprender tanto, de uma maneira prazerosa e comprometida com a luta antimanicomial e com a defesa de uma política de saúde pública e de qualidade.

Às incansáveis colegas da Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, por compreenderem minha ausência e por me ensinarem tanto sobre a luta pela efetivação de uma política pública de saúde mental comprometida com o cuidado em liberdade. Adriana Mojica, Andrêza Alves, Bianca Cortês, Cirlene Ornelas, Janaína Dornas, Lourdes Machado, Miriam Abou-Yd e Viviane Maciel, mulheres maravilhosas. À Karen Zacchè e à Carla Paulino, que certamente não fazem ideia de que foram elas que, há uma década, abriram as portas para meu encantamento pelo cuidado criativo e em liberdade, na ocasião de meu estágio prático no Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário, durante o Curso de Formação Político-Profissional do Coletivo Espaço Saúde. Vida longa aos movimentos estudantis, ao controle social e às práticas antimanicomiais!

Às professoras e aos professores que contribuíram de diversas maneiras nos caminhos pelos quais andei desde que tive a oportunidade de entrar na universidade pública. Ao Cornelis van Stralen, que muito cedo me acolheu em projetos de pesquisa e extensão e me apresentou a potência do controle social no SUS. À Cassandra França, pelo rigor de seu trabalho e pelo amor que dedica aos processos de aprendizagem de alunas e alunos. À Maria Luísa que, há mais de dez anos, me mostrou que metodologia de pesquisa poderia ser algo com beleza e que hoje, talvez mesmo sem saber, continua me mostrando outras belezas na universidade e na vida. À Vanessa Barros pelos eventos maravilhosos que sempre realizou, pelos encontros alegres dos últimos anos e pela boa sorte da *galette des rois*. À Cláudia Penido pelo incentivo ao pensamento crítico, pelas contribuições à esta pesquisa e por estimular a entrada no doutorado. Ao professor Michel Perreault, que me recebeu com curiosidade e compromisso na *Université du Québec à Montréal* e me ensinou sobre formação para o trabalho em saúde mental, intersectorialidade e políticas de redução de danos quando, ainda na graduação, realizei intercâmbio – uma oportunidade profissional e pessoal possibilitada pela política pública de educação brasileira.

À Sabrina Alves e à Françoise Bourneuf que me ensinaram com disposição e compromisso quando eu era residente no CAPS/HU da Universidade Federal de Juiz de Fora – os *encontros de aprendizagens* que me possibilitaram estar aqui hoje. À Hila Faria e à Maria Stella Filgueiras pelas trocas e pelo compromisso com um dos trabalhos mais sensíveis e intensos que já acompanhei. Às residentes do meu coração – Fabiana Lawall, Madelisa Leal e Marina Lobato, que entre pombos, afetos, cervejas e cuidados compartilhados, tornaram tudo mais leve.

Às amigas e aos amigos do Instituto DH, por seguirem firmes na luta por uma sociedade mais justa e solidária e por me ensinarem tanto.

Aos colegas do mestrado/doutorado pelas trocas, risadas e cafés. Aiezha Martins, Andréa Chamon, Daniela Toniza, Flávia Rodrigues, Goreti Marques, Jesus Monteiro, Juliana Diniz, Margarete Amorim, Ricardo Dias, Xádia Silva...

À Ana Emília, pelo trabalho fundamental – ajuda decisiva, mesmo no meio do carnaval. À Kátia Nunes, pelo cuidado e por toda autonomia; agradeço por me deixar tranquila nos últimos meses e por ser tão respeitosa. À Vívian Coelho, pela breve e significativa escuta e pelas drogas lícitas que deram aquele ânimo quando eu achei que não teria mais jeito.

Aos meus amigos e amigas que, muito embora não tenham ideia do que fiz nesses últimos anos, me incentivaram de diversas maneiras e compreenderam as ausências. E aos meus amigos e amigas que, sabendo muito bem o que fiz nesses últimos anos, me ampararam de diversas maneiras. Às queridas Sara Deolinda e Flávia Rodrigues, por não deixarem que eu esquecesse de cuidar da minha alegria. À Carol Hanna, pelo carinho com que cuidou da minha saúde em um período de grande ansiedade e pelas risadas sempre contagiantes. Ao Matheus Reis, por toda delicadeza e amor. Ao Rodrigo Leite e ao Washington Silva, por compartilharem a vida e por trazerem mais músicas, afetos e potências. À Maria Aline e ao Marcelo Duque, pelo compartilhamento de indignações e alegrias. Ao Guilherme Fernandes pelas conversas honestas sobre políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e pela militância poética e otimista. À Nathália Lopes pelas conversas sobre saúde mental – a nossa própria e a de nossa cidade. Ao Paulo Silva, pelo incentivo à prática da docência e por ter aberto um caminho de possibilidades.

À Carol, *impar*, pela presença fundamental e determinada. Agradeço por ter me possibilitado o espaço e o tempo necessários para concluir este trabalho, por todos os chocolates, livros, cafês e bilhetes. Agradeço pelas conversas sobre metodologias alegres e rigorosas e por tantas comemorações em tão pouco tempo. Passar por um doutorado é um pouco menos árduo com *um amor feliz*.

À Denise, mulher maravilhosa e mãe suficientemente boa, pelo amor incondicional e por todo o respeito às minhas escolhas. Agradeço a compreensão, os momentos de descanso e tranquilidade e a companhia nos momentos mais difíceis. Agradeço pela generosidade de ter me ensinado tanto e pela humildade com que se dispôs a aprender. Mais uma vez: a sua presença pode ser invisível neste trabalho, mas sem ela, ele não existiria.

*Gracias a la vida que me ha dado tanto  
Me ha dado la risa y me ha dado el llanto  
Así yo distingo dicha de quebranto  
Los dos materiales que forman mi canto  
Y el canto de ustedes que es mi mismo canto  
Y el canto de todos que es mi propio canto*

Violeta Parra



*Ou tu és um monstro de força,  
ou bem que me podias ensinar como construiste tua  
casa mesmo no meio da ventania.*

Aníbal M. Machado, 1984

*Se a reforma psiquiátrica conseguiu forças para expandir-se,  
mesmo no seio da repressão política, foi – e isso deve ser entendido mais em termos  
de experiência vital do que apenas intelectualmente –  
a partir da crença de que a vida é justamente o poder de ultrapassar a repetição; de  
que esta é, por assim dizer, sua essência.*

Sergio Alarcon, 2005

## Resumo

As residências multiprofissionais em saúde têm sido consideradas estratégicas para a qualificação de profissionais no campo da saúde coletiva e espaço privilegiado de formação para o Sistema Único de Saúde. No campo da saúde mental, configuram uma aposta para o fortalecimento das práticas na perspectiva da atenção psicossocial. O objetivo central desta pesquisa de doutorado foi compreender como as residências em saúde mental da região metropolitana de Belo Horizonte/MG dialogam com a perspectiva da atenção psicossocial, privilegiando a percepção de ex-residentes. De forma exploratória e descritiva, utilizou-se de análise de textos formais (os documentos em que constam os projetos político-pedagógicos dos programas de residência estudados e documentos governamentais, portarias, resoluções e leis relacionados às residências em saúde) e informais (entrevistas e questionários), além de atividades participativas em contextos diversos, que foram registradas em diário de campo. Inicialmente, à luz das discussões sobre educação interprofissional e práticas colaborativas no contexto da reforma psiquiátrica, foi analisado o projeto político-pedagógico de um programa de residências integradas em saúde mental realizado totalmente na rede de atenção psicossocial de Belo Horizonte. Posteriormente, um levantamento permitiu o delineamento do perfil dos ex-residentes e a elaboração de um panorama de três programas por meio do olhar desses atores. Finalmente, por meio de entrevistas em profundidade, indagamos como alguns dos ex-residentes dos programas realizados integralmente na rede de atenção psicossocial descrevem os impactos da formação sobre suas trajetórias profissionais e de vida. Foi constatado que os ex-residentes entrevistados tinham algum tipo de contato com o campo da saúde mental antes de ingressarem nos respectivos programas, que foram escolhidos por eles segundo critérios de qualidade. Os ex-residentes deram pistas importantes sobre as perspectivas teóricas orientadoras dos projetos político-pedagógicos, indicando regularidade nas referências às produções da reforma psiquiátrica, por meio de termos correlatos como reabilitação psicossocial, reforma psiquiátrica antimanicomial, política de saúde mental, álcool e outras drogas, aspectos históricos e antropológicos do sofrimento mental e recovery, além de incluírem a psicanálise e a psicopatologia. A maioria dos ex-residentes que participaram desta pesquisa desenvolviam, na ocasião das entrevistas, atividades de trabalho relativas ao campo da saúde mental, com destaque para o trabalho diretamente nas redes de atenção psicossocial. Constatamos que a aposta na rede de atenção psicossocial como local privilegiado para processos de ensino-aprendizagem, sem a utilização do hospital psiquiátrico, questiona práticas de formação estagnadas e possibilita a ampliação das formas de cuidado.

**Palavras-chave:** Saúde pública; Residências em saúde; Saúde mental; Atenção psicossocial.

## Abstract

Multiprofessional residencies in health have been considered strategic for the qualification of professionals in the collective health field and a privileged training space for the Sistema Único de Saúde (SUS), the public health care system in Brazil. In the mental health study field, they are considered as a possibility of strengthening practices from the perspective of psychosocial care. The main objective of this doctoral research was to understand how the mental health residencies in the metropolitan region of Belo Horizonte/MG are related to the perspective of psychosocial care, based on ex-residents perception. In an exploratory and descriptive way, this research sought to analyze formal texts (the documents that contain the political-pedagogical projects of the studied residency programs and government documents, resolutions and laws related to health residencies) and informal ones (interviews and questionnaires), in addition to participative activities in different contexts, which were registered in a research journal. Firstly, in the light of the discussions about interprofessional education and collaborative practices in the context of psychiatric reform, the political-pedagogical project of an integrated mental health residency program carried out entirely in the Belo Horizonte psychosocial care network was analyzed. Then, using the questionnaire, we designed the profile of former residents and created an overview of three programs from the perspective of these actors. Finally, through in-depth interviews, we asked how some ex-residents of programs carried out entirely in the psychosocial care network describe the impacts of this qualification on their life and professional path. It was found that the ex-residents interviewed had some kind of contact with the mental health study field before they enrolled in the respective programs, which were chosen by themselves according to quality criteria. The ex-residents gave some important information about the theoretical perspectives that guide the political-pedagogical projects, indicating regularity in the references to the psychiatric reform productions, through terms related to psychosocial rehabilitation, psychiatric anti-asylum reform, mental health public policy, alcohol and other drugs, historical and anthropological aspects of mental suffering and recovery, in addition to the inclusion of psychoanalysis and psychopathology. Most of the ex-residents who participated in this investigation were developing, by the time of the interview, work activities related to the mental health field, highlighting the work directly connected to the psychosocial care networks. We found that investing in the psychosocial care network as a favored place to teaching and learning processes, not using the psychiatric hospital, questions stagnant training practices and makes it possible to expand the forms of care.

**Palavras-chave:** Public health; Health residences; Mental health; Psychosocial care.

## Resumen

Las residencias multiprofesionales en salud han sido consideradas estratégicas para la cualificación de profesionales en el campo de la salud colectiva y un espacio privilegiado de formación para el Sistema Único de Salud. En el campo de la salud mental se presentan como una apuesta al fortalecimiento de prácticas en la perspectiva de la atención psicosocial. El objetivo central de esta investigación de doctorado fue comprender cómo las residencias en salud mental de la región metropolitana de Belo Horizonte/MG dialogan con la perspectiva de la atención psicosocial, a partir de la percepción de ex residentes. De forma exploratoria y descriptiva, se realizaron análisis de textos formales (los documentos en los que constan los proyectos político-pedagógicos de los programas de residencia estudiados y documentos gubernamentales, resoluciones y leyes relacionados a las residencias en salud) e informales (entrevistas y cuestionarios), además de actividades participativas en contextos diversos que fueron registradas en un diario de campo. Inicialmente, a la luz de las discusiones sobre educación interprofesional y prácticas colaborativas en el contexto de la reforma psiquiátrica, se analizó el proyecto político-pedagógico de un programa de residencias integradas en salud mental llevado a cabo enteramente en la red de atención psicosocial de Belo Horizonte. Posteriormente, un estudio permitió delinear el perfil de los ex residentes y construir un panorama sobre tres programas a través de la mirada de esos actores. Finalmente, mediante entrevistas en profundidad, indagamos cómo algunos de los ex residentes de los programas realizados íntegramente en la red de atención psicosocial describen los impactos de esta formación sobre sus trayectorias profesionales y de vida. Se constató que los ex residentes entrevistados habían tenido algún tipo de contacto con el campo de la salud mental antes de ingresar a los respectivos programas, los cuales fueron elegidos por ellos según criterios de calidad. Los ex residentes dieron pistas importantes sobre las perspectivas teóricas que orientan los proyectos político-pedagógicos, indicando regularidad en las referencias a las producciones de la reforma psiquiátrica, por medio de términos relacionados como rehabilitación psicosocial, reforma psiquiátrica antimanicomial, política de salud mental, alcohol y otras drogas, aspectos históricos y antropológicos del sufrimiento mental y *recovery*, además de incluir el psicoanálisis y la psicopatología. La mayoría de los ex residentes que participaron de esta investigación desarrollaban, en el momento de las entrevistas, actividades de trabajo relativas al campo de la salud mental, con destaque en el trabajo directo en las redes de atención psicosocial. Constatamos que la apuesta en la red de atención psicosocial como lugar privilegiado para los procesos de enseñanza y aprendizaje, sin la utilización del hospital psiquiátrico, cuestiona prácticas de formación cristalizadas y posibilita la ampliación de las formas de cuidado.

**Palabras-clave:** Salud pública; Residencias en salud; Salud mental; Atención psicosocial.

## Sumário

Introdução.....	12
<i>A meta não antecede o caminhar</i> .....	13
<i>A inseparabilidade entre sujeito e objeto</i> .....	16
<i>A pesquisa teve como suporte a experimentação dela mesma</i> .....	20
<i>A subversão da separação entre espaço e tempo</i> .....	24
<i>Objetivos e organização da tese</i> .....	27
1. Primeiro artigo (publicado) – Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo.....	30
2. Segundo artigo (manuscrito) – Perspectivas de ex-residentes sobre os programas de residência em saúde mental realizados na região metropolitana de Belo Horizonte.....	54
3. Terceiro artigo (manuscrito) – Potencialidades e desafios da formação em programas de residência em saúde mental realizados integralmente na rede de atenção psicossocial.....	79
Considerações finais.....	112
Referências .....	115
Apêndice A.....	13
Anexo A.....	12
Anexo B.....	17

## Introdução

*Quem mais, se não eu mesmo,  
fará as perguntas de pesquisa  
cuja trajetória somente a mim cabe fazer?*

Cássio Hissa, 2013

A história vergonhosa e violenta dos manicômios nós conhecemos. Trabalhos exaustivos não deixam dúvidas sobre esse passado (por vezes, infelizmente, tão presente) e sobre a mortificação produzida por essa instituição (Firmino, 1982; 1986; Foucault, 2010; Goffman, 1974). Também temos conhecimento sobre as dificuldades nos processos de formação para o trabalho no campo da saúde mental; questão da qual gestores, profissionais, usuários e pesquisadores se ocupam há algum tempo (Abraham, Azevedo & Gomes, 2017; Amarante, 2007; 2008; 2010; Brasil, 1992; 2002; Ceccim, 2010; Cerqueira, 1984; Lancetti, 2010; Lobosque, 1997; 2010; 2018; Merhy, 2010; Pereira, 2009; 2010; Rotelli, 2008; Saldanha & Pacheco, 1997; Santos, 2018; Rotelli, 2008).

Esta pesquisa movimenta-se desassossegada em relação aos “dias que virão”, como afirmaram Emerich e Yasui (2016). Nesse sentido, sabemos que é preciso “o fortalecimento do que conquistamos” e a ousadia de “criticar nosso caminho, para eventuais mudanças de percurso” e para que tenhamos condições de recusar “repetições de práticas excludentes, que tanto queremos superar” (Emerich & Yasui, 2016, p.213). Em um contexto de avanço de ideias e práticas conservadoras (Feuerwerker, 2014; Lobato, Costa & Rizzotto, 2018), especialmente no campo da saúde mental (Amarante & Nunes, 2018; Delgado, 2019), esse é um exercício fundamental e cada vez mais desafiador.

Nesse sentido, esta tese apresenta reflexões sobre processos de formação para o trabalho em saúde no âmbito de programas de residência em saúde mental realizados na região metropolitana de Belo Horizonte.

A construção do objeto e dos objetivos de uma tese não é algo que possa ser desvinculado do caminho de uma pesquisa e tampouco da experiência de quem pesquisa. Eduardo Passos (2013), recorrendo à obra *Caminhando* (1963) da artista brasileira Lygia Clark (1920-1988), apresenta em quatro pontos uma discussão sobre o rigor do método para pensar a formação dos trabalhadores da saúde.

O primeiro ponto diz respeito ao fato de que esse tipo de processo não acontece com um caminhar previamente estabelecido, o segundo relaciona-se com a inseparabilidade entre sujeito e objeto, o terceiro sugere que o processo se realiza a partir de sua própria experimentação e, por fim, o quarto aborda a subversão da separação entre espaço e tempo. Em outro momento<sup>1</sup>, o mesmo autor recupera esses pontos em uma discussão sobre pesquisa-intervenção em saúde (Passos, 2017). Tomarei aqui suas contribuições junto às de outros autores, como Cássio Hissa (2013), para pensar o percurso de criação desta pesquisa ou o percurso metodológico.

*A meta não antecede o caminhar*

*Mesmo quando armado, o olhar vai se singularizar no ato.*

Emerson Merhy, 2013

Parto da premissa de que esta pesquisa não tem um caminhar predeterminado ou obediente, estabelecido por uma meta previamente definida (Passos 2013; 2017). Não obstante, é certo que não se trata de uma ação sem direção, pois existe uma orientação do percurso da pesquisa (Hissa, 2013; Passos & Barros, 2015), que teve início em 2015, quando entrei no mestrado com a intenção de estudar um dos programas de residência multiprofissional em saúde mental de Minas Gerais.

O projeto inicial foi imaginado a partir de algumas inquietações que surgiram durante o tempo em que atuei em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no período em que fui residente do Programa de Residência em Psicologia Hospitalar e da Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. O serviço recebia residentes de psicologia e psiquiatria, e intrigava-me o fato de o serviço funcionar de maneira predominantemente ambulatorial. Especialmente no que se referia às atividades práticas dos residentes de psiquiatria e das atividades teóricas comuns para os residentes de psiquiatria e psicologia, dentre elas, discussão de casos clínicos, grupo de estudos e apresentações de pacientes, que privilegiavam os estudos psicopatológicos.

---

<sup>1</sup> Conferência intitulada “Pesquisa-Intervenção na área da Saúde Coletiva”, proferida no *I Seminário Sobre Pesquisa-Intervenção na Saúde Coletiva*, realizado pelo Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 24 de novembro de 2017.

Percebi que essas atividades não aconteciam sem algum desconforto por parte da equipe, notadamente uma assistente social e uma terapeuta ocupacional com as quais e por meio das quais realizei belíssimos *encontros de aprendizagens* (Dallegrave, 2013; Dallegrave & Ceccim 2018a; 2018b). Tais encontros, de acordo com os autores, convocam o pensamento, provocando deslocamentos e possibilitando novos modos de sermos e de nos relacionarmos. Destaco que as duas profissionais citadas não eram oficialmente minhas preceptoras e, no entanto, assumiram genuinamente tal função, facilitando minha formação por meio da ética do acompanhamento, que envolve a atenção aos sinais corporais das aprendizagens e aos afetos relativos ao processo de aprender em serviço (Pereira & Dallegrave, 2018). Essas profissionais, comprometidas com a atenção psicossocial e com a integralidade do cuidado em saúde, certamente propiciaram um espaço para que eu pudesse desenvolver habilidades e sensibilidades e, ao mesmo tempo, um olhar crítico para essa experiência.

Assim, após a conclusão da residência, alguns questionamentos me acompanharam e tive vontade de conhecer outros programas de residência para compreender como esses processos formativos estão se relacionando com a perspectiva da atenção psicossocial e com o trabalho nos serviços abertos, de base comunitária e territorial. Tendo esse questionamento como norte, elaborei um projeto de pesquisa e ingressei no mestrado.

Um projeto de pesquisa, de acordo com Hissa (2013), pode ser considerado um roteiro vivo que se transforma a partir da vida do mundo. Atravessado pela realidade, aquele primeiro projeto, felizmente, se distanciou muito daquilo que pudemos produzir e apresentar na dissertação.

A proposta inicial da pesquisa voltava-se para um único programa de residência multiprofissional em saúde mental, escolhido por ser uma referência importante de formação para o campo no estado de Minas Gerais e por ser, possivelmente, o primeiro do país a não utilizar o hospital psiquiátrico como cenário de prática<sup>2</sup>: a Residência Multiprofissional de Saúde Mental de Betim, inicialmente realizada em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) e posteriormente em parceria com a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas).

---

<sup>2</sup> Conforme as pessoas entrevistadas explicitaram, o hospital psiquiátrico só entrava como campo possível de atuação profissional em situações específicas e pontuais. Por exemplo, quando o residente já estava acompanhando um determinado usuário do serviço substitutivo e uma internação acontecia. Para garantir o seguimento do cuidado destinado àquela pessoa, o residente, quando possível, ia ao hospital ou estabelecia algum tipo de relação com a instituição. Portanto, não é uma escolha de ignorar a existência do hospital psiquiátrico, mas sim de não o privilegiar como local de formação.



Este era um programa pelo qual eu tinha muita admiração e curiosidade, sobretudo pelo envolvimento da ESP-MG, a qual já conhecia por ter acompanhado algumas de suas excelentes atividades formativas enquanto eu ainda era graduanda em psicologia. Entretanto, quando iniciamos nossa aproximação, no início de 2016, soubemos que devido a questões burocráticas e financeiras das instituições responsáveis por sua gestão e execução, o programa seria encerrado em abril daquele ano.

Após alguns encontros de orientação para que conseguíssemos redesenhar o projeto inicial e após realizarmos um levantamento das residências em saúde mental existentes em Minas Gerais, decidi abordar os três programas da região metropolitana de Belo Horizonte, por meio de seus projetos político-pedagógicos (PPP) e da perspectiva dos ex-residentes. Escolha que se justifica, principalmente, pelo contexto de cada um deles, mas também pela viabilidade da pesquisa. Ao mesmo tempo, e não menos importante, não excluiria da pesquisa o programa que a motivou.

Uma das características da pesquisa qualitativa é a sua flexibilidade, relacionada ao reconhecimento de que planejamento não quer dizer controle (Deslauriers & Kérisit, 2014; Hissa, 2013; Pires, 2014a). Dessa forma, reformulamos a proposta inicial considerando os dados que já estavam sendo produzidos a partir de meu contato com o campo de pesquisa.

Ainda antes de concluir a primeira parte do estudo, mas após a reformulação e a ampliação do projeto inicial, tendo em vista a indicação da orientadora desta pesquisa, encaminhamos a solicitação de mudança de nível para o doutorado, que foi aprovada em meados de 2016 pelo Colegiado de Pós-Graduação em Psicologia e pela Câmara de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Assim, na primeira parte desta pesquisa, apresentada em dissertação de mestrado, realizamos uma análise dos PPP dos programas de residência em saúde mental realizados na região metropolitana de Belo Horizonte, procurando compreender como se relacionam com a perspectiva da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira (Lima, 2016).

Nesta tese buscamos, a partir das análises e conclusões do trabalho anterior, ampliar o nosso olhar. Nosso objetivo central foi conhecer a percepção dos ex-residentes sobre como os programas de residência em saúde mental realizados na região metropolitana de Belo Horizonte dialogam com a perspectiva da atenção psicossocial e compreender como descrevem os efeitos da formação realizada nos respectivos programas sobre suas trajetórias profissionais e de vida.

De acordo com Nunes (2015a) e conforme foi possível constatar em minha experiência como residente e na pesquisa aqui apresentada, por ter um perfil híbrido, ou seja, ser meio trabalhador ao mesmo tempo em que é meio estudante, o residente é potencialmente um agente problematizador das práticas. Inevitavelmente isso pode provocar conflitos relacionais, mas, ao mesmo tempo, também pode acelerar processos de inovação no serviço, o que depende da capacidade de negociações entre os atores envolvidos, “sejam eles profissionais dos serviços, preceptores, tutores ou residentes” (Nunes, 2015a, p.26).

### *A inseparabilidade entre sujeito e objeto*

*Cada um de nós passamos pelas mais variadas micropolíticas e, em cada uma delas, muda nossa maneira de pensar, sentir, perceber, agir – muda tudo.*

Suely Rolnik, 2006

Para Cássio Hissa (2013), “o sujeito que pergunta para construir a sua pesquisa interroga a si próprio” (p.31). Sem dúvidas, não foi apenas o desconforto sentido na época em que fui residente que me motivou a realizar vários dos questionamentos aqui presentes.

Desde a graduação tive a oportunidade realizar disciplinas relacionadas ao campo da saúde coletiva e da saúde mental, participar de grupos de estudos, projetos de extensão e pesquisa. Por dez anos fiz parte do Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais do Departamento de Psicologia da UFMG (L@GIR/UFMG), por meio do qual pude ampliar os horizontes de meus processos formativos. Essa vivência, entretanto, não é diferente das constatações de pesquisas que indicam a necessidade de problematizar a prejudicial distância entre a formação na universidade e as outras políticas públicas (Lobosque, 2018), sobretudo na psicologia (Beato, 2015). Isso porque as atividades às quais pude me dedicar não constavam no currículo mínimo obrigatório, que infelizmente utilizava (e ainda utiliza) um hospital psiquiátrico para o ensino, empregando a problemática apresentação de pacientes (Pereira, 2010), e tinha escassa oferta de estágio fora do modelo clínico tradicional.

Por isso destaco que, ainda durante o curso de graduação, após as incômodas aulas de psicopatologia, realizadas integralmente dentro de um hospital psiquiátrico, participei de uma experiência decisiva: o *V Curso Interdisciplinar de Formação Político Profissional em Saúde Mental*, oferecido pelo coletivo Espaço Saúde de Belo Horizonte. Este coletivo estudantil tinha a proposta de discutir criticamente a temática da saúde, desenvolvendo ações que permitissem aos estudantes conhecer e interferir “no novo modelo de atenção à Saúde Mental” (Almeida & Miranda, 2013, p.120-122). O coletivo, que infelizmente não existe mais, possibilitou um contato muito significativo entre os estudantes de diversos cursos da saúde e os trabalhadores e usuários da rede pública de saúde mental de Belo Horizonte. Talvez esse tenha sido o principal acontecimento para que eu desse um outro sentido para minha formação e buscasse dentro e fora da universidade, oportunidades que estivessem mais próximas das realidades das políticas públicas de saúde.

Ainda que com suas limitações, a universidade me permitiu um processo formativo reflexivo e propositivo. Acredito que esse registro seja relevante, pois, embora as atividades afinadas com a reforma psiquiátrica antimanicomial possam se constituir como *processos minoritários* dentro das universidades, eles certamente não são *processos tímidos*, como bem definiu Simone Paulon (anotações pessoais, 10 de agosto de 2018.).

Nesse sentido, Ribeiro (2017) aponta diversas iniciativas sediadas e/ou articuladas em conjunto com a UFMG que se configuram como práticas formativas relevantes no campo da saúde mental, e não apenas para a comunidade interna da universidade. Em sua tese de doutoramento, esta autora, inclusive, discute de maneira aprofundada uma rica experiência pautada na atenção psicossocial e sobretudo no protagonismo dos usuários, que acontece em parceria entre a UFMG e um Centro de Convivência da rede pública de saúde mental do município de Belo Horizonte (Ribeiro, 2017).

Apesar disso, na pós-graduação *stricto sensu*, onde estive inserida desde que concluí a residência, as dificuldades não foram poucas, pois embora sejam realizadas muitas pesquisas sobre políticas públicas, incluindo a saúde, foram raras as disciplinas e outros encontros que promoveram diálogos nesse sentido. Soma-se a isso o fato de que o processo de desenvolvimento de uma pesquisa de mestrado ou doutorado costuma ser muito solitário e o tempo para o pensamento, infelizmente, está subordinado ao “tempo burocrático” (Hissa, 2013, p.158). Por tudo isso e pela exigência de produtividade, os relatos de sofrimento e adoecimento estão cada vez mais constantes (Garcia da Costa & Nebel, 2018)

e o sentimento de satisfação com o trabalho, infelizmente, tem ficado menos frequente, como tenho vivenciado e escutado de colegas.

Por outro lado, foram muitos os momentos em que esta pesquisa ganhou vida e que eu tive vontade de conhecer e de encontrar com as pessoas envolvidas com os programas estudados. A partir de algumas leituras, mas muito mais da própria experiência, tenho entendido que ser afetada pelo mundo é fundamental para construção do pensamento (Franco & Merhy, 2013; Freire, 1996; hooks, 2017; Pelbart, 2008, Rolnik, 2006).

Talvez, conforme Hissa (2013) e Pais (2013), eu compartilhe da ideia de que a pesquisa possa se configurar como um *artesanato coletivo*, sendo uma construção de saber junto ao outro e não sobre o outro, buscando, criativamente, produzir diálogos e reciprocidade.

Assim, reconheço minha atividade de pesquisa em vários territórios existenciais nos quais os sujeitos envolvidos se inscrevem como sujeitos ético-políticos (Feuerwerker, 2014; Franco & Merhy, 2013; Guattari & Rolnik, 2013; Passos, 2017). De uma maneira simplificada, relembro alguns desses territórios: os diversos eventos que acompanhei, organizados por pessoas que estão ou estiveram vinculadas aos programas de residência estudados; os encontros na universidade (e fora dela) que me possibilitaram reflexões sobre os processos de pesquisa; uma disciplina específica sobre saúde coletiva e saúde mental ofertada por um outro programa de pós-graduação, quando pude compartilhar aprendizagens alegres e críticas com ex-residentes, ex-preceptores, preceptores e outros profissionais envolvidos com os programas estudados; o questionário e as entrevistas, assim como as conversas que as antecederam e as sucederam; as atividades dos próprios programas para as quais fui convidada a participar; o intenso e emocionante *Encontro de Bauru, 30 anos de luta antimanicomial*; os encontros de orientação; o nosso querido bloco carnavalesco *Sem Manicômios e Sem Prisões*, dentre outros. Como o território pode ser compreendido como “o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos” (Guattari & Rolnik, 2013, p.388), para além desses que nomeei, também estou me referindo a seus desdobramentos e conexões.

Esses territórios existenciais possibilitaram que eu realizasse, ao longo desses quatro anos, costuras político-afetivas que me permitiram uma forma coletiva e mais solidária de vivenciar o processo da pesquisa em um contexto de grande fragilidade dos processos

democráticos e das políticas públicas, sobretudo da saúde mental. Não foram raros os momentos em que compartilhei com as pessoas entrevistadas uma enorme preocupação com o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS), da reforma psiquiátrica antimanicomial e dos processos de formação para o trabalho na saúde pública.

Por isso, estou de acordo com a perspectiva de que ao mesmo tempo em que realizei esta pesquisa que, de formas diversas, modifica o meio social, também fui (e continuo sendo) afetada nesse processo, ou seja, reconheço “o processo de produção de si e do mundo como algo simultâneo, legítimo e inexorável” (Merhy & Franco, 2013, p.160). A produção de conhecimento ocorre, portanto, na fluidez das relações sociais e, nesse sentido, *a pesquisa está ligada à vida* (Romagnoli, 2009).

O objeto é algo que se define técnica e teoricamente a partir de escolhas que a pesquisadora faz no percurso realizado (Hissa, 2013; Passos, 2013; 2017; Pires, 2014b). Dessa forma, é certo que os resultados apresentados não correspondem a uma realidade: eles são uma leitura possível. Todavia, é importante ressaltar que esse posicionamento “não conduz necessariamente a uma posição subjetivista” (Pires, 2014b, p.65). Conforme veremos, construímos, com fundamentação em dados formais e informais (Bauer, Gaskell & Allum, 2012), uma leitura que pode ser confrontada por outros interessados (Bauer & Aarts, 2012; Pires, 2014b).

Nesse sentido, privilegiar a percepção de ex-residentes foi uma escolha levando em consideração o papel estratégico que esses atores ocupam por terem sido simultaneamente profissionais atuantes e estudantes nos serviços. Além disso, pesou a minha experiência, que me torna também uma ex-residente. A inserção do residente no serviço, invariavelmente, provoca mudanças. Por vezes, essa posição ambígua, que os torna atores de dentro e de fora ao mesmo tempo, possibilita o surgimento de críticas que trazem uma espécie de arejamento às práticas, como veremos. Além disso, era de nosso interesse conhecer os impactos dessa modalidade de formação para esses profissionais. Em uma das entrevistas, curiosamente, uma ex-residente comentou que gostaria de reencontrar os colegas: “Depois que terminamos a residência, nós nunca reunimos e, assim, eu sempre tive vontade disso acontecer, mas nunca aconteceu. Eu queria fazer as perguntas que você faz... ‘E aí, gente, o que vocês estão achando? Porque eu achei tão legal’” (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019).

A partir de minha própria trajetória, que conforme explicitarei, não está desvinculada do caminho desta pesquisa, ressalto a minha posição que considera que a formação para o

trabalho em saúde deve ter “o objetivo de produzir sujeitos capazes de protagonizar mudanças nos serviços de saúde” (Franco, 2013, p.186) e, assumindo a militância antimanicomial, sem deixar de considerar seus riscos (Vasconcelos & Paulon, 2014) reafirmamos que tais mudanças devem sustentar o cuidado em liberdade (Abou-Yd & Lobosque, 1998; Lancetti, 2009; Lobosque; 1997; 2009; 2010; 2018; Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001). Nesse sentido, compreendemos o tema pesquisado como uma prática sociocultural relacionada com modos de subjetivação (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013; Franco & Merhy, 2013) e consideramos que processo de formação no campo das políticas públicas deve ter um compromisso com a transformação social (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Feuerwerker, 2014).

*A pesquisa teve como suporte a experimentação dela mesma*

*Então somos um grau de potência,  
definido por nosso poder de afetar e de ser afetado,  
e não sabemos o quanto podemos afetar e ser afetados,  
é sempre uma questão de experimentação.*

Peter Pál Pelbart, 2008

Quando decidimos pela ampliação da pesquisa começamos a imaginar um novo percurso que fosse pertinente para o desenvolvimento do projeto que estava sendo reelaborado. Assim, resolvemos recorrer a uma interseção de metodologias. De acordo com Bauer, Gaskell e Allum (2012), é possível pensarmos nos dados sociais de dois modos: a comunicação formal e a informal, que circulam em meios diversos – textos, imagens e sons. Nesta pesquisa trabalhamos com textos formais (os documentos em que constam os projetos político-pedagógicos dos programas de residência estudados e documentos governamentais, portarias, resoluções e leis relacionados às residências em saúde) e informais (entrevistas e questionários), além das atividades participativas em contextos diversos anteriormente mencionados, que foram registradas em diário de campo (Medrado, Spink & Mélo, 2014, Pinheiro, 2018).

Na dissertação intitulada *Residências Multiprofissionais em Saúde Mental na Região Metropolitana de Belo Horizonte: articulações com a perspectiva da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira* (Lima, 2016), realizei a análise detalhada dos PPP a partir dos próprios documentos e de quatro entrevistas realizadas com coordenadores e ex-coordenadores dos programas. Conforme a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), todas as instituições que oferecem programas de residência multiprofissional e em área profissional da Saúde devem elaborar um PPP do curso com suas diretrizes básicas de funcionamento (Brasil, 2012). São esses projetos que os programas utilizam para se cadastrarem nos Ministérios da Educação e da Saúde para sua aprovação e para concorrerem aos editais de financiamento de bolsas. De acordo com Izabel Passos (2009a), “as vantagens da pesquisa documental se devem ao fato de que os documentos são uma fonte relativamente estável, rica e de baixo custo, capaz de complementar informações obtidas em entrevistas ou desvelar novos problemas” (p.37).

O PPP, entretanto, não se resume à mera questão pedagógica ou a simples exigência burocrática, como constatamos (Lima, 2016). A definição dos fundamentos teórico-metodológicos, objetivos e organização didático-pedagógica de um projeto demarca um compromisso. Todavia, é um documento elaborado a partir de objetivos que se pretende implementar, mas a execução da proposta, inevitavelmente, se transforma na prática. Justamente por isso, procuramos valorizar as informações procedentes das entrevistas com coordenadores e ex-coordenadores dos programas.

Dando sequência à pesquisa, após a análise dos PPP, elaboramos um questionário destinado aos ex-residentes, que mescla questões fechadas e abertas (Apêndice A). Elaborados para obtenção de informações relevantes ao tema investigado e cujas respostas podem ser “codificadas de forma padronizadas, e registradas de forma quantitativa” (Babbie, 1999, p.77), os questionários são instrumentos particularmente eficazes para a produção de informações quando combinados com outros. Em consonância, Pires (2014b) ressalta que a medida pode ter “o efeito de levar a refletir e de criar um espaço propício a criatividade” (p.79).

Inicialmente, inspirada por Lima, Santos e Araújo (2015), eu pretendia definir o perfil profissiográfico dos ex-residentes dos programas estudados, isto é, organizar informações sobre o contato com o campo da saúde mental e experiências anteriores, além de informações referentes às respectivas inserções nos programas escolhidos. Acreditava que faria um levantamento de aspectos objetivos que nos dariam uma espécie de “retrato

acadêmico-profissional” dos ex-residentes (Lima & Santos 2012; Lima, Santos & Araújo, 2015). Percebi, ao afinal da análise, que os questionários trouxeram ainda outras informações e, especialmente, possibilitaram espaço para que emergissem questões que puderam ser pensadas em conjunto com as informações oriundas das entrevistas e dos documentos. Os resultados das análises dos questionários encontram-se no segundo artigo apresentado nesta tese.

Para a concretização do que consideramos um terceiro momento da pesquisa, após a análise dos questionários, realizei entrevistas em profundidade (Moré, 2015; Schraiber, 1995) com ex-residentes. A escolha das pessoas entrevistadas foi intencional, baseada nas respostas do questionário e nas conclusões da análise realizada. Entendendo a entrevista como interação (Machado, 2002), cada sujeito entrevistado é compreendido como “porta-voz de uma determinada formação sócio-histórica” (p.48), cada entrevista é analisada minuciosamente e não há exigência de um grande número de sujeitos entrevistados.

Busquei entrevistar ex-residentes de todos os programas, procurando a maior diversificação possível dentre as categorias profissionais envolvidas (enfermagem, psicologia, psiquiatria, serviço social e terapia ocupacional). Muitos, porém, não tiveram disponibilidade para as entrevistas. No total, foram oito ex-residentes entrevistados, todos egressos dos dois programas realizados integralmente em serviços abertos e de base comunitária, um ainda em execução e outro já encerrado. O processo de análise do material empírico foi fundamentado na análise temática (Minayo, 2010). Em um primeiro momento fiquei em contato direto e intenso com o material, realizando leituras verticais dos relatos, privilegiando a compreensão singular de cada entrevista e elaborando um esquema provisório de interpretação de cada uma, à luz do referencial teórico da atenção psicossocial, que orienta a pesquisa. Na sequência, realizei uma leitura horizontal do conjunto dos relatos, estabelecendo relações entre as narrativas. A síntese das leituras vertical e horizontal em diálogo com o contexto sociocultural e com o referencial teórico permitiu a identificação de três núcleos temáticos principais: o primeiro deles trata da formação em e na rede, o segundo aborda o suporte teórico para o percurso formativo e, por fim, o terceiro diz respeito aos efeitos-afetos nas subjetividades e trajetórias dos entrevistados. A participação voluntária sempre terá efeitos e no caso desta pesquisa, todos os entrevistados, coincidentemente ou não, são pessoas que, embora com críticas pertinentes e assertivas, tiveram uma vivência afetiva positiva em seus programas de residência, continuaram trabalhando em serviços públicos e assumem explicitamente a defesa do SUS e da política



pública de saúde mental antimanicomial. O terceiro artigo que compõe esta tese apresenta as discussões realizadas a partir das entrevistas com os ex-residentes.

O primeiro artigo que compõe a tese traz uma reflexão sobre interprofissionalidade e práticas colaborativas no contexto de um dos programas estudados, sendo uma retomada original de resultados parcialmente discutidos na dissertação (Lima, 2016).

O percurso metodológico, portanto, pode ser compreendido como uma espécie de memória da pesquisa (Hissa, 2013) que se orienta pela sua realização, e não pela representação ou adequação a um ideal (Passos, 2013). No primeiro momento da pesquisa, mais analítico, privilegiei os PPP dos programas estudados e as entrevistas com coordenadores e ex-coordenadores desses programas. Esses resultados estão apresentados, portanto, na dissertação de mestrado (Lima, 2016) e no primeiro artigo que compõe esta tese (Lima & Passos, 2019). Posteriormente, assumo uma dimensão mais avaliativa, dada pela perspectiva dos ex-residentes, por meio dos questionários, cujo resultado encontra-se no segundo artigo desta tese. Por fim, no terceiro momento, as análises se aprofundam a partir das entrevistas com ex-residentes, mas também em uma nova leitura das informações produzidas e discutidas anteriormente, conforme apresentado no último artigo desta tese.

De acordo com Merhy e Franco (2013), um dos desafios da avaliação qualitativa segundo a dimensão subjetiva é o de “aprofundar a compreensão da dinâmica micropolítica de cada trabalhador, para perceber como na sua singularidade eles produzem o cuidado no cotidiano” (p.152-153). Nesse sentido, estamos falando não apenas da produção de cuidado no cotidiano de trabalho, mas também da “produção de si mesmos como sujeitos do trabalho” (Merhy & Franco, 2013, p.153). Ao direcionar meu olhar e minha escuta para ex-residentes pretendi compreender como a dinâmica da formação possibilita a compreensão e a produção do cuidado em saúde, e quais efeitos produz nas trajetórias desses atores.

Tendo como suporte sua própria experimentação e sem se guiar por uma meta previamente definida e idealmente representada (Passos, 2013), a pesquisa foi pensada em três momentos, sendo que as análises foram realizadas, sobretudo, à luz do referencial teórico da atenção psicossocial, considerando os eixos ético, estético e político do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira (Alarcon, 2005; Alverga & Dimenstein, 2005; Leal, 1995; Oliveira & Passos, 2012; Passos, 2009b).

*A subversão da separação entre espaço e tempo*

*Ali aconteciam várias coisas ao mesmo tempo  
e que não, necessariamente, se excluíam.*

Emerson Merhy, 2004

O último ponto a respeito do rigor do método indicado por Eduardo Passos (2013) a partir da leitura de uma das obras de Lygia Clark, refere-se à subversão da separação entre espaço e tempo.

Formalmente, esta tese teve início em 2016, quando aconteceu a mudança de nível para o doutorado. Entretanto, no início desta pesquisa, quando descobri que o projeto deveria ser completamente transformado, a tese já estava surgindo. Por isso, não tenho dúvidas de que existe uma relação indissociável entre os dois momentos, que não é apenas de continuidade. Ao final do doutorado, tenho condições de revisitar o texto apresentado na dissertação e, inclusive, interrogá-lo, a partir de outros elementos.

Apesar da satisfação por dar seguimento à pesquisa após a defesa do mestrado, o que possibilitou o aprofundamento e a ampliação de questões anteriormente apresentadas, sabia que o tempo cronológico para a realização do doutorado seria mais curto. Porém, eu não esperava que sentiria sua passagem de forma tão acelerada e não esperava que o recrudescimento de forças conservadoras, que infelizmente influenciam em nossa disposição para o trabalho, me daria a insistente sensação de retorno ao passado.

Em 14 de dezembro de 2017 a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) do SUS aprovou de forma antidemocrática, sem nenhum tipo de debate público, a Resolução 32 (Brasil, 2017a) que, conforme Amarante e Nunes (2018), “praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da [reforma psiquiátrica] brasileira” (p. 2073). Destaco que o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Direitos Humanos, dentre outros, posicionaram-se contrários a essa Resolução que “rompe com um dos traços constitutivos da Reforma Psiquiátrica, que é o necessário diálogo com a sociedade” (Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2018, p.8).

Ainda em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 3.588 que, além de incluir na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com incentivo financeiro significativo, o hospital psiquiátrico, que há mais de uma década configurava-se como um serviço em desconstrução, incluiu serviços que se estabelecem a partir da lógica manicomial, como o ambulatório e o hospital-dia (Brasil, 2017b)<sup>3</sup>.

Esse movimento de retrocesso, marcadamente através da Portaria Interministerial 2/2017 (Ministérios da Justiça e Segurança Pública, do Desenvolvimento Social, da Saúde e do Trabalho), fortalece também outro tipo de instituição reconhecidamente manicomial e violadora de direitos humanos: a comunidade terapêutica (Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal, 2018; Conselho Federal de Psicologia, 2011; Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2016; Lima, Barros, Melo & Passos, 2017). Nesse mesmo sentido, outro encaminhamento antidemocrático mais recente, em abril de 2019, foi a publicação de um decreto, que institui uma “nova” política sobre drogas, fundamentada no proibicionismo e na abstinência (Brasil, 2019) – mais um retrocesso inestimável. Portanto, desde o final de 2017 os esforços contrários ao que é preconizado nas legislações vigentes, com destaque para a Lei Federal 10.216/2001 (Brasil, 2001) e para a Portaria 3088/2011 (Brasil, 2011a), intensificaram-se. “É a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente marchamos para trás” (Delgado, 2019, p.1).

Especificamente no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS, entre os anos de 2003 até meados de 2015, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no âmbito do Ministério da Saúde, diversas políticas públicas relacionadas ao ordenamento de recursos humanos para o SUS foram criadas ou fortalecidas, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), o Pró-Saúde, o PET Saúde e o Programa Mais Médicos, dentre outras (Machado & Neto, 2018; Sarmiento, França, Medeiros, Santos & Ney, 2017). Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde assumiu o papel de regular as residências multiprofissionais em saúde, tornando-se um grande responsável pelo financiamento dessa modalidade de formação, que teve o número de vagas ampliado em todas as regiões do país, embora com concentração na Região Sudeste (Sarmiento et al.,

---

<sup>3</sup> Em 2018, o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais publicou uma importante análise da referida Portaria. O documento intitulado *Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios*, encontra-se disponível em: [https://issuu.com/mpcftp/docs/documento\\_comentarios\\_acerca\\_da\\_por](https://issuu.com/mpcftp/docs/documento_comentarios_acerca_da_por)

2017). Atualmente, após um período marcado por políticas afinadas com os princípios constitucionais que consideram a saúde como um bem público, vivemos um momento de ameaças de perda dos direitos essenciais, caracterizado por uma espécie de retorno às políticas neoliberais da década de 1990 (Machado & Neto, 2018). Nesse contexto, estamos vivenciando a redução de meios concretos que favoreçam a operacionalização dessas políticas, incluindo a realização das residências em saúde.

Dessa maneira, iniciamos esta pesquisa em 2015 em uma determinada configuração social em relação às políticas públicas e a concluímos em outro contexto, sendo que o curto tempo de sua realização foi atravessado por sentimentos de dúvidas e sobressaltos, em meio a certeza de que “a lógica antimanicomial não pode ser aquela que faremos vigorar no futuro” ou aquela existente anteriormente, ela só tem “existência se a fizermos existir desde já” (Lobosque, 2003, p.168)<sup>4</sup>. Conforme apresento no último artigo, uma ex-residente, hoje trabalhadora da saúde mental, lembra que precisamos o tempo todo escapar da romantização do trabalho no campo saúde mental, que faz com que pensemos que a potência está nos serviços e identifiquemos que *a fortaleza da saúde mental está nas pessoas* (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019).

Uma outra dimensão a respeito do espaço-tempo, surgiu através dos questionários e das entrevistas: a memória. Alguns respondentes informaram em campo aberto no próprio instrumento ou por meio de contato por e-mail destinado à pesquisadora que o questionário exigiu um certo exercício de recordação. Chegaram até a interrogar se isso poderia comprometer as respostas. Aproveito essa dúvida legítima para reafirmar que este trabalho está afinado com a ideia de uma ciência que não se identifica com a produção de uma verdade universal.

Quando, em uma das entrevistas, comentei que as pessoas que estavam dispostas a serem entrevistadas tinham uma vivência positiva na residência e que seguiam trabalhando no campo da saúde mental, a entrevistada prontamente respondeu: “faz sentido, é porque a gente sempre vai ter alguma coisa para falar, para experimentar de novo” (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019), me dando uma sensação prazerosa de que a pesquisa também tinha uma perspectiva muito atual, embora estivéssemos tratando, predominantemente,

---

<sup>4</sup> Lembramos que durante as décadas de 1960 e 1970, quando as discussões sobre a violência nas instituições psiquiátricas começam a ganhar lugar e o movimento da reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial surgem com toda a sua potência, o Brasil vivia uma ditadura militar. Nesse sentido, compreendemos que o processo de reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial são inerentemente políticos e de resistência, “um dos movimentos contra a dominação política mais longos, inventivos e bem-sucedidos na nossa história” (Alarcon, 2005, p.255).

sobre experiências passadas. Além disso, quase todos os entrevistados mantêm ou mantiveram algum tipo de contato com programas de residência, seja na função direta de preceptoria ou acompanhando indiretamente residentes inseridos em serviços nos quais trabalham, ou até mesmo atuando na coordenação de um programa.

Finalmente, o tempo da escrita foi também um espaço em que muitos conteúdos, que eu sequer havia imaginado, puderam emergir. Nesse sentido, concordo com Hissa (2013) que considera que “o ato de escrever não se opõe ao de pesquisar” (p.182). Segundo Vanconcelos e Paulon (2014), “historicizar os objetos de que nos ocupamos” possibilita que novos caminhos sejam trilhados, “pois outras práticas sempre são possíveis” (p.224). Nesse sentido, penso que, mesmo em um espaço-tempo marcado pelo retrocesso e pelo aprofundamento da precarização do trabalho na saúde (ou sobretudo por isso), o esforço em compreender as residências em saúde mental realizadas na região metropolitana de Belo Horizonte é relevante. As experiências potentes no campo da formação para o trabalho em saúde mental, sobretudo quando realizadas em rede, precisam ser conhecidas e discutidas, para que tenhamos condições de superar práticas repetitivas e excludentes.

### *Objetivos e organização da tese*

#### *Objetivo geral*

O tema central desta tese é a formação para o trabalho nas residências em saúde mental da região metropolitana de Belo Horizonte. O objetivo geral é compreender a percepção dos ex-residentes sobre como as residências integradas e multiprofissionais em saúde mental da região metropolitana de Belo Horizonte dialogam com a perspectiva da atenção psicossocial.

### *Objetivos específicos*

- Analisar o projeto político-pedagógico de um dos programas, a partir das discussões sobre educação interprofissional e práticas colaborativas no contexto da reforma psiquiátrica brasileira;
- Realizar levantamento sobre o perfil dos ex-residentes dos programas estudados;
- Retratar um panorama dos programas por meio do olhar dos ex-residentes;
- Compreender como ex-residentes dos programas realizados integralmente na rede de atenção psicossocial descrevem os impactos da formação sobre suas trajetórias profissionais e de vida.

### *Organização da tese*

Conforme já adiantei, optamos por apresentar a tese em artigos, pois avaliamos que este formato poderá facilitar sua divulgação, ou seja, possibilitar que os resultados sejam comunicados a mais pessoas interessadas em discutir a formação para o trabalho em saúde mental, que poderão conhecer e interrogar os resultados apresentados.

Além disso, devido à mudança de nível do mestrado para o doutorado, esta opção se apresentou, inicialmente, como mais viável, considerando que para a defesa do mestrado apresentei uma dissertação que abarcou, além da análise crítica dos projetos político-pedagógicos dos programas estudados, discussões sobre a perspectiva da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica e a formação para o trabalho no campo da saúde mental, e sobre a política de residência multiprofissional em saúde no Brasil. São discussões que, portanto, fundamentam a produção apresentada nesta tese.

Por fatores diversos a proposta mostrou-se, entretanto, de muito difícil realização. Talvez o principal tenha sido a questão do tempo, pois embora não eu tenha dúvidas de que esta pesquisa teve início em 2015, as exigências que precisaram ser cumpridas nos dois últimos anos superaram, em muito, minhas expectativas. Não apenas as exigências próprias do campo da pesquisa (que convocam a análises que demandariam mais tempo), mas também as institucionais que dizem respeito à universidade, como o cumprimento dos créditos de disciplinas do mestrado e do doutorado, a trabalhosa organização do processo

burocrático de mudança de nível e a defesa da dissertação, assim como as exigências de produção do próprio programa de pós-graduação.

Inicialmente seguiríamos a sugestão do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e escreveríamos um artigo sobre a revisão da literatura referente ao tema e dois sobre os resultados da pesquisa. Entretanto, considerando o que já havia sido produzido em momento anterior e tentando conciliar os prazos praticamente inexecutáveis, decidimos elaborar um artigo original a partir de resultados parciais apresentados na dissertação. Dessa forma, os três artigos originais apresentam resultados de pesquisa empírica.

A partir de uma chamada específica de uma revista da área, produzimos uma reflexão sobre interprofissionalidade e práticas colaborativas (Furtado, 2011; Organização Mundial de Saúde, 2010; Reeves, 2016) no contexto de um dos programas estudados. Este foi escolhido por ser, dentre os dois programas que ainda estão em execução, o mais afinado com essa perspectiva, para a qual não tínhamos atentado anteriormente. Embora não tenha sido aceito pela revista que fez a chamada, o artigo intitulado *Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo* (Lima & Passos, 2019) foi publicado pela revista científica *Trabalho, Educação e Saúde*, especializada em educação profissional em saúde e editada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (Anexo B). É o primeiro artigo apresentado na tese.

Nos outros dois artigos, não tratamos mais da questão específica da formação para o trabalho interprofissional. Retomamos a perspectiva da atenção psicossocial, dando continuidade às discussões iniciadas na dissertação de mestrado. Assim, no segundo artigo da tese, intitulado *Perspectivas de ex-residentes sobre os programas de residência em saúde mental realizados na região metropolitana de Belo Horizonte*, é apresentado um levantamento do perfil desses profissionais a partir da análise de questionários respondidos pelos ex-residentes e retratado um panorama dos programas por meio do olhar desses atores. Por fim, no terceiro artigo, intitulado *Potencialidades e desafios da formação em programas de residência em saúde mental realizados integralmente na rede de atenção psicossocial*, discutimos a perspectiva da atenção psicossocial nos programas de residência em saúde mental realizados na região metropolitana de Belo Horizonte, a partir da percepção de ex-residentes. Embora tenhamos feito a opção por privilegiar esses atores, também nos remetemos a outras fontes de informações, como as entrevistas realizadas com coordenadores e ex-coordenadores dos programas, os documentos em que constam os projetos político-pedagógicos e as anotações feitas em diário de campo.

## **1. Primeiro artigo (publicado) – Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo**

Como informamos anteriormente, o primeiro artigo desta tese, intitulado *Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo* (Lima & Passos, 2019), foi publicado pela revista científica *Trabalho, Educação e Saúde*, especializada em educação profissional em saúde e editada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (Anexo B)<sup>5</sup>. O artigo segue a formatação exigida pela revista.

---

<sup>5</sup> Lima, Isabella Cristina Barral Faria, & Passos, Izabel Christina Friche. (2019). Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0020940. Epub 06 de maio de 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00209>



## **Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo**

### **Resumo**

Este estudo objetivou analisar, à luz das discussões sobre educação interprofissional e práticas colaborativas no contexto da reforma psiquiátrica, o projeto político-pedagógico de um programa de residências integradas em saúde mental em curso em Belo Horizonte, Minas Gerais. Mediante abordagem qualitativa, foi realizada análise de conteúdo temática do projeto político-pedagógico do programa, que resultou em três temas amplos: perspectiva teórico-pedagógica; diversificação das estratégias de cuidado; trabalho multiprofissional na lógica interdisciplinar. As informações que emergiram foram complementadas e aprofundadas com a realização de entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos na preceptoría e na coordenação do programa. Entre os achados, destacamos a potencialidade do programa para o fortalecimento do processo de desinstitucionalização e de qualificação da política pública de saúde mental, ao possibilitar uma aprendizagem conjunta entre residentes de diferentes áreas e trabalhadores dos serviços envolvidos. Através do desenvolvimento de competências necessárias para a realização de um trabalho coletivo e comprometido com a integralidade da assistência em saúde, o programa reforça a necessidade da interprofissionalidade e das práticas colaborativas, indo além do tecnicismo. A aposta na rede de atenção psicossocial como local privilegiado para processos de ensino-aprendizagem, sem a utilização do hospital psiquiátrico, questiona práticas de formação estagnadas e possibilita a ampliação das formas de cuidado.

**Palavras-chave:** Educação interprofissional; residência em saúde; saúde mental; atenção psicossocial.

## **Integrated residencies in mental health: beyond technicism**

### **Abstract**

This paper aims to analyze the political-pedagogical project of an integrated residency program on mental health ongoing in Belo Horizonte, Minas Gerais, according to discussions about interbranch education and collaborative practices on psychiatric reform context. Using a qualitative approach, it was performed an analysis of content of the political pedagogical project, which resulted three broad themes: theoretical-practical perspective; diversification of care strategies; interbranch work on interdisciplinary logic. Data acquired were complemented and deepened while performing semi-structured interviews with people involved in creation and coordination of the program. Among the findings of this study, we highlight the potential the program has to reinforce the process of deinstitutionalization and qualification of public policies for mental health, while it allows a collective learning between the residents of different areas and the workers of involved services. Through developing necessary competences to perform a collective work and committed with integrality of health assistance, the integrated residency program reinforces the necessity of interbranch and collaborative practices, which goes beyond technicality. Without using the psychiatric hospital and betting on the psychosocial care network as a privileged place to learning-teaching processes raises the question of practices of qualification that are stagnant e allows expansion of care approaches.

**Keywords** Interbranch education; Healthcare residency; Mental health; Psychosocial care.

## Introdução

São evidentes os avanços que o processo da reforma psiquiátrica no Brasil trouxe para o campo da assistência em saúde mental (Brasil, 2002; 2011). A política pública de saúde mental brasileira assumiu um caráter original e tem destaque em relação às experiências de outros países. A forte participação via controle social e a pluralidade de experiências assistenciais e culturais transformadoras, por vezes incorporadas pelo próprio Estado, podem ter garantido esse protagonismo, embora a realidade manicomial persista de modo preocupante (Amarante, 2012; Passos, 2009b).

Conforme Amarante (2001, p. 87), a reforma psiquiátrica é um processo histórico “que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”. É, portanto, de acordo com Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 18), um ‘processo social complexo’ que

tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.

Esse processo de transformação pode ser pensado em quatro dimensões indissociáveis (Amarante, 2008; 2011; 2012). A primeira delas, teórico-conceitual ou epistêmica, relaciona-se com a necessidade de “repensar, desconstruir e reconstruir vários conceitos fundamentais do modelo científico, isto é, do paradigma da psiquiatria” (Amarante, 2012, p. 652). A segunda dimensão, técnico-assistencial, trata da organização e dos princípios do cuidado, sendo radicalmente redefinida a partir de transformações na dimensão epistêmica. Já a terceira dimensão, jurídico-política, diz respeito aos aspectos legais que tratam do tema da loucura e aos aspectos políticos que se ocupam da questão da cidadania. Por fim, a dimensão sociocultural, relacionada à possibilidade de reflexão sobre a questão da loucura, e as consequentes transformações possíveis e necessárias nas nossas relações com a loucura e com as pessoas com ela identificadas, poderia ser considerada, ainda segundo Amarante (2012), uma dimensão que resultaria das demais. Todos esses elementos devem ser abordados, teorizados e experimentados nas práticas de formação. Caso contrário, mesmo nos serviços que se pretendem substitutivos ao modelo asilar, “os fazeres aprendidos no campo manicomial e psiquiátrico tradicional serão provavelmente reproduzidos” (Amarante, 2008, p. 68).

Apesar da formalização da rede de cuidados através de dispositivos legais, os desafios são vastos, sobretudo pela existência de um descompasso entre os avanços alcançados nas últimas décadas e os processos de formação em saúde mental (Amarante, 2015; Ceccim e Feuerwerker, 2004; Lobosque, 2012; 2018). A efetivação da integralidade no cuidado em saúde, através do trabalho interdisciplinar em equipe, mobiliza diversos atores desde o início do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, são recentes no Brasil os debates e as práticas apoiadas na educação interprofissional (Costa, 2016; Furtado, 2011).

Comprometida com a transformação social, a educação interprofissional (EIP) pauta-se por uma concepção sócio-histórico-cultural de saúde e relaciona-se com uma perspectiva dialógica e crítica da educação (Batista, 2012). Possibilitando uma aprendizagem conjunta entre estudantes e trabalhadores de diferentes áreas profissionais, a EIP tem como um de seus principais objetivos o desenvolvimento de habilidades necessárias para a realização de um trabalho coletivo. Desse modo, visa à superação de sua fragmentação e melhora a qualidade da assistência em saúde, de acordo com cada realidade social (Organização Mundial de Saúde, 2010; Reeves, 2016).

Para Reeves (2016), dependendo do estágio de aprendizado em que é empreendida, na graduação ou na pós-graduação, a EIP acontecerá de maneira diversa. Segundo o autor, estudos têm constatado mudanças de atitudes, crenças, conhecimentos e habilidades colaborativas em ambos os estágios e, no caso da pós-graduação, indicam ainda alterações na prática organizacional e no cuidado em saúde. Neste sentido, notamos a relevância de experiências que objetivam a integração ensino-serviço-comunidade e as práticas interprofissionais e colaborativas no nível da graduação, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Contudo, discutiremos especificamente uma experiência de pós-graduação.

Como uma das possibilidades para lidar com as demandas relacionadas às complexidades do trabalho no campo da saúde, nos últimos anos, o governo brasileiro, através dos Ministérios da Saúde e da Educação, vem financiando e apoiando a realização de especializações *lato sensu*, no formato de residências multiprofissionais de saúde. Trata-se de uma modalidade de formação em serviço que deve convergir com os princípios e diretrizes do SUS, tendo papel estratégico na consolidação de um sistema de saúde centrado na humanização e na integralidade da assistência (Brasil, 2005; 2006; 2007).

Neste artigo, discutiremos a experiência de um programa de residências integradas em saúde mental em curso na cidade de Belo Horizonte. Este trabalho é um desdobramento de pesquisa em desenvolvimento desde 2015, cujos primeiros resultados foram apresentados em dissertação de mestrado (Lima, 2016) e que continuamos a aprofundar no doutorado. Privilegiaremos o Programa de Residências Integradas em Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, em parceria com a Universidade Federal de Ouro Preto (RISM PBH/UFOP), que acontece desde 2012 na capital mineira. Esta escolha deve-se ao fato de o programa ser pioneiro, no estado, em propor uma efetiva integração da residência multiprofissional em saúde mental com a residência médica em psiquiatria, indo além do desenvolvimento de atividades pontuais em comum. Interessa-nos como experiência mais radical no fomento da interprofissionalidade e das práticas colaborativas, essenciais para o aprimoramento do processo de desinstitucionalização e de cuidado em saúde mental.

### **Estratégia metodológica**

Entendendo a metodologia como um percurso singular de cada pesquisa, produzimos e analisamos as informações numa perspectiva qualitativa (Gil, 2010; Yin, 2016). Houve um estudo detalhado do documento que contém o projeto político-pedagógico (PPP) do programa e foram feitas entrevistas semiestruturadas e individuais com profissionais envolvidos na coordenação e na preceptoria, a fim de complementar e aprofundar as informações. As três entrevistas realizadas (identificadas neste trabalho como E1, E2, E3) abrangeram, além da discussão sobre o PPP do curso, isto é, seu documento oficial, questões relativas às dificuldades em empreender essa modalidade de formação e suas potencialidades. Aconteceram em locais e horários sugeridos pelos três entrevistados, duraram em média uma hora e meia, foram gravadas com autorização e posteriormente transcritas. A convite, também acompanhamos algumas atividades do programa, como aulas, reuniões e seminários abertos, que foram registradas em diário de campo.

Na análise do documento, utilizamos a técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 2016; Minayo, 2010), considerando as qualidades de homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade das informações contidas (Bardin, 2016). Para a elaboração do título conceitual de cada categoria temática, consideramos a política pública de saúde

mental, sobretudo a portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2011). Esta política fundamenta o documento oficial do programa e está vinculada ao contexto da reforma psiquiátrica brasileira, campo no qual pautamos nossa discussão. Ainda que os temas apresentados se entrelacem a todo momento, observamos a orientação de Bardin (2016) no sentido de se evitar ambiguidades na organização dos dados. Dessa forma, procedemos com reagrupamentos temáticos, estabelecendo três temas amplos ao final da análise: Perspectiva teórico-pedagógica; Diversificação das estratégias de cuidado; Trabalho multiprofissional na lógica interdisciplinar.

### **O Programa de Residências Integradas em Saúde Mental PBH/UFOP**

A RISM PBH/UFOP tem turmas anuais com bolsas para residentes de cinco categorias profissionais, através de recursos do Ministério da Saúde (MS). Desde o primeiro edital, de 2012, a cada ano são abertas oito vagas para residentes da medicina e oito vagas para residentes de terapia ocupacional, psicologia, enfermagem e serviço social, distribuídas igualmente. Segundo informações levantadas, o modelo pedagógico do programa foi pensado, desde sua concepção, para integrar a residência multiprofissional com a residência médica, fundamentando-se em práticas profissionais que já existiam na RAPS do município. O objetivo geral declarado no PPP é

formar e capacitar profissionais de saúde mental – enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais – em nível de pós-graduação *lato sensu* na modalidade de residência (treinamento em serviço) para atuarem [efetivando] a Política Pública de Reforma da Assistência em Saúde Mental do Estado Brasileiro e do SUS (a RAPS exigida pela Lei 10.216 e Portaria 3.088), ou seja, um profissional com as competências necessárias para o desenvolvimento das ações de saúde e reabilitação pertinentes à referida política pública. (Prefeitura de Belo Horizonte, 2011, p. 15)

De acordo com os entrevistados, a intenção de criar o Programa de Residências Integradas já existia desde o início da década passada; entretanto, naquele momento, os esforços dos trabalhadores e gestores do município estavam concentrados em construir e fortalecer a RAPS, o que acabou adiando o investimento nesse processo formativo. Segundo o PPP, essa é a primeira experiência de residência em psiquiatria em Minas Gerais que não utiliza o hospital psiquiátrico como campo de práticas. Em relação à residência multiprofissional, uma experiência realizada no município de Betim, de 2010 a 2016, também aconteceu completamente em serviços abertos e de base territorial, sem a utilização do hospital psiquiátrico (Lobosque, 2012).

Devido às regulamentações normativas distintas (Brasil, 1977; Brasil, 2005), as modalidades de residência médica e multiprofissional têm as suas particularidades. No caso da RISM PBH/UFOP, terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais ficam dois anos no programa, enquanto médicos ficam três. Além disso, médicos desenvolvem atividades de clínica médica e neurologia. Como consequência dessas especificidades, existem diferenças de inserção nos campos de práticas, conforme relato dos entrevistados. De acordo com o PPP, todos os residentes passam pelos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) – nome dado aos Centros de Atenção Psicossocial da cidade, todos de tipo III –, incluindo aqueles voltados para usuários de álcool e outras drogas (CERSAM-AD) e para o público infantojuvenil (CERSAMi), e também pelos Centros de Convivência, pelas Residências Terapêuticas e pelas Unidades Básicas de Saúde.

Na sequência, apresentaremos a discussão sobre a RISM PBH/UFOP recorrendo às categorias temáticas definidas, a saber: a perspectiva teórico-pedagógica do programa, a importância da diversificação das estratégias de cuidado na organização dos processos formativos, e por fim, a formação para o trabalho multiprofissional na lógica interdisciplinar.

### ***Perspectiva teórico-pedagógica***

Segundo Amarante (2008; 2011; 2015), a dimensão teórico-conceitual ou epistêmica do processo da reforma psiquiátrica talvez seja a menos abordada, quando não excluída, dos processos de formação no campo da saúde mental. Sobre esse aspecto, Rotelli (2008) assevera que precisamos construir novos saberes sobre a loucura e, para isso, são necessárias instituições que se interessem pelo crescimento da liberdade dos indivíduos. Entendemos, portanto, que as estratégias pedagógicas, incluindo suas fundamentações teóricas, apresentadas em um PPP, têm estreita relação com essa dimensão teórico-conceitual, pois, ainda que um documento não encerre as possibilidades de sua execução prática, sua explicitação indica caminhos imaginados que poderão ser percorridos.

Devido às exigências ministeriais para abertura de programas e concessão de bolsas, todos os programas precisam apresentar em seus PPPs uma vinculação explícita com a política pública de saúde brasileira. Assim, para além do embasamento na política oficial,

interessou-nos a fundamentação teórica-conceitual ou epistêmica apresentada no PPP do programa em estudo.

O projeto político-pedagógico da RISM PBH/UFOP foi construído a partir de menções aos documentos oficiais da política pública de saúde (marcos legais e publicações normativas, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização). Faz também referência a autores que, reconhecidamente, discutem o trabalho na saúde coletiva (Emerson Merhy, Gastão Wagner Campos), a formação para o trabalho em saúde (Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker), a formação na modalidade residência (Daniela Dallegrave, Ana Stela Haddad), a loucura, a desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica (Foucault, Rotelli, Dell'Acqua, Mezzina e Ana Marta Lobosque). Os conceitos utilizados demonstram afinidade com a perspectiva da atenção psicossocial e justificam a formatação do projeto. Tal afinidade foi corroborada pelos conteúdos que emergiram nos outros temas de análise e nas entrevistas realizadas.

De forma mais precisa, o documento está amparado nas discussões de Emerson Merhy e Gastão Wagner Campos (Campos, 2000; Merhy, 2005; Merhy, Feuerwerker e Ceccim; 2006). Utiliza, de forma adaptada para o contexto da RAPS de Belo Horizonte, um desenho metodológico de formação baseado no modelo de competências da *Canadian Medical Education Directions for Specialists* (CanMeds, 2015). Esse modelo é desenvolvido no Canadá desde a década de 1990 e, com atualizações periódicas, é utilizado hoje em outros países. Inicialmente, foi elaborado como um enquadre educacional para o aprimoramento do treinamento profissional em medicina, através da identificação de funções relacionadas ao desempenho profissional ideal e à oferta de cuidados. Pensado especificamente para a educação em serviço em nível de pós-graduação, também passou a ser utilizado nas práticas de ensino de outras profissões da saúde (CanMeds, 2015). Um dos entrevistados afirma que, apesar da utilização do modelo canadense como referência, o desenho metodológico do programa foi pensado com base na perspectiva teórico-conceitual da saúde coletiva brasileira, previamente assumida:

Quando começamos a pesquisar o que tinha de experiências de formações inovadoras na área de saúde no mundo inteiro, encontramos o modelo do CanMEDS. E aí casou com as reflexões que já tinham aqui no Brasil, de Emerson Merhy, Gastão Wagner. Quando eles vão colocar essa ideia muito clara de que não adianta formar um profissional só com a expertise clínica, de profissão. (...) Isso nos deu uma cartografia político-pedagógica, para estar adaptando para nossa realidade. (...) Olha, as melhores experiências de formação no mundo inteiro hoje estão trabalhando com esse modelo, então a gente tem uma certa segurança, inclusive de sair desse modelo curricular, de sala de aula, de aulas expositivas. Então a ideia é de que a formação deve ser via caso, predominantemente via prática. (E1, 2016)



Adaptados para a realidade da RAPS e da formação em saúde em Belo Horizonte, são sete domínios de competência que configuram o PPP, descritos no documento. O primeiro é o domínio da *expertise* profissional, relacionado com as competências basilares de cada profissão, as quais, no caso da saúde, dizem respeito ao exercício da clínica, da assistência e do cuidado. O segundo refere-se ao domínio das competências de comunicação, que dizem respeito à comunicação e ao vínculo com usuários, cuidadores e familiares. O terceiro diz respeito ao domínio de competências relativas ao cuidado colaborativo, à prática colaborativa em equipe e em rede. O quarto domínio é o das competências relativas à gestão do sistema, redes e dispositivos de cuidado e à liderança clínica profissional. O quinto domínio está relacionado às competências relativas à promoção e defesa da saúde dos indivíduos e população. Já o sexto domínio refere-se às competências relativas à ética geral e profissional e ao exercício da profissão no contexto da lei e da regulação profissional existente. Por fim, o sétimo domínio é relativo à formação permanente, que se refere à aquisição de competências necessárias à contínua aquisição e manutenção de competências profissionais, entre elas as competências relativas à busca, análise crítica e translação do conhecimento à prática.

A partir da ponderação de que não são formulações abstratas, o PPP detalha as competências relativas aos sete domínios. O domínio da *expertise* profissional, por exemplo, que prevê o desenvolvimento de competências clínicas essenciais para a efetivação do cuidado, é dividido em dois campos de competências. O primeiro deles relaciona-se com a *expertise* clínica tradicional e disciplinar de cada profissão envolvida no programa. O segundo remete ao cuidado ampliado e colaborativo vinculado aos processos de ampliação e complexificação da clínica contemporânea. Como um dos desfechos de aprendizado, o PPP indica que o residente deverá conhecer as modalidades de construção de um projeto terapêutico singular (PTS) que valorizam as decisões compartilhadas, como a reabilitação psicossocial e o *recovery*. Já o domínio da *expertise* clínica, embora seja central no modelo, só se configura em relação aos outros domínios, ou seja, a comunicação e vínculo com o usuário e a defesa da saúde coletiva. Nessa perspectiva, não é possível realizar um trabalho clínico satisfatório sem “a compreensão e o conhecimento dos determinantes de saúde da população e também da história do sistema de atenção à saúde mental e das relações entre loucura e sociedade”, como é detalhado no quinto domínio de competências descrito no PPP (Prefeitura de Belo Horizonte, 2011, p. 47).

O próprio PPP, entretanto, prevê que, apesar da potência do modelo, existe um hiato entre a formatação teórica da matriz de competências e sua conformação à prática concreta realizada em um contexto específico, o que exige constantes adequações e transformações práticas (Prefeitura de Belo Horizonte, 2011). Para isso, o documento indica a necessidade de repensar o modelo e tem sua execução como fundamento. Além disso, considera as especificidades do impacto da formação para cada profissão e avalia a experiência em uma perspectiva longitudinal. Essa necessidade constante de autoavaliação, reformulação do processo de formação e de novas invenções é característica também da educação permanente. De acordo com Campos, Cunha e Figueiredo (2013), a educação permanente propõe a incorporação do ensino e da aprendizagem no cotidiano dos serviços de saúde. Do mesmo modo, recomenda a modificação das estratégias educativas, reconhecendo a prática como fonte de conhecimento, do entendimento do sujeito como ator reflexivo e construtor do conhecimento e da abordagem em equipe para superar a fragmentação do trabalho. Os autores indicam, ainda, que a educação permanente precisa se fundamentar na problematização do processo de trabalho.

A escolha do formato das produções de conclusão de curso dos profissionais residentes é um exemplo do estímulo ao compromisso do sujeito com o processo de trabalho. De acordo com o PPP e com os entrevistados, é privilegiada a construção de projetos de intervenção sustentados em problemáticas reconhecidas na prática e que tenham impacto na RAPS. Assim, em consonância com a perspectiva da EIP (Batista, 2012; Organização Mundial de Saúde, 2010), as competências são aprimoradas através de metodologias ativas, relacionadas com a própria prática de trabalho e com problemas reais, distanciando-se, de maneira decisiva, do modelo curricular de aulas expositivas. Tal direcionamento reafirma o protagonismo do residente:

A partir de uma análise de um problema, de uma vulnerabilidade em termos de cuidado, ele [o residente] circunscreve esse problema, discute e avalia a *performance* da rede, vai na literatura, busca os melhores padrões que existem de práticas, de boas práticas para resolver aquele ponto e constrói junto com a equipe daquele local, com o gerente, um projeto de intervenção. (E1, 2016)

O estímulo ao protagonismo e à valorização dos saberes construídos coletivamente pelos residentes através de suas práticas pode se relacionar ao fato de que grande parte dos profissionais que concluem o programa em estudo seguem trabalhando na RAPS, conforme os entrevistados pontuaram. Entretanto, o reconhecimento do residente como um profissional da rede nos remete a outras pesquisas, como a de Andrade (2015), que

entrevistou residentes de diferentes regiões do país e constatou a existência, de um modo geral, de uma “negação do residente enquanto trabalhador” (Andrade, 2015, p.168). Por isso, entendemos que conhecer as perspectivas de ex-residentes do programa em estudo é de extrema relevância e constitui a atual etapa de desenvolvimento de nossa pesquisa.

Ainda, segundo os entrevistados, a proposta do programa parece formalizar ou consolidar uma aposta de formação para um determinado modelo político-assistencial em vigência no município, e a fundamentação teórico-pedagógica talvez tenha proporcionado segurança para sua efetivação:

Residência funciona bem quando uma rede se coloca no lugar de produzir cuidado de qualidade. E produzir ensino na medida que produz cuidado de qualidade é um processo que empodera todo mundo. Todos os profissionais têm que estar envolvidos, esse é o desafio. (E1, 2016)

Fundamentando-se no paradigma político-assistencial vigente na RAPS municipal, o PPP do programa em estudo toma, portanto, a própria rede como formadora, conforme discutiremos a seguir.

### ***A diversificação das estratégias de cuidado: a rede de atenção psicossocial como cenário de práticas***

A mais recente estimativa populacional aponta que Belo Horizonte tem mais de 2,5 milhões de habitantes, sendo o sexto município mais populoso do país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018). Em 2004, sua política de saúde mental foi reconhecida pelo MS como aquela que “inscrevia a experiência de desconstrução do manicômio no contexto da construção do SUS” (Trajano e Silva, 2012, p.199), possibilitando o cuidado através de dispositivos diversificados.

Na rede pública municipal, existem, atualmente, treze Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) que funcionam como Caps III, 24h por dia, todos os dias da semana. Do total, oito CERSAM são para adultos e três deles trabalham com usuários de álcool e outras drogas (CERSAM-AD), na lógica da redução de danos, e dois CERSAMi para o atendimento infantojuvenil. Como uma unidade do Serviço Avançado de Atendimento Móvel de Urgência, existe o Serviço de Urgência Psiquiátrica. A RAPS conta, ainda, com 29 Serviços Residenciais Terapêuticos, quatro Equipes de Consultórios de Rua, nove Centros de Convivência e uma Incubadora de Empreendimentos Solidários (Suricato). No nível da atenção primária, são 147 Unidades Básicas de Saúde e o Programa de Saúde da

Família cobre cerca de 83% da população do município. Para crianças e adolescentes, existem, na atenção primária, nove equipes complementares de saúde mental e 45 núcleos do Programa Arte da Saúde, que promovem os ateliês da cidadania: oficinas de arte, esporte, culinária e cultura realizadas por monitores da própria comunidade. Apesar da riqueza da rede substitutiva municipal, ela ainda utiliza do expediente de internações psiquiátricas realizadas em dois hospitais psiquiátricos para adultos e um infantojuvenil, públicos e estaduais, além de contar com leitos psiquiátricos em outras instituições hospitalares (Lima, 2016).

O PPP do programa estudado, em contraposição aos modelos de residência que utilizam um único serviço, geralmente um hospital (muitas vezes intitulado hospital-escola, hospital de ensino ou hospital universitário), estabelece que “a Escola é a Rede concreta com suas virtudes, defeitos, ruídos, potências, encontros e desencontros” (Prefeitura de Belo Horizonte, 2011, p. 8). Os entrevistados, ao comentarem essa definição, ressaltam que os residentes são inseridos em campos diversos e, desde o início, assumem a condução de casos. Além disso, através das entrevistas, soubemos que a RISM PBH/UFOP vem construindo uma rede de intercâmbios que possibilita ao profissional em formação conhecer e atuar em realidades diversas. No Brasil, já existem trocas com programas consolidados no Ceará, no Rio Grande do Sul e no Rio de Janeiro. No exterior, o programa estabeleceu parcerias com a rede de saúde de Trieste, na Itália, e com o Hospital Nacional em Red, na Argentina.

Um dos entrevistados afirma que, na cartografia político-pedagógica que está sendo construída pelo programa, é fundamental que o residente conheça a rede na qual está inserido e faça a defesa da saúde no sentido amplo, político e no sentido individual. Assim, imprime-se, no programa, uma característica reconhecidamente forte no município: o compromisso com a luta antimanicomial e com o SUS. O PPP prevê, inclusive, que o programa de residência deva ser avaliado pelos usuários dos serviços, familiares e instâncias de controle social do SUS, através da Associação de Usuários de Saúde Mental do Estado de Minas Gerais, do Fórum Mineiro de Saúde Mental e do Conselho Municipal de Saúde (Prefeitura de Belo Horizonte, 2011).

A possibilidade de utilizar toda a RAPS de um município como cenário de práticas, e não apenas uma instituição, enriquece os processos formativos, inclusive para trabalhadores da saúde mental que já estão inseridos na rede. Dessa forma, a proposta da educação interprofissional também é ampliada para aqueles que passaram por processos

tradicionais de formação. Uma prática significativa a qual os entrevistados se referiram é o Programa de Atenção Assertiva no Território (PIAT), cuja origem ocorreu na própria RISM. Tal prática é direcionada para as pessoas em situações de sofrimento mental grave com vinculação frágil ou inexistente aos serviços de tratamento e reabilitação psicossocial disponíveis na RAPS (Nascimento et al., 2016). Para esses casos, identificou-se que as ações de cuidado precisam acontecer no território e não em um serviço específico. A inspiração para a realização do PIAT veio de experiências de tratamento assertivo comunitário desenvolvidas nos Estados Unidos, na Inglaterra e na Holanda (Thornicroft e Tansella, 2010). Juntamente com trabalhadores da atenção básica, os residentes compunham uma equipe multiprofissional “que começa os projetos terapêuticos lá nas entranhas do território, a partir da rua, das casas” das pessoas que eram consideradas “casos desenganados, que não teriam jeito, que a rede não daria conta” (E1, 2016). O objetivo da atuação em territórios de vulnerabilidade social é inverter a lógica do cuidado, que, muitas vezes, se inicia em um serviço para só depois chegar ao território. Também é concretizar práticas de reabilitação psicossocial, através do PTS, conforme preconiza o paradigma político-assistencial da política pública de saúde mental brasileira (Brasil, 2011; Campos, Cunha e Figueiredo, 2013). Embora tenha durado pouco tempo, esta parece ter sido uma atividade formativa significativa que, ao mesmo tempo em que favoreceu para os residentes a aquisição de competências necessárias para o complexo trabalho em saúde mental no território, ampliou as estratégias de cuidado na RAPS. Atualmente, os residentes estão prestes a desenvolver um projeto semelhante, porém com foco na intervenção assertiva em casos de primeira crise.

Nesse sentido, a experiência da residência possibilita a problematização de uma prática reconhecidamente habitual na RAPS de Belo Horizonte: a discussão de caso clínico em uma perspectiva tradicional. Nesse sentido, aponta para a potencialidade de, através de um caso específico, ampliar as reflexões sobre o caso e a própria rede, estimulando a formação mediante análise crítica dos processos de trabalho instituídos:

Nossa rede tem esse hábito, essa prática antiga consolidada: discussão de caso, supervisão clínica, que, na maior parte das vezes, se restringe a diagnóstico e conduta. Um modelo bem clássico. Então a ideia é ampliar esse modelo. Cada caso ilustra como que a rede funciona, como que a equipe funciona. Cada caso traz questões éticas e profissionais, e gera necessidade de pesquisa, análise crítica da literatura. Isso nos lança no domínio do conhecimento e da inovação. Então a ideia de que no caso clínico ele é capaz de puxar uma cadeia de formação ampliada em vários domínios. (E1, 2016)

Como existe um entrecruzamento das categorias temáticas discutidas, o PTS, entendido como dispositivo ordenador da formação na rede, justamente por possibilitar a diversificação das estratégias de cuidado, aparece também como ponto central na organização teórico-pedagógica do programa:

As diretrizes que ordenam e dão direção ao cuidado e reabilitação, somente tomam substância e materialidade no Projeto Terapêutico Singular de cada usuário. Ele é o dispositivo que realiza a Reforma, o operador ao nível do singular da Gestão da Clínica, ponto de articulação e sinergia da assistência e reabilitação em cada dispositivo ou serviço. O PTS é, também, o ponto nodal da efetivação (no sentido de tornar concreto, dar realidade), dos processos e da organização do trabalho, em rede e em equipe. (...) O PTS de cada usuário é o verdadeiro cenário de práticas de formação. (Prefeitura de Belo Horizonte, 2011, p. 12)

Portanto, pela via do PTS, o PPP do programa em estudo considera que o desenvolvimento dos domínios de competências acontece de forma indissociável da dimensão do cuidado. Para Campos, Cunha e Figueiredo (2013, p. 94), o PTS é um instrumento que propicia a atuação integrada da equipe, valorizando “outros aspectos no tratamento além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação”. O PTS não é um protocolo inflexível e, assim, deve ser construído em uma relação de cogestão dentro da equipe e com os usuários, do mesmo modo como é apresentado no PPP estudado e como apareceu nas entrevistas com os profissionais vinculados ao programa.

Os três entrevistados afirmam que o Programa de Residências Integradas, embora seja uma experiência desafiadora e exija muita dedicação dos trabalhadores da RAPS, especialmente aqueles que atuam como preceptores, é, em geral, bem acolhido e sustentado por toda a rede de saúde mental. Esta trabalha desde a década de 1990 apostando no modo psicossocial do cuidado (Almeida e Marques, 2018; Costa-Rosa, 2000; Nilo et al., 2008; Trajano e Silva, 2012). Nesse sentido, existe uma forte articulação entre a perspectiva teórico-pedagógica da RISM PBH/UFOP e a organização técnico-assistencial da política de saúde mental no município, que acarreta uma diversificação e integralidade do cuidado.

Sabemos que a qualidade do cuidado não resulta exclusivamente da formação profissional. Por isso, outro desafio que se vincula à formação é encontrado no âmbito da produção de subjetividade, pois, conforme asseveram Alverga e Dimenstein (2005, p. 52), a reforma psiquiátrica

não se restringe à humanização das relações com os portadores de sofrimento mental ou modernização técnico-científica dos serviços, mas diz respeito à construção de um novo lugar social para a loucura, de novas formas de lidar com a diferença, ou seja, pensar a loucura como radicalização da diferença.

Os autores indicam que a radicalização da diferença não pretende negar o sofrimento, mas relaciona-se com uma mudança de foco: compreender a loucura como uma diferença, em vez de considerá-la como “erro, incapacidade, inferioridade, entidade clínica, doença mental” (Alverga e Dimenstein, 2005, p. 62). Essa fundamental transformação de nossa relação com a loucura, remete-nos à dimensão sociocultural do processo da reforma psiquiátrica (Amarante, 2012) a qual nos referimos anteriormente.

Reeves (2016) indica que a EIP na pós-graduação, além de possibilitar novas práticas organizacionais e de cuidado em saúde, proporciona transformações de atitudes, crenças, conhecimentos e habilidades colaborativas. Assim, as modificações no campo da formação em saúde (bem como no trabalho e na gestão) são indissociáveis das transformações nos processos de subjetivação e de cuidados em saúde.

### ***Aprender junto para fazer junto: a aposta no trabalho multiprofissional na lógica interdisciplinar***

O PPP do programa de residência em estudo caracteriza-se, principalmente, por sua proposta de integração entre a residência multiprofissional e a residência médica, como já indicamos. No referido documento, é central a questão do trabalho em equipe na lógica interdisciplinar, para o desenvolvimento de práticas colaborativas na perspectiva da atenção psicossocial. Segundo tal projeto, a integração “será propiciada pela existência de uma rede de serviços e um campo comum de treinamento, inclusive, com domínios teóricos compartilhados” (Prefeitura de Belo Horizonte, 2011, p. 42).

As práticas que emergiram através da reforma psiquiátrica possibilitaram um enriquecimento das competências profissionais, sobretudo pela centralidade do trabalho em equipe na lógica interdisciplinar. No modelo tradicional hospitalar psiquiátrico, nomeado por Costa-Rosa (2000) de modo asilar, os recursos multiprofissionais estão presentes, mas funcionam aos moldes da divisão capitalista do trabalho, compreendendo e produzindo as tarefas, e o que é mais grave, os sujeitos, de modo fragmentado. De maneira oposta ao modo asilar, no modo psicossocial, o trabalho é realizado por equipes interprofissionais, das quais são esperadas intercâmbio de visões teórico-técnicas e de suas práticas, de forma a superar os especialismos (Costa-Rosa, 2000).

Nessa perspectiva, a produção do cuidado relaciona-se muito mais com um agir coletivo em equipe do que com um trabalho realizado por um agrupamento de profissionais

(Campos, Cunha e Figueiredo, 2013; Franco e Merhy, 2013). Conforme os entrevistados ressaltaram, existem saberes teóricos e práticos do campo da saúde mental que, de acordo com sua experiência, não são contemplados na formação específica de cada categoria profissional em nível de graduação. Por outro lado, o complexo campo da saúde mental é constituído por uma transversalidade de saberes (Amarante, 2011, Costa-Rosa, 2000).

Embora sejam poucas as experiências no campo da saúde mental que, rigorosamente, articulam programas de residência médica e programas de residência multiprofissional, elas são fundamentais porque pretendem diminuir a fragmentação dos saberes em campos profissionais estanques. Do mesmo modo, visam aperfeiçoar a compreensão do trabalhador acerca de seu processo de trabalho para melhor atender às necessidades de saúde da população (Ceccim et al., 2010; Lobosque, 2012). Ou seja, é uma aposta na superação dos modelos dominantes de assistência e educação em saúde, incluindo a prática uniprofissional, insuficientes para os desafios e a complexidade das necessidades em saúde.

Conforme previsto em seu PPP, na RISM PBH/UFOP, as atividades teóricas e teórico-práticas, geralmente, acontecem conjuntamente. Um entrevistado afirma que “a residência é integrada à medida que ela vai acontecendo” (E2, 2016). Contudo, essa integração nem sempre ocorre de forma tranquila, sobretudo por ser uma novidade para os envolvidos, como exemplifica a questão do estudo de conteúdos de psicofarmacologia. Inicialmente, a coordenação teve dúvidas sobre como fazer,

mas, no final das contas, o nível de psicofarmacologia que um residente da psiquiatria tem que saber, o da multi também tem que saber, tem que dominar minimamente, porque nós formamos um profissional da multi para ser referência de casos. Então, ele tem que ter um domínio muito grande da clínica, inclusive com relação à questão do lugar da medicação dentro do projeto terapêutico. (E1, 2016)

Cabe destacar que a perspectiva desinstitucionalista assumida pela RAPS de Belo Horizonte (Nilo et al., 2008) implica a distribuição de responsabilidades igualmente entre os profissionais, sem discriminação de formação. Consideramos que essa perspectiva pode ser um facilitador da integração das residências médica e multiprofissional e para sustentar decisões como a apresentada no trecho anterior. A figura do ‘técnico de referência’ é importante para a organização do trabalho em saúde mental no município: qualquer profissional de nível superior, independentemente de sua formação, pode ser responsável por um caso. Mesmo assim, dada a nossa cultura especializada (Costa-Rosa, 2000), de grande preocupação com uma definição de competências específicas que divide as



profissões, inclusive em disputas corporativas, não é fácil viabilizar esta integração. O mesmo entrevistado afirma que é necessário

viver junto na adversidade da formação dos profissionais, na adversidade dos poderes corporativos, disciplinares. Essa questão de lidar com os conflitos, com o poder mesmo dentro do trabalho em equipe, é, de fato, um grande desafio. E só é possível ousar abordar e responder a este desafio fazendo tudo isso junto. Aprendendo a aprender junto, aprendendo a fazer junto. (...) O exercício teórico, dialógico de confrontar os saberes, de fazê-los dialogarem entre si, isso não é tanto problema. Traduzir isso na prática que é o desafio. (E1, 2016)

De acordo com Ceccim et al. (2010, p. 135), a efetivação de uma residência integrada em saúde não se sustenta apenas na integração entre programas de residência médica e programas de residência multiprofissional. Essa modalidade de residência também se apoia na integração consistente entre ensino, trabalho e cidadania, para “alcançar a integralidade em saúde e encetar projetos de subjetivação na invenção de mundos”. Outro entrevistado aponta para esse movimento, que um programa desse tipo pode favorecer:

A residência foi uma invenção fantástica. Eu acho que tem saberes do campo da saúde mental que a formação de cada categoria profissional não contempla. No meu caso, por exemplo, eu já tinha trabalhado muitos anos, já tinha trabalhado em hospital psiquiátrico, já trabalhava como docente nessa área da saúde mental, já tinha sido supervisora de estágio em alguns CAPSs. Mas a prática do serviço substitutivo é muito diferente, ela é muito desafiadora. Então, mesmo tendo um histórico, uma bagagem, eu acho que eu aprendo todos os dias. Quando recebi um residente da minha área, que já tinha experiência, foi uma parceria, eu aprendi muito com ele. (E3, 2017)

Os entrevistados avaliaram que, como o trabalho realizado nos CERSAMs não é centralizado na psiquiatria, os residentes experimentam uma forma de trabalho em equipe que pode ser uma novidade, principalmente para os médicos, sejam os que já estão efetivamente na rede, sejam os que estão se formando na residência:

Por exemplo, a gente questiona diagnóstico, a gente demanda... Ou os próprios médicos falam: “Olha, eu não sei o que fazer nesse caso, o que vocês acham?”. Então, não tem aquela coisa da palavra final ser do médico. A gente tem essa interação, e eu acho que experimentar isso é uma novidade para a medicina. Tanto que a rede, antes da residência, tinha muita dificuldade em manter os psiquiatras no CERSAMs. Agora, as equipes estão completas, quase todos estão sendo absorvidos pela rede. E eles já vêm com essa formação, que é mais para a atenção psicossocial do que para aquela coisa do hospital, da clínica particular. (E3, 2017)

Não obstante os desafios, os entrevistados consideram que o programa tem avançado em seu propósito e tem aperfeiçoado a formação no campo da saúde mental. Como um resultado, indicam que é significativo o número de profissionais formados que são absorvidos pela RAPS do município, principalmente os da psiquiatria. Todos comentaram sobre a existência de certa dificuldade para contratar e manter nos serviços de saúde mental profissionais, destacadamente psiquiatras, afinados com o paradigma político-assistencial do município.

Por outro lado, todos os entrevistados destacam que um grande problema é a precarização do trabalho dos técnicos de nível superior, com contratos e salários inadequados. Daí surge a questão que se refere à sobrecarga de trabalho de preceptores e tutores, que não recebem incentivo financeiro para a realização dessas atividades e nem uma adequação da carga horária para que o processo de trabalho se torne compatível com a demanda. Almeida e Marques (2018, p. 106), ao se referirem à formação em serviços substitutivos, destacam que é necessário que os trabalhadores possam receber os residentes, proporcionando “espaços qualificados para diálogos e problematizações”, porém, percebem “pouco investimento na formação e educação permanente” dos próprios trabalhadores. Esta questão afasta-se muito de nosso objetivo, contudo não poderíamos deixar de apontá-la.

Por outro lado, tomamos conhecimento do caso de uma ex-residente, que atualmente é trabalhadora da RAPS, atua como preceptora e auxilia na coordenação do programa em estudo. Nesse sentido, é importante mencionar que diversas pessoas envolvidas com a coordenação e a preceptoria do programa de residência discutido neste artigo têm longa trajetória de trabalho e militância no campo da saúde mental, já tendo assumido, inclusive, importantes cargos de gestão, o que pode ter favorecido a implementação desse projeto de formação.

### **Considerações finais**

Neste estudo, descrevemos e analisamos o projeto político-pedagógico de um Programa de Residências Integradas em Saúde Mental, a partir de discussões sobre educação interprofissional e práticas colaborativas no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. A experiência discutida, além de se constituir como um espaço privilegiado de formação para o SUS, possibilita uma formação inovadora, pois ancora-se em cenários de práticas não restritos às instituições hospitalares. Do mesmo modo, sustenta uma formação teórica vinculada às práticas e pautada no trabalho em equipe na lógica interdisciplinar.

Diante dessas constatações, consideramos que as residências têm uma grande potencialidade para o fortalecimento da atenção psicossocial na saúde mental, através da efetivação da interprofissionalidade e das práticas colaborativas entre trabalhadores. A aposta na RAPS como local de oferta de cuidados para o usuário e, ao mesmo tempo, como

local privilegiado para os processos de ensino-aprendizagem parece ser um bom caminho para a transformação de práticas estagnadas.

Acerca do descompasso entre as experiências de formação tradicionais e as práticas de trabalho desenvolvidas no campo da saúde mental, sabemos que algumas instituições formadoras enfrentam dificuldades para construir e transmitir conhecimentos que estejam realmente comprometidos com as práticas profissionais e com o cuidado integral. Nesse sentido, a noção de competência poderia originar uma experiência ainda mais fragmentadora e individualista. O programa estudado, entretanto, apresenta, em seu PPP, uma perspectiva político-pedagógica afinada com a produção epistêmica do campo da saúde mental, reconhecidamente robusta, e toma a noção de competência em uma perspectiva que pretende transcender o tecnicismo.

Tendo em vista que os programas de residência ainda não passaram por uma avaliação sistemática pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, as pesquisas acadêmicas mostram-se relevantes para a compreensão desses processos complexos que estão em curso. No contexto atual, de grande fragilidade para as políticas públicas nos diferentes níveis de gestão, experiências como a que discutimos neste artigo, ainda que com suas fragilidades, reforçam a necessidade de investimento em políticas públicas de saúde mental, incluindo os processos formativos. Apesar de suas dificuldades, o Programa de Residências Integradas em Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, em parceria com a Universidade Federal de Ouro Preto, privilegia a educação interprofissional e as práticas colaborativas. Além disso, investe na variedade dos cenários de práticas e aposta na rede-formadora, valorizando o enfoque nas aprendizagens ativas. Portanto, consideramos que é uma iniciativa arrojada, em consonância com o processo da reforma psiquiátrica no município de Belo Horizonte e, possivelmente, uma experiência que pode entusiasmar outras.

Aprofundando esta pesquisa, nos dedicamos, no momento, a estudar a apropriação realizada pelos ex-residentes dos programas de residência multiprofissionais em saúde mental da região metropolitana de Belo Horizonte acerca do arcabouço teórico-pedagógico descritos nos seus respectivos projetos político-pedagógicos. A escuta privilegiada dos ex-residentes, certamente, contribuirá para uma melhor compreensão sobre os programas e sobre os desdobramentos das diversas propostas político-pedagógicas. Além disso, será possível conhecer os impactos dessa formação para as suas trajetórias profissionais.

## Colaboradoras

Isabella Cristina Barral Faria Lima foi responsável pela concepção, delineamento e redação do artigo. Izabel Christina Friche Passos orientou a pesquisa e fez a revisão crítica do manuscrito. Não há conflito de interesses.

## Financiamento

Pesquisa inicialmente financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através de bolsa de mestrado e, atualmente, através de bolsa de doutorado, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Sem conflitos de interesse, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 56054316.1.0000.5149).

## Referências

ALMEIDA, Daniela T.; MARQUES, Maria G. Desafios da formação para o trabalho em saúde mental. In. ALMEIDA, Daniela T.; NOGUEIRA, Maria T. G. (Org.). *Attraversiamo: saberes e experiências sobre o trabalho em saúde mental*. Belo Horizonte: Editora Instituto DH, 2018. p. 105-114.

ALVERGA, Alex R.; DIMENSTEIN, Magda. A Loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In. AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU, 2005. p. 45-66 .

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

AMARANTE, Paulo. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In. AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra B. (Orgs.). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 635-655.

AMARANTE, Paulo. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In. GIOVANELLA, Ligia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

AMARANTE, Paulo. *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni, 2015.

ANDRADE, Raquel T. *A relação entre trabalho e educação na formação profissional: um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde*. 2015. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, Nildo A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, v. 2, jan. 2012. p. 25-28.

BRASIL. Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 set. 1977. Seção 1, p. 11787.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *Lei Federal 11.129*, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n<sup>os</sup> 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 jul. 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)>. Acesso em: 27 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria Interministerial 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2007. Seção I, p. 28-9.

BRASIL. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 20 out. 2018.

CAMPOS, Gastão W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão W. S.; CUNHA, Gustavo T.; FIGUEIREDO, Mariana D. *Práxis e formação paidéia: apoio e co-gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.

CanMEDS. *CanMEDS Frequently asked questions*. 2015. Disponível em: <<http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about/faq-canmeds-e>>. Acesso em: 28 de nov. 2018.

CECCIM, Ricardo B. et al. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial. In. FAJARDO, Ananyr P.; ROCHA, Cristianne M. F.; PASINI, Vera L. (Orgs.), *Residências em saúde*. Fazeres e saberes na formação em saúde (pp.127-144), Porto Alegre: Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2010.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004.

COSTA, Marcelo V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In. AMARANTE, Paulo. (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

FRANCO, Tulio B.; MERHY, Emerson E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em Saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013.

FURTADO, Juarez P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, p. 178-189, 2011.

GIL, Antonio C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativas de população dos municípios para 2018*. Agência IBGE de Notícias, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/22374-ibge-divulga-as-estimativas-de-populacao-dos-municipios-para-2018>>. Acesso em 28 de nov. 2018.

LIMA, Isabella C. B. F. *Residências multiprofissionais em Saúde Mental na região metropolitana de Belo Horizonte: articulações com a perspectiva da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira (Dissertação de Mestrado)* – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

LOBOSQUE, Ana M. Uma experiência de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: desterritorializando saberes, descentralizando práticas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 4, n. 10, p. 197-200, 2012.

MERHY, Emerson E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

MERHY, Emerson E.; FEUERWERKER, Laura C. M.; CECCIM, Ricardo B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en Salud. *Salud colectiva*, Lanús, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASCIMENTO, Amélia A. et al. *Projeto de Intervenção Assertiva no Território*. Projeto de melhoria de cuidado apresentado à Comissão de Residência Multiprofissional do Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte, 2016.

NILO, Kelly et al. (Orgs.). *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Redes de profissões de Saúde, Enfermagem & Obstetrícia, recursos humanos para a Saúde. *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Suíça: OMS, 2010

PASSOS, Izabel C. F. *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. *Projeto de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental da Rede Municipal de Saúde – PBH*. Belo Horizonte, 2011.

REEVES, Scott. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface* (Botucatu), v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016.

ROTELLI, Franco. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In. AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra B. *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. A instituição inventada. In. NICÁCIO, Fernanda. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri: Manole, 2010.

TRAJANO, Ana R.; SILVA, Rosimeire A. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. *Polis e Psique*, Porto Alegre, v. 2, p. 16-36, 2012.

YIN, Robert K. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso, 2016.

## **2. Segundo artigo (manuscrito) – Perspectivas de ex-residentes sobre os programas de residência em saúde mental realizados na região metropolitana de Belo Horizonte**

O artigo a seguir, de caráter qualitativo e de cunho exploratório, aborda a formação nos programas de residência em saúde mental realizados na região metropolitana de Belo Horizonte na perspectiva de ex-residentes, utilizando pesquisa documental e aplicação de questionários (Apêndice A).



## **Perspectivas de ex-residentes sobre as residências multiprofissionais e integradas em saúde mental da região metropolitana de Belo Horizonte**

### **Resumo**

As residências multiprofissionais em saúde, regulamentadas desde 2005 e realizadas com grande investimento dos Ministérios da Saúde e da Educação, são consideradas eficiente estratégia de formação em serviço e espaço privilegiado de formação para o Sistema Único de Saúde. Este artigo, de caráter qualitativo e de cunho exploratório, aborda a formação nos programas de residência em saúde mental da região metropolitana de Belo Horizonte na perspectiva de ex-residentes que concluíram a formação entre os anos de 2012 e 2017. Utilizando pesquisa documental e aplicação de questionários, foi retratado o perfil dos ex-residentes e um panorama dos programas por meio do olhar desses atores. Foi constatado que os ex-residentes já tinham algum tipo de contato com o campo da saúde mental antes de ingressarem nos respectivos programas, que foram escolhidos por eles segundo critérios de qualidade. A maioria dos ex-residentes informou que teve acesso ao projeto político-pedagógico do programa realizado e, em geral, avaliou que as atividades práticas e teóricas correspondiam ao previsto. Além disso, deram pistas importantes sobre as perspectivas teóricas orientadoras dos projetos político-pedagógicos, indicando regularidade nas referências às produções da reforma psiquiátrica, através de termos correlatos como reabilitação psicossocial, reforma psiquiátrica antimanicomial, política de saúde mental, álcool e outras drogas, aspectos históricos e antropológicos do sofrimento mental e *recovery*, além de incluírem a psicanálise e a psicopatologia. Atualmente a maioria dos ex-residentes desenvolve atividades de trabalho relativas ao campo da saúde mental.

**Palavras-chave:** Residências em saúde; Formação para o trabalho em saúde; Saúde mental.

## **Introdução**

As dificuldades relativas aos processos de formação para o trabalho no campo da saúde mental não dizem respeito a uma questão que só agora torna-se urgente (Lobosque, 2010; Passos & Barboza, 2012; Rotelli, 2008). Os atuais embaraços na formação de profissionais para o trabalho em saúde mental já se apresentavam, com suas particularidades históricas, há cerca de quarenta anos. Ainda na década de 1970, Luiz Cerqueira (1984), por exemplo, indicava a necessidade de formação para a atuação em equipes multiprofissionais nos diferentes níveis de atenção, bem como a preparação para o trabalho com novas concepções de saúde e de tratamentos, sem reducionismos exclusivistas.

Nesse mesmo sentido, mas em outro momento histórico, o Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, publicado no início da década de 1990, determinava que os programas de formação e capacitação de pessoas deveriam fundamentar-se em alguns princípios, dentre os quais destacamos: a multiprofissionalidade, a problematização da realidade local, a educação continuada e articulação dos saberes/poderes político, administrativo e técnico (Brasil, 1992). Já o Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, indicava a relevância da “criação de programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de capacitação/educação continuada, monitoramento dos trabalhadores e atores envolvidos no processo da Reforma” (Brasil, 2002, p. 72). Dentre os diversos programas de educação, destacava como oportunas as residências multiprofissionais em saúde mental.

Atualmente estão em curso muitas experiências de formação para o trabalho em saúde em nível de graduação que procuram fortalecer os vínculos entre serviços do SUS e instituições de ensino, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), ambos coordenados pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Criada em 2003, a SGTES assumiu papel estratégico na definição de políticas de formação e desenvolvimento profissional, especialmente através do estabelecimento de diretrizes intersetoriais vinculadas à Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (França, Magnago, Santos, Belisário & Silva, 2018).

Em nível pós-graduado, as residências multiprofissionais em saúde, também fomentadas por editais da SGTES, são reconhecidas como uma dessas experiências (Brasil, 2006; Ceccim, Silva, Palombini & Fagundes, 2010; Lobosque, 2010; 2017; Nunes, Torrenté & Prates, 2015; Sarmiento, França, Medeiros, Santos & Ney, 2017).

Desde o final da década de 1970, portanto no bojo da Reforma Sanitária e antes mesmo da criação do SUS, existem experiências de residência desse tipo no Brasil, porém isoladas (Brasil, 2006). O investimento financeiro sistemático do Estado brasileiro através de uma política de formação que garanta aos programas multiprofissionais sua sustentação e continuidade é recente (Sarmiento et al., 2017). Como uma modalidade de pós-graduação *latu sensu*, a residência é regulamentada para a categoria médica desde 1977, mas foi somente em 2005, quase três décadas mais tarde, que teve início o processo de regulamentação das residências multiprofissionais em outras áreas profissionais da saúde (Brasil, 2006).

Com a garantia de investimento financeiro, o número de programas de residência multiprofissional se ampliou (Sarmiento et al., 2017). De acordo com dados disponibilizados por e-mail, em março de 2016, pela Equipe Técnica da Residência Multiprofissional da Coordenação Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação, existiam mais de mil e quinhentos programas cadastrados no Sistema da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS). Esses programas são vinculados às mais diversas ênfases: saúde da mulher, saúde da família, saúde da criança e do adolescente, saúde materno-infantil, saúde mental, doenças crônicas, saúde indígena, dentre outras (Lima, 2016).

Especificamente no campo da saúde mental, antes dos anos 2000, existiam poucas experiências de residências multiprofissionais no país, como o Programa de Residência Integrada em Psiquiatria e Saúde Mental desenvolvido pelo Instituto Philippe Pinel, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. Este é reconhecido como o primeiro programa de saúde mental a integrar a formação dos profissionais da psiquiatria com os demais profissionais de saúde de nível superior, no início da década de 1990 (Ceccim et al., 2010).

Outras experiências de destaque são o Programa de Residência Integrada em Saúde Mental do Hospital Psiquiátrico São Pedro (Rio Grande do Sul), que teve início no ano 2000 (Brasil, 2006), e a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, desenvolvida desde 2005 pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ceccim et al.,

2010). No Nordeste, destacamos a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com área de concentração em Saúde Mental, vinculada à Universidade Federal da Bahia, que teve a sua primeira turma com entrada em 2008 e produziu ampla sistematização das atividades desenvolvidas (Coelho, Nunes & Barreto, 2017; Nunes, Torrenté & Prates, 2015). Esta última foi encerrada há cerca de dois anos.

Neste artigo, que é parte de uma tese de doutorado, discutimos a experiência de três programas de residência em saúde mental realizados na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, a partir da perspectiva de seus ex-residentes. O objetivo é retratar um panorama dos respectivos programas por meio do olhar desses atores, além de apresentar o perfil desses profissionais.

### **Percurso metodológico**

Neste artigo, de caráter qualitativo e de cunho exploratório (Bauer; Gaskell & Allum, 2012; Deslauriers & Kérisit, 2012), tratamos de resultados parciais de pesquisa desenvolvida desde 2015. Os dados aqui apresentados e discutidos foram produzidos através de pesquisa documental concernente aos projetos político-pedagógicos e da aplicação de questionários aos ex-residentes dos programas pesquisados (Cellard, 2012; Babbie, 1999).

De acordo com nosso levantamento, feito sobre a listagem dos mil e quinhentos projetos de programas de área profissional e multiprofissionais cadastrados no Ministério da Saúde, aproximadamente noventa estão vinculados ao campo da saúde mental, sendo oito deles do estado de Minas Gerais, conforme detalhamos em dissertação de mestrado (Lima, 2016).

Foi a partir desse levantamento que decidimos abordar os programas multiprofissionais da região metropolitana de Belo Horizonte pela centralidade dos mesmos na formação de profissionais especializados em saúde mental para todo o estado, pela viabilidade de realização da pesquisa no tempo exigido para sua conclusão e por uma característica das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) dos municípios de Belo Horizonte e de Betim, sedes dos programas estudados: serem nacionalmente reconhecidas como bem implantadas e de qualidade no que se refere aos cuidados em saúde mental dispensados à população (Passos, Reinaldo, Barboza, Braga & Ladeira, 2016; Trajano & Silva, 2012).

Após concordância das coordenações dos programas e da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, tivemos acesso às listas de ex-residentes. Com o interesse de conhecer o perfil desses profissionais e delinear um panorama sobre a experiência que tiveram nos respectivos programas, convidamos por e-mail todos os que haviam concluído a formação até o ano de 2017 para participarem da pesquisa através de um questionário online e autoaplicado.

## **Resultados e discussões**

Foram convidados a responder o questionário digital, um total de 78 ex-residentes, de todas as áreas de formação envolvidas nos programas, a saber: serviço social, enfermagem, psiquiatria, psicologia e terapia ocupacional. Dos 78 ex-residentes, 57 concluíram a Residência Integrada em Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte em parceria com Universidade Federal de Ouro Preto (RISM PBH/UFOP), 16 concluíram a Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Betim em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (RMSM Betim/ESP-MG) ou em parceria com a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (RMSM Betim/PUC Minas)<sup>6</sup> e 05 concluíram a Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais em parceria com Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (RMSM FHEMIG/FCM-MG). Os questionários ficaram disponíveis de setembro a dezembro de 2017 e foram respondidos por 33 ex-residentes, sendo 20 deles da RISM PBH/UFOP, 09 deles da RMSM Betim/ESP-MG ou Betim/PUC Minas<sup>7</sup> e 04 da RMSM FHEMIG/FCM-MG, conforme o Quadro 1.

---

<sup>6</sup> A Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Betim tem o cadastro de dois projetos político-pedagógicos, embora seja um mesmo programa em continuidade e realizado no mesmo município. O novo projeto foi cadastrado após a mudança de instituição formadora. Dessa forma, apresentamos os dados separadamente.

<sup>7</sup> Uma ex-residente embora tenha concluído o programa na Residência Integrada em Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte em parceria com Universidade Federal de Ouro Preto, realizou a maior parte da sua formação na Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Betim. A transferência se deu por motivo de aprovação em concurso público e foi realizada com autorização de todas as instituições envolvidas. Por isso, preferiu que sua participação se referisse a esta última.

**Quadro 1** | Números de participantes da pesquisa por área profissional e programa

Programa	Enfermagem		Psicologia		Psiquiatria		Serviço Social		Terapia Ocupacional		Total	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
RISM PBH/UFOP	08	04	08	05	23	05	08	03	10	04	57	21
RMSM Betim/ESP-MG	03	01	03	03	-	-	03	02	02	01	11	07
RMSM Betim/PUC Minas	02	-	01	01	-	-	-	-	02	-	05	01
RMSM FHEMIG/FCM-MG	01	-	01	01	-	-	02	02	01	01	05	04
Total	14	05	13	10	23	05	13	07	15	06	78	33

A. Número de ex-residentes que concluíram um dos programas em estudo até o ano de 2017 e que foram convidados a participar da pesquisa.

B. Número de ex-residentes que responderam ao questionário.

Fonte: Elaborado pelas autoras com dados da pesquisa, 2018.

O primeiro dado que ganha relevo é a proporcionalidade entre o número de psiquiatras e demais profissionais que responderam, em relação ao número de convidados. É possível que essa limitada participação possa estar indicando certa resistência dos psiquiatras exatamente ao programa integrado em saúde mental, apontando talvez para alguma questão referente ao tipo de relação que os psiquiatras em formação mantêm com a reforma psiquiátrica antimanicomial, explicitamente assumida pelo programa ao qual estiveram vinculados. Nesse sentido, é importante informar que a apresentação do questionário precisou ser modificada após um psiquiatra nos enviar uma mensagem informando que estava em dúvida se deveria responder. Depois desse contato, ressaltamos, na apresentação do questionário e em novo convite direcionado especificamente aos médicos, que a pesquisa incluía, no caso da RISM PBH/UFOP, os ex-residentes da Residência em Psiquiatria e da Residência Multiprofissional em Saúde Mental<sup>8</sup>. Contudo, uma compreensão aprofundada sobre essa tímida participação só será possível através da realização de entrevistas.

A elaboração do questionário foi baseada na análise dos projetos político-pedagógicos dos programas (Lima, 2016) e sua versão final, composta por 45 questões abertas e fechadas, foi dividida em oito seções: 1) Identificação do respondente; 2) Escolha

<sup>8</sup> As residências integradas acontecem com a articulação entre programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional. Como as regulamentações são diferentes, o processo seletivo e a certificação acontecem de forma independente, mesmo quando as atividades teóricas, práticas e teórico-práticas são integradas.

do programa de residência; 3) Conhecimento do projeto político-pedagógico do programa escolhido; 4) Atividades práticas realizadas; 5) Atividades teóricas ou teórico-práticas realizadas; 6) Avaliação geral da experiência de formação; 7) Situação profissional após a conclusão da residência; 8) Críticas e/ou sugestões sobre o questionário e disponibilidade para uma entrevista futura. O questionário exigia cerca de trinta minutos para ser respondido.

Sem conflitos de interesse, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 56054316.1.3001.5119). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

### ***Breve contextualização dos programas estudados***

Em uma perspectiva inovadora, Minas Gerais sediou a primeira experiência do país de uma residência em saúde mental que prescindia completamente do hospital psiquiátrico como campo de prática (Escola de Saúde Pública de Minas Gerais [ESP-MG], 2010; Lobosque, 2010). Realizado no município de Betim, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, o programa teve início em 2010. Até 2013, esteve vinculado à ESP-MG como instituição formadora, sendo que durante parte desse período o programa teve aproximações pontuais com a turma de residentes em psiquiatria (Lobosque, 2017). De 2013 a 2016 a instituição formadora responsável passou a ser a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2013). Devido a questões políticas e econômicas, a RMSM de Betim encerrou suas atividades no início de 2016 (Lima, 2016). Durante o tempo em que foi realizada, recebeu residentes de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e serviço social.

Segundo estimativa de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018a), a população de Betim, localizada a 30 km da capital mineira, ultrapassa 430 mil pessoas. A RAPS do município é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Movimento da Luta Antimanicomial e conta com diversos serviços substitutivos, dos quais destacamos: 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III; 01 CAPS II; 01 CAPS I; 01 CAPSad; 01 CAPSi; 02 Serviços Residenciais Terapêuticos; 01 Centro de Convivência; 04 equipes de saúde mental lotadas na atenção básica; 01 Casa de Acolhimento Transitório (Passos et al., 2016).

Já Belo Horizonte, município onde se localizam os outros dois programas estudados, tem uma população estimada de mais de 2,5 milhões pessoas (IBGE, 2018b). A RAPS do município, orientada pelos mesmos princípios e diretrizes, é um pouco mais complexa. São 13 Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM)<sup>9</sup> que funcionam como CAPS III: 08 deles para adultos, 03 voltados para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas (CERSAM-AD) e 02 para o atendimento infantojuvenil (CERSAMi). Como uma unidade do Serviço Avançado de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), existe o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP). A RAPS conta ainda com 29 Serviços Residenciais Terapêuticos, 04 Equipes de Consultórios de Rua, 01 Unidade de Acolhimento Transitório para adultos e 01 infantojuvenil, 09 Centros de Convivência e 01 Incubadora de Empreendimentos Solidários (SURICATO). Na atenção primária existem 09 equipes complementares de saúde mental para crianças e adolescentes e 45 núcleos do Programa Arte da Saúde, que promovem os ateliês da cidadania para o público infantojuvenil. Apesar dessa complexidade, a rede municipal ainda utiliza do expediente de internações psiquiátricas realizadas em 02 hospitais psiquiátricos para adultos e 01 infantojuvenil, públicos e estaduais, além de contar com leitos psiquiátricos em outras instituições hospitalares (Lima, 2016).

No ano de 2012 teve início a Residência Integrada em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, realizada inicialmente em parceria com a Faculdade Novos Horizontes e, atualmente, com a Universidade Federal de Ouro Preto. Tal mudança, entretanto, não gerou um novo projeto político-pedagógico, como no caso de Betim. O programa recebe residentes de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e serviço social. Uma de suas características particulares, que o distingue dos demais programas, é o fato de que faz articulação com a Residência em Psiquiatria da Prefeitura de Belo Horizonte, com a qual realiza atividades práticas e teóricas de forma integrada (Prefeitura de Belo Horizonte, 2011). Acontecendo ininterruptamente desde 2012, é o programa de residência em saúde mental da região metropolitana de Belo Horizonte que formou o maior número de residentes até o momento (Lima, 2016).

Em 2014 teve início o programa mais recente, dentre os estudados, a Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), em parceria com Faculdade de Ciências Médicas de

---

<sup>9</sup> A existência desses serviços em Belo Horizonte e em Betim é anterior às legislações federais que normatizaram o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Assim, permaneceu a utilização de uma nomenclatura própria.



Minas, que recebe residentes de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e serviço social Gerais (FHEMIG, 2016). A RMSM FHEMIG/FCM-MG foi criada a partir da estrutura da Residência em Psiquiatria, que acontece na instituição há 50 anos. Nesse sentido, uma de suas características particulares é o fato de que grande parte de sua carga horária é realizada dentro de um hospital psiquiátrico. Foi formalizada uma parceria com Prefeitura de Belo Horizonte e os residentes deste programa realizam atividades na RAPS municipal ao longo do segundo ano de residência.

Os projetos político-pedagógicos, em geral, indicam o trabalho multidisciplinar e o desenvolvimento de práticas em equipamentos territoriais como fundamentais, embora não explicitem um arcabouço teórico-pedagógico que justifique tal escolha, o que, inicialmente, poderia sugerir que os documentos são elaborados apenas em cumprimento às exigências do governo federal (Brasil, 2012). Entretanto, como veremos adiante, os ex-residentes indicam uma certa afinidade das perspectivas teóricas que orientam os programas com as produções do campo da atenção psicossocial.

A seguir apresentaremos uma caracterização geral dos ex-residentes participantes desta pesquisa, trataremos dos dados referentes aos programas em estudo, apresentando os cenários de práticas, as atividades realizadas, as perspectivas teóricas e, finalmente, abordaremos a avaliação geral da experiência de acordo com os participantes.

### ***Caracterização dos ex-residentes participantes da pesquisa***

O mais recente Censo da Educação Superior, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2016), indica que a participação feminina é majoritária em 15 dos 20 maiores cursos de graduação em números de concluintes, dentre eles, enfermagem, psicologia, serviço social e medicina. Em consonância com esse levantamento e com estudos que demonstram o aumento da presença das mulheres no mercado de trabalho em saúde no Brasil após a década de 1970 (Wermelinger, 2010), a grande maioria dos ex-residentes que participaram desta pesquisa é mulher (27 em 33).

Em relação à faixa etária, verificamos que 03 ex-residentes têm mais de 40 anos, 13 têm entre 25 e 30 anos e 17 têm entre 30 e 40 anos. Considerando que a idade média dos concluintes de cursos presenciais de graduação é de 28 anos, segundo o INEP (2016), é provável que muitos dos ex-residentes participantes desta pesquisa tenham entrado em um

programa de residência pouco tempo depois de terem concluído um curso de graduação. A carga horária intensa e a remuneração são fatores que podem desestimular profissionais mais experientes a empreender esse tipo de formação (Souza & Araújo, 2018).

No que se refere à área de formação, identificamos dentre os respondentes 10 psicólogos, 07 assistentes sociais, 06 terapeutas ocupacionais, 05 enfermeiros e 05 médicos.

Praticamente todos tiveram algum tipo de contato com o campo da saúde mental ainda na graduação. Quase a totalidade, através de disciplinas obrigatórias. E muitos casos através de estágios curriculares (13), extracurriculares (09) e disciplinas optativas (08). Outras atividades que propiciaram esse contato foram grupos de estudos (06), projetos de iniciação científica (03) e de extensão (03). Ponderamos que, embora sejam importantes por indicar a aproximação da academia às questões do campo da saúde mental, estes dados não podem ser qualificados através das informações levantadas pelo questionário. A realização de entrevistas poderá especificar se os conteúdos dessas atividades estão afinados com a perspectiva da atenção psicossocial da política pública de saúde mental brasileira, foco desta pesquisa. Além disso, as pessoas que participaram desta pesquisa procuraram uma formação muito particular dentro do campo da saúde mental e é possível que já se interessassem pelo campo enquanto estavam na graduação, propiciando maior contato com estudos e práticas ligadas ao tema. Esta ressalva é necessária, pois existem muitas produções que discutem o distanciamento da formação acadêmica das práticas no campo da atenção psicossocial (Lobosque, 2010, Rotelli, 2008).

Foram referidas poucas experiências diretamente realizadas em parceria com o SUS, através de indução ministerial, como o PET-Saúde (05) e o VerSUS (01). Já o movimento estudantil, que não foi uma categoria prevista no questionário, foi registrado na opção “outros” por 03 participantes, fato que possivelmente tem relação com o já extinto Coletivo Espaço Saúde, de Belo Horizonte, “um coletivo estudantil, que se propõe a discutir, de forma crítica, a temática da saúde (...) [buscando] desenvolver ações que [permitam] ao estudante conhecer e interferir no novo modelo de atenção à Saúde Mental” (Almeida & Miranda, 2013, p.120-122).

Questionados pelos motivos que os levaram a fazer uma residência em saúde mental (neste caso, cada respondente poderia registrar mais de um motivo), a maior parte destacou o interesse pela qualificação profissional ou aperfeiçoamento de habilidades técnicas. Além disso, entendem que a residência é um meio facilitador para inserção na área e é uma oportunidade de realizar uma pós-graduação. Esse dado nos remete ao fato de que muitas

pessoas ingressam na residência pouco tempo após a conclusão da graduação. A remuneração foi o motivo menos referido, indicado por seis ex-residentes das diversas especialidades, exceto medicina.

Para a escolha específica do programa de ingresso, pesou, de forma geral, o reconhecimento da instituição de saúde à qual os programas vinculam-se. Especialmente no caso da RISM PBH/UFOP e da RMSM Betim/ESP-MG, os ex-residentes consideraram o fato das propostas de ambos relacionarem-se com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Nesse sentido, lembramos o já referido reconhecimento público sobre a qualidade das RAPS dos municípios envolvidos. Por fim, a recomendação de terceiros também teve influência para essa escolha. O Quadro 2, a seguir, detalha essas informações.

**Quadro 2** | Fatores que influenciaram as escolhas dos ex-residentes pelos programas estudados

Fatores	Programa				Total <i>n=33</i>
	PBH UFOP <i>n=21</i>	Betim ESP-MG <i>n=07</i>	Betim PUC Minas <i>n=01</i>	FHEMIG FCM-MG <i>n=04</i>	
Relação da proposta do Programa com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial	12	07	0	0	19
Reconhecimento da instituição de saúde à qual o programa está vinculado	10	02	0	01	13
Indicação de terceiros	04	01	01	02	08
Reconhecimento da instituição de ensino à qual o programa está vinculado	02	04	0	01	07
Localização	03	01	0	0	04

Fonte: Elaborado pelas autoras com dados da pesquisa, 2018.

Um outro fator foi indicado por dois ex-residentes de psiquiatria vinculados à RISM PBH/UFOP. Existe um Processo Seletivo Unificado para ingresso nos programas de Residência Médica em Minas Gerais, incluindo instituições públicas, hospitais filantrópicos e privados. Dessa forma, indicaram que a entrada no programa se deu em virtude da classificação nesse processo, o que também pode estar relacionado com a baixa participação dos psiquiatras nesta pesquisa.

De toda forma, constatamos que a maior parte dos respondentes indicou que fez uma escolha pautada por critérios de qualidade. Reforçando esse entendimento, em campo aberto opcional para comentários, um dos ex-residentes afirmou que a escolha se fundamentou no desejo de trabalhar em um contexto que “tem como princípios um SUS estatal, universal e de qualidade” (Ex-residente da RMSM Betim/ESP-MG).

### ***Cenários de prática***

Ainda que não seja uma relação dada *a priori*, a diversificação dos cenários de prática na RAPS possibilita uma diversificação das estratégias de cuidado, fundamental para efetivação da política pública de saúde mental (Brasil, 2001; 2011).

A partir dos PPP, elencamos uma lista de serviços e outros campos de atividades e solicitamos que os ex-residentes informassem aqueles nos quais atuaram. Deixamos ainda um campo aberto opcional para que registrassem algum outro que não constava na lista.

Os ex-residentes da RMSM FHEMIG/FCM-MG, assim como os da RMSM Betim/PUC Minas, indicaram cinco serviços pelos quais passaram, ao passo que os da RMSM Betim/ESP-MG indicaram oito. Já os da RISM PBH/UFOP indicaram 19 cenários de práticas diferentes. É preciso considerar, como já informamos, que a RAPS de Belo Horizonte tem uma maior complexidade e extensão em relação à de Betim, e que a RMSM FHEMIG/FCM-MG é sediada em uma instituição hospitalar, onde suas atividades se concentram pelo período de um ano. Além disso, a RISM PBH/UFOP tem um número maior de ex-residentes, incluindo psiquiatras, que têm alguns campos de estágio próprios.

O cenário indicado por todos os ex-residentes foi o CAPS (ou CERSAM), e quase todos incluíram também aqueles especializados para as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e os especializados para o público infantojuvenil. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) também acolheram quase a totalidade dos residentes. E, além disso, os Centros de Convivência receberam os residentes de todos os programas, exceto os da RMSM FHEMIG/FCM-MG.

No caso particular da RMSM FHEMIG/FCM-MG, todos os residentes passaram pelo hospital psiquiátrico. Cenário em que apenas um residente da RISM PBH/UFOP passou. Já o SUP e o Consultório de Rua, presentes na RAPS de Belo Horizonte, mas não na de Betim, foram serviços pelos quais quase todos os residentes da RISM PBH/UFOP passaram.

O campo aberto opcional foi pouco utilizado, mas destacamos que três ex-residentes da RISM PBH/UFOP indicaram que atuaram no Arte da Saúde e no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), ambos campos de práticas também não utilizados pelos residentes dos outros programas, sendo este último vinculado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

Por outro lado, quando questionamos sobre quais cenários de práticas sentiram falta, quase todos os ex-residentes da RMSM FHEMIG/FCM-MG afirmaram que gostariam de ter atuado em um Serviço Residencial Terapêutico e no Consultório de Rua. Em relação ao Consultório de Rua, este dado chama atenção, sobretudo quando consideramos que os hospitais psiquiátricos públicos localizados em Belo Horizonte têm recebido predominantemente pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas (Coelho, Volpe, Diniz, Silva & Cunha, 2014).

Dentre os ex-residentes da RISM PBH/UFOP, o único que inclui formalmente os profissionais da psiquiatria, destacaram-se as considerações sobre a ausência de práticas em hospitais psiquiátricos e em serviço de eletroconvulsoterapia.

### ***Atividades realizadas***

A maioria dos ex-residentes informou que teve acesso ao PPP de seu respectivo programa (27 respondentes) e avaliou que, em geral, as atividades práticas correspondiam ao previsto (20) ou correspondiam parcialmente (5). Também consideraram as atividades teóricas, em geral, correspondiam ao previsto (15) ou correspondiam parcialmente (9).

A partir dos PPP indicamos uma lista de atividades práticas para que os respondentes elencassem, em escala do tipo *likert* (Babbie, 1999), a frequência de realização.

As atividades de reuniões de equipe, discussões de caso clínico, plantões, atendimentos individuais em situação ambulatorial foram sinalizadas como “muitas vezes” ou “sempre” realizadas pela quase totalidade dos ex-residentes. A maior parte também indicou as ações de redução de danos, os atendimentos individuais em situação de internação, os atendimentos individuais de familiares e a construção de projetos terapêuticos singulares como realizadas “muitas vezes” ou “sempre”. As oficinas terapêuticas e as assembleias de usuários, atividades coletivas, foram realizadas “muitas vezes” ou “sempre” por pouco mais da metade dos ex-residentes. Ou seja, a maior parte das atividades realizadas com alta frequência por um maior número de ex-residentes foram atividades de

cunho individual, como os atendimentos, ou que dizem respeito ao trabalho em equipe, como reuniões e discussões de casos.

Já as oficinas geradoras de renda e as reuniões de gestão foram indicadas pela quase totalidade dos ex-residentes como “poucas vezes” ou “nunca” realizadas, e os grupos com familiares e as interconsultas por mais da metade.

Em termos específicos, a quase totalidade dos ex-residentes da RISM PBH/UFOP indicou que realizou “muitas vezes” ou “sempre” as atividades de cunho individuais e relativas ao trabalho em equipe. Contudo, destacamos que mais da metade indicou que visitas domiciliares, acompanhamentos terapêuticos, assembleia de usuários, oficinas terapêuticas e apoio matricial foram atividades “muitas vezes” ou “sempre” realizadas.

Já no caso da RMSM Betim/ESP-MG, todos os ex-residentes indicaram que “muitas vezes” ou “sempre” realizaram ou participaram das seguintes atividades: assembleias de usuários, atendimentos individuais em situação ambulatorial, discussões de casos clínicos, plantões e reuniões de equipe. Os atendimentos individuais de familiares, as construções de projetos terapêuticos singulares, os atendimentos individuais em situações de internação, os grupos com familiares e as oficinas terapêuticas foram “muitas vezes” ou “sempre” realizadas por quase todos. Esse perfil diferencia-se um pouco do geral, pois, proporcionalmente, tem um número alto de residentes envolvidos em atividades coletivas mais frequentes, com destaque para a assembleia de usuários.

O único respondente da RMSM Betim/PUC Minas indicou que todas as atividades relacionadas na pergunta eram realizadas “muitas vezes” ou “sempre”, exceto as interconsultas e as reuniões de gestão, que foram “poucas vezes” efetivadas.

Por fim, todos os ex-residentes da RMSM FHEMIG/FCM-MG indicaram que “muitas vezes” ou “sempre” realizaram discussões de casos clínicos e reuniões de equipe. Mais da metade desenvolveu “muitas vezes” ou “sempre” ações de redução de danos, atendimentos individuais, construção de projetos terapêuticos singulares e plantões. Todos indicaram que “nunca” ou “poucas vezes” realizaram grupos com familiares, interconsultas e oficinas geradoras de renda. As oficinas terapêuticas foram realizadas “poucas vezes” pela metade dos residentes. As atividades “nunca” ou “poucas vezes” desenvolvidas por quase todos os ex-residentes desse programa foram apoio matricial, assembleias de usuários e reuniões de gestão. Este grupo, portanto, desenvolveu menos atividades coletivas que o restante.

Em relação às atividades teóricas, fizemos da mesma forma: a partir dos PPP, indicamos uma lista para que os respondentes elencassem, em escala do tipo *likert*, a frequência de realização das atividades durante o período de formação. No geral, as aulas com residentes de diferentes profissões e as discussões de casos em sala de aula foram as destacadas pelo maior número de ex-residentes como atividades que aconteceram “muitas vezes” ou “sempre”. Em seguida, indicaram a supervisão clínico-institucional e a supervisão coletiva. As atividades “nunca” ou “poucas vezes” realizadas indicadas pelo maior número de respondentes foram os grupos de estudos e a apresentação de pacientes. Notamos, portanto, uma simetria das respostas dos ex-residentes de todos os programas em relação às atividades teóricas.

Entretanto, destacamos que o único programa cujo os ex-residentes indicam alta frequência da tradicional prática de apresentação de pacientes, foco de tantas polêmicas, é a RISM PBH/UFOP. Tal constatação será explorada em entrevistas.

### ***Supervisão recebida e perspectivas teóricas***

Em relação à frequência da supervisão no campo de prática ou à preceptoria, apesar de certa variação, a maior parte dos ex-residentes indicou que elas aconteciam pelo menos uma vez por semana, conforme o Quadro 3. E quase a totalidade indicou que as supervisões eram fundamentadas em alguma perspectiva teórica.

**Quadro 3** | Frequência das supervisões no campo de prática, de acordo com ex-residentes

Frequência	Programa				Total
	PBH UFOP	Betim ESP-MG	Betim PUC Minas	FHEMIG FCM-MG	
Pelo menos uma vez a cada 07 dias	12	05	0	02	19
Pelo menos uma vez a cada 15 dias	07	01	01	0	09
Pelo menos uma vez a cada 30 dias	01	0	0	0	01
Outras respostas	01	01	0	02	04
Total	21	07	01	04	33

Fonte: Elaborado pelas autoras com dados da pesquisa, 2018.

Essa é uma característica importante em relação ao contexto específico dos programas estudados, pois algumas pesquisas têm levantado questionamentos sobre a precarização do trabalho e da formação na modalidade de residência como utilização de mão-de-obra barata (Andrade, 2015). Ainda que a frequência da supervisão não garanta que o processo formativo está sendo devidamente valorizado, ela sinaliza a existência de uma preocupação dos programas com o acompanhamento do profissional residente. Além disso, conforme os dados sobre as atividades realizadas, todos os programas promovem com frequência atividades teóricas coletivas.

Em campo opcional e aberto do questionário, solicitamos que os ex-residentes indicassem quais eram as perspectivas teóricas que orientavam as supervisões nos programas. As respostas foram bem variadas, mas constatamos regularidade nas referências às produções da reforma psiquiátrica, através de termos correlatos como reabilitação psicossocial, reforma psiquiátrica antimanicomial, política de saúde mental, álcool e outras drogas, aspectos históricos e antropológicos do sofrimento mental e *recovery*. A psicanálise foi mencionada por mais da metade dos respondentes, assim como a psicopatologia. A clínica ampliada, a psicologia social, a farmacologia e saúde baseada em evidências foram termos citados apenas uma vez cada.

Alguns residentes foram bem específicos, indicando variações em relação aos diferentes campos de prática, como exemplificam os trechos a seguir:

Nos CERSAMs (incluindo CERSAMi e CAPSad) a orientação era psicanalítica e psiquiátrica. No Centro de Convivência a reabilitação psicossocial era o referencial teórico. Nas UBSs não tinha uma única linha, a preceptoria (supervisão de campo) versava sobre as demandas do caso, em alguns momentos o tema era a saúde coletiva e em outros a reabilitação psicossocial. (Ex-residente da RMSM Betim/ESP-MG)

Variou em relação ao campo, mas basicamente eram textos sobre a política de saúde mental, política de álcool e drogas, textos sobre redução de danos, sobre a clínica da saúde mental, dentre outros. (Ex-residente da RISM PBH/UFOP)

Outros tiveram dificuldades em descrever as perspectivas teóricas utilizadas e deram informações genéricas, como “sanar dúvidas em relação ao caso clínico em questão, baseando-se em evidências científicas” (ex-residente da RISM PBH/UFOP).



### *Avaliação da experiência de formação*

Por fim, procuramos conhecer a avaliação geral dos ex-residentes sobre a experiência de formação empreendida nos respectivos programas. Em campos abertos obrigatórios, perguntamos sobre o que foi positivamente marcante, o que foi negativamente marcante e o que faltou na experiência que os participantes tiveram em seus respectivos programas.

Ex-residentes dos diferentes programas informaram explicitamente que “a integração de diferentes categorias profissionais” para a realização do “trabalho em equipe nos moldes da Reforma Psiquiátrica” foi positiva, e quase a totalidade destaca pontos que convergem para o trabalho em equipe. Outros afirmaram ainda que a residência foi uma oportunidade de “troca de experiências”, de “aprimoramento” e “ampliação dos conhecimentos”.

A metade dos ex-residentes da RISM PBH/UFOP destacou como positiva a variedade de cenários de práticas. Também a metade dos ex-residentes da RMSM FHEMIG/FCM-MG indicou este ponto como relevante, pois, embora sediado em um único serviço, um hospital psiquiátrico, o programa possibilita aos residentes o desenvolvimento de atividades em alguns serviços da rede municipal de Belo Horizonte, durante o segundo ano da formação.

Em consonância com a expectativa inicial, alguns ex-residentes RISM PBH/UFOP e da RMSM Betim/ESP-MG indicaram que foi profícua a experiência de trabalhar na perspectiva antimanicomial, destacando a militância e o aprendizado político, como alguns comentários ilustram:

Os espaços organizativos [da sociedade civil] não estavam inseridos na carga horária da residência, no entanto, foram de extrema importância na formação profissional e humana (Frente Mineira de Saúde Mental, Frente Mineira de Drogas e Direitos Humanos, e 18 de Maio). (Ex-residente da RISM PBH/UFOP)

Aprender a se tornar um profissional capacitado para atuar em qualquer política pública e a luta contra o fim de todo e qualquer manicômio. (Ex-residente da RMSM ESP/Betim)

No mesmo sentido, um ex-residente da RMSM FHEMIG/FCM-MG ressaltou que foi positiva a “participação obrigatória nos fóruns de saúde mental de BH” e que entende como negativo o fato dos residentes ficarem ao longo de um ano atuando apenas dentro do hospital. Essa avaliação é significativa pois não é isolada e sugere que os residentes que passam por esse programa têm uma crítica em relação às limitações da instituição

hospitalar. Será importante aprofundar nessa questão, através da realização de entrevistas, para compreender se essa crítica é possibilitada pela própria experiência.

Residentes da RISM PBH/UFOP, RMSM Betim/ESP-MG e PUC Minas apontaram que a receptividade de tutores e preceptores também foi positiva. Apesar disso, indicaram atritos existentes entre a coordenação dos programas e os trabalhadores inseridos na RAPS.

A maior parte dos ex-residentes declara satisfação com o acompanhamento da preceptoria, conforme o Quadro 4:

**Quadro 4** | Satisfação das ex-residentes em relação ao acompanhamento da preceptoria

Satisfação com o acompanhamento da preceptoria	Programa				Total
	PBH UFOP	Betim ESP-MG	Betim PUC Minas	FHEMIG FCM-MG	
Sim	17	07	01	03	28
Não	04	0	0	01	05
Total	21	07	01	04	33

Fonte: Elaborado pelas autoras com dados da pesquisa, 2018.

Já em relação à tutoria, chama a atenção o número significativo de ex-residentes da PBH/UFOP que refere insatisfação, como o Quadro 5 detalha:

**Quadro 5** | Satisfação das ex-residentes em relação ao acompanhamento da tutoria

Satisfação com o acompanhamento da tutoria	Programa				Total
	PBH UFOP	Betim ESP-MG	Betim PUC Minas	FHEMIG FCM-MG	
Sim	08	07	01	03	19
Não	13	0	0	01	14
Total	21	07	01	04	33

Fonte: Elaborado pelas autoras com dados da pesquisa, 2018.

Este é um aspecto delicado que precisa ser melhor compreendido e aprofundado nas entrevistas, já que as atividades teóricas, sobre as quais a tutoria tem papel determinante, foram bem avaliadas e indicadas como acontecendo regularmente e de forma diversificada.

Em relação ao que foi negativamente marcante na experiência em seus respectivos programas, vários ex-residentes, em especial da RISM PBH/UFOP, indicaram que a carga de trabalho é muito intensa, levando à exaustão e até mesmo ao adoecimento. No mesmo sentido, ex-residentes de dois programas marcaram a questão da precarização do trabalho:

Muitas vezes substituímos profissionais sendo usado como mão de obra barata. (Ex-residente da RISM PBH/UFOP)

Residentes tratados como trabalhadores e não como alunos, preenchendo vagas de profissionais que faltavam no quadro do serviço. (Ex-residente da RMSM FHEMIG/FCM-MG)

A necessidade de uma melhor organização do programa, como exemplifica a demanda por um melhor ajuste entre a grade curricular teórica e prática, apareceu fortemente nos registros dos ex-residentes da RISM PBH/UFOP e da RMSM FHEMIG/FCM-MG. Esse aspecto é considerável, pois são programas que seguem em execução e poderão se beneficiar desse tipo de avaliação.

Apesar das fragilidades apontadas, essenciais para a construção de um processo de avaliação com a finalidade de aprimoramento, a quase totalidade dos ex-residentes considerou que os respectivos programas atingiram os objetivos propostos e também afirmou que recomendariam o programa para outras pessoas, indicando um alto nível de satisfação com a experiência.

Apenas 05 dos 33 respondentes informaram que a atividade que exerciam após a conclusão da residência não se relacionava ao campo da saúde mental. Das 28 pessoas que estavam desempenhando atividades relativas ao campo da saúde mental, 17 estavam exclusivamente trabalhando, 08 estavam trabalhando e estudando (destas, 03 estavam em um programa de pós-graduação *stricto sensu* e 01 realizava outra pós-graduação *lato sensu*), e 03 estavam exclusivamente estudando, uma delas realizando pós-graduação *stricto sensu*.

A experiência de trabalho dos ex-residentes é mais uma das informações que precisarão ser exploradas em entrevistas, pois a residência multiprofissional, segundo seus marcos legais, pretende “favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2005).

## Considerações finais

Apoiando-nos na perspectiva de ex-residentes que concluíram a formação entre os anos de 2012 e 2017, abordamos a formação nos programas de residência em saúde mental da região metropolitana da capital mineira. Para a elaboração dos questionários aplicados aos ex-residentes e contextualização dos programas, recorreremos aos documentos que norteiam a realização de cada um deles, quais sejam, seus respectivos projetos políticos-pedagógicos.

Como afirmamos, os documentos que contêm os PPP, são elaborados a partir de orientações comuns dentro de uma determinada política, mas a maneira de realização de cada um desses cursos é singular e depende de seu contexto. Nesse sentido, os resultados da aplicação do questionário fornecem indícios sobre algumas dessas particularidades, como a utilização diversificada de campos de estágio, assim como a variação entre atividades de cunho individual ou mais coletivo.

A realização desse tipo de levantamento certamente implica em uma dimensão avaliativa e, considerando que foram estudados três programas, é inevitável que haja uma perspectiva de comparação. Todavia, ressaltamos que não se trata de uma avaliação em relação a critérios ideais estabelecidos pelas pesquisadoras, mas decorrente da relação entre as características singulares de cada curso. Dessa forma, a dimensão avaliativa emerge justamente a partir da perspectiva de pessoas envolvidas nas experiências: os ex-residentes. Este, inclusive, é um dos limites desse estudo: estamos privilegiando apenas um dos atores envolvidos nos programas. Certamente os dados discutidos aqui poderão, futuramente, ser cotejados por outras pesquisas que se disponham a ouvir tutores, preceptores e outros trabalhadores envolvidos nos processos formativos desses programas.

A perspectiva avaliativa que emerge aponta ainda para as próprias redes de atenção psicossocial envolvidas, pois as práticas de formação que acontecem em rede, invariavelmente, refletirão a organização de seus serviços.

Proporcionada pela perspectiva dos ex-residentes, a dimensão avaliativa que apresentamos não é aprofundada e nem analítica, mas ela é considerável. Apesar do contato anterior, incluindo observações participantes que a primeira autora deste artigo realizou antes da análise sistemática desses dados, algumas informações que surgiram a partir do questionário chegaram a nos surpreender. São exemplos disso a indicação da realização da prática de apresentação de pacientes pelos ex-residentes de um programa que acontece

inteiramente na RAPS e tem uma assumida perspectiva antimanicomial; assim como o posicionamento crítico a respeito da alta carga horária prática dentro de uma única instituição, vindo de ex-residentes de um programa sediado em um hospital psiquiátrico.

A abordagem essencialmente qualitativa que se seguirá, por meio de entrevistas com alguns dos respondentes e cotejamento com o estudo sistemático já realizado dos PPP dos respectivos programas e com os registros das observações participantes, trará certamente mais esclarecimentos de muitos dos aspectos aqui apontados e outros que poderão se mostrar igualmente relevantes.

## Referências

Almeida A. L., & Miranda A. B. (2013). Espaço Saúde: a presença do movimento estudantil na formação. In: Lobosque AM, Silva CR, organizadores. Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática (pp.120-123). Belo Horizonte: CRP 04.

Andrade R. T. (2015). A Relação entre Trabalho e Educação na Formação Profissional: um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Babbie, E. R. (1999). Métodos de pesquisa de *survey*. Belo Horizonte: Ed. UFMG.

Bauer, M. W., Gaskell, G., & Allum, N. C. (2012). Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento – evitando confusões. In: M. W. Bauer, & G., Gaskell (Orgs.) Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático (pp.17-36). Petrópolis/RJ: Vozes.

Brasil (2001). Presidência da República. Casa Civil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília: MS.

Brasil (2011). Ministério da Saúde. Portaria GM 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: MS.

Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: MS.

Brasil (1992). Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS.

Brasil (2002). Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/MS.

Ceccim R. B., Silva M. C. C., Palombini A. L., et al. (2010). Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial (p.127-144). In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL, organizadores. Residências em saúde: Fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Cellard, A. (2012) A análise documental. In: Poupart J. et al. (Orgs.) A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes.

Cerqueira, L. (1984). Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu; 1984.

Coelho, V. A. A., Volpe, F. M., Diniz, S. S. L., et al. (2014). Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. Ciênc. saúde coletiva, 19(8): 3605-3616. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11922013>.

Coelho, M. T. A. D., Nunes, M. de O., & Barreto, S. M. G. (Orgs.) (2017). Residência em saúde mental [recurso eletrônico]: educando trabalhadores para a atenção psicossocial. Salvador: EDUFBA.

Dallegrave D., & Ceccim, R. B. (2013). Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? *Interfaces: comunicação saúde educação*, 17(47): 759-776. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000030>

Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M. (2014) O delineamento da pesquisa qualitativa. In. Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Lapemère A, Mayer R, Pires AP, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes.

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Projeto Político-Pedagógico de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Prefeitura de Betim em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP; 2010.

França T, Magnago C, Santos MR, et al. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. *Saúde debate*. 2018; 42(spe2): 286-301. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s220>.

Franco, T. B. (2013). Produção do cuidado e produção pedagógica: Integração de cenários do SUS. In T. B. Franco, & E. E. Merhy (Ed.), *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde* (pp. 183-198). São Paulo: Hucitec.

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Projeto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares/FHEMIG. Belo Horizonte: FHEMIG; 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em Síntese. Betim; 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/betim/panorama>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em Síntese. Belo Horizonte; 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Resumo técnico: Censo da educação superior 2014. Brasília: INEP; 2016.

Lima ICBF. Residências Multiprofissionais em Saúde Mental na Região Metropolitana de Belo Horizonte: articulações com a perspectiva da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira [dissertação]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016. 172 p.

Lobosque AM, organizadora. *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG; 2010.

Lobosque, AM. Prefácio. In. Coelho, M. T. A. D., Nunes, M. de O., & Barreto, S. M. G. (Orgs.) *Residência em saúde mental [recurso eletrônico]: educando trabalhadores para a atenção psicossocial*. Salvador: EDUFBA, 2017.

Nunes M., Torrenté M., & Prates A. (Orgs.) (2015). O otimismo das práticas - Inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Salvador: EDUFBA.

Passos, I. C. F., & Barboza, M. A. G. (2012). Três momentos da Reforma Psiquiátrica brasileira, três modos de inserção da formação “psi” mineira. O que esperar como cenário futuro? In. Melo, W. (Org.). *Que país é este?* São João del Rei: Espaço Artaud.

Passos ICF, Reinaldo, AMS, Barboza, MAG, et al. A rede de proteção e cuidado a crianças e adolescentes do município de Betim/MG e os desafios do enfrentamento ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. 2016, 11(3): 583-601. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082016000300005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300005&lng=pt&tlng=pt).

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Projeto Político-Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Prefeitura de Betim em parceria com a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte: PUC Minas; 2013.

Prefeitura de Belo Horizonte. Projeto de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental da Rede Municipal de Saúde. Belo Horizonte: PBH; 2011.

Rotelli F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: Amarante P, Cruz LB, organizadores. *Saúde Mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps; 2008. p. 37-50.

Sarmiento LF, França T, Medeiros KR, et al. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde debate*. 2017; 41(113): 415-424. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711306>.

Souza ECP, Araújo TCCF. Percepção sobre Formação em Residência na Área da Saúde: Necessidades, Expectativas e Desafios. *Rev. SBPH*. 2018; 21(1): 36-55. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582018000100003&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100003&lng=pt).

Trajano, ARC, Silva, RA. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. *Polis e Psique*. 2012; 2: 16-36. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40318>

Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, et al. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *Divulg. saúde debate*. 2010; 45: 54-70.



### **3. Terceiro artigo (manuscrito) – Potencialidades e desafios da formação em programas de residência em saúde mental realizados integralmente na rede de atenção psicossocial**

No último artigo que compõe esta tese, discutimos a formação para o trabalho em saúde mental a partir da percepção de ex-residentes dos programas realizados integralmente na rede de atenção psicossocial, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Betim e o Programa de Residências Integradas em Saúde Mental do Hospital Metropolitano Odilon Behrens da Prefeitura de Belo Horizonte.

## **Potencialidades e desafios da formação em programas de residência em saúde mental realizados integralmente na rede de atenção psicossocial**

### **Resumo**

A residência multiprofissional em saúde tem sido considerada uma modalidade de formação estratégica para a qualificação de profissionais no campo da saúde coletiva e espaço privilegiado de formação para o Sistema Único de Saúde. No campo da saúde mental, é apresentada como uma aposta para o fortalecimento das práticas na perspectiva da atenção psicossocial, sobretudo quando não utiliza o hospital psiquiátrico como cenário de formação. Neste artigo, é discutida a formação para o trabalho em saúde mental a partir da percepção de ex-residentes de dois programas de residência em saúde mental realizados integralmente nas redes de atenção psicossocial de dois municípios da região metropolitana de Belo Horizonte. Foram realizadas entrevistas em profundidade com oito ex-residentes de diferentes categorias profissionais, que concluíram a formação entre os anos de 2012 a 2016. À luz das produções do campo da atenção psicossocial, as informações que emergiram foram analisadas em três grandes temas: formação *em* e *na* rede; suporte teórico para o percurso formativo; efeitos-afetos nas subjetividades e trajetórias dos entrevistados.

**Palavras-Chave:** Residência em saúde; Saúde mental; Atenção psicossocial; Educação permanente.

## ***Introdução***

As especializações *lato sensu* no formato de residências de saúde ocupam hoje um papel estratégico na formação para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), apostando na efetivação de um cuidado centralizado na humanização da assistência e com uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade do cuidado e da intersetorialidade do SUS (Brasil, 2006; Ceccim & Ferla; 2018; Corrêa, Brites, Rocha & Ferreira, 2018; Dallegrave & Ceccim; 2018a; Rosa & Lopes, 2009).

As residências multiprofissionais devem ter a duração mínima de dois anos, com uma carga horária total de 5.760 horas, sendo 80% da carga horária total desenvolvida sob a forma de estratégias educacionais práticas (aprendizagem em serviço) e teórico-práticas (atividades em instâncias de controle social e análise de casos clínicos, por exemplo) e 20% sob forma de estratégias educacionais teóricas (estudos individuais e em grupos). Para que se configurem como trabalho educativo, todas as atividades precisam ser supervisionadas (Ceccim & Ferla; 2018; Corrêa et al., 2018).

Para a supervisão e a orientação, existem as figuras do tutor e do preceptor, que configuram o corpo docente-assistencial dos programas. A caracterização de cada um desses papéis é controversa, pois cada contexto faz uma apropriação particular (Pasini & Pereira, 2018; Pereira, Padilha, Silva & Souza, 2018). De acordo com Botti e Rego (2008), o preceptor tem “o papel de suporte, para ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias (...) em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho” (p.365). Para Pereira, Padilha, Silva e Souza (2018) a preceptoria é o acompanhamento dos residentes pelo trabalhador-preceptor, que tem a função de “instigar o processo de aprendizagem com e entre os residentes” (p.214). Já a tutoria diz respeito ao acompanhamento do processo formativo do residente através de atividades de ensino desenvolvidas, geralmente, por profissionais vinculados às instituições de ensino superior (Pasini & Pereira, 2018). O tutor pode ser entendido como o profissional que acompanha o processo de aprendizagem, mas em uma posição menos próxima do cotidiano da prática, o que deveria possibilitar o ensino de técnicas e habilidades e a busca de conhecimentos, além de oferecer suporte para o residente.

As residências acontecem, predominantemente, com financiamento do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação que, através de editais voltados para instituições formadoras e executoras, oferecem bolsas para residentes de diferentes áreas da saúde (Brasil, 2006). Em geral, o Ministério da Saúde responsabiliza-se pelas bolsas vinculadas a programas em áreas prioritárias para o SUS (Sarmiento, França, Medeiros, Santos & Ney, 2017), como é o caso da saúde mental.

Em levantamento realizado por Dallegrave e Ceccim (2013), foram identificadas 94 teses e dissertações produzidas no Brasil, entre 1987 e 2011, sobre residências em saúde. Do total, apenas cinco teses ou dissertações estavam voltadas para a área/especialidade da Saúde Mental/Psiquiatria, de acordo com categorização proposta pelos autores. Mesmo que este levantamento esteja limitado a um banco de dados, a saber, o Banco de Teses e Dissertações da Capes - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, conclui-se que um baixo número de trabalhos produzidos sobre residências em saúde em programas de pós-graduação *stricto sensu* tem focalizado o tema da saúde mental.

Atualmente existem 29 programas de residência multiprofissional em saúde mental, em dez estados brasileiros, totalizando 300 vagas, de acordo com Onocko-Campo, Emerich e Ricci (2019). Os mesmos autores indicam que são poucos os trabalhos que discutem de maneira aprofundada as bases teóricas e os processos organizativos que dariam sustentação aos programas de residência em saúde mental.

Nesse sentido, publicamos recentemente uma análise dos projetos-políticos pedagógicos de três programas de residência em saúde mental realizados na região metropolitana de Belo Horizonte, a partir de documentos e de entrevistas com coordenadores e ex-coordenadores dos programas. A análise contemplou reflexões sobre a perspectivas teórico-pedagógicas, o trabalho multiprofissional na lógica interdisciplinar e a diversificação das estratégias de cuidado nos projetos estudados (Lima, 2016).

Neste artigo, considerando as discussões sobre o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial (Alarcon, 2005; Amarante, 2007; 2008; 2015; Brasil, 2011; Costa-Rosa, 2000; Leal, 1999; Oliveira & Passos, 2012; Rotelli, 2008; Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001), tomamos os conceitos de itinerário pedagógico singular e de encontros de aprendizagens (Dallegrave, 2013; Dallegrave & Ceccim, 2018a; 2018b), para nos indagarmos sobre a realização dos processos de formação para o trabalho no âmbito de dois programas de residência em saúde mental realizados na região metropolitana de Belo Horizonte.

### *Caminho percorrido*

O presente artigo dá continuidade aos dois momentos anteriores da mesma pesquisa. No primeiro momento analisamos os projetos político-pedagógicos dos programas escolhidos para estudo (Lima, 2016; Lima & Passos, 2019), a saber: a Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) do município de Betim, o Programa de Residências Integradas em Saúde Mental (RISM) do Hospital Metropolitano Odilon Behrens da Prefeitura de Belo Horizonte e a Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares. Em seguida, realizamos um levantamento sobre o perfil profissional e de formação dos ex-residentes, obtendo deles informações objetivas sobre os respectivos programas cursados, através de questionário elaborado com tal finalidade (Lima & Passos, manuscrito). A proposição inicial da terceira etapa, objeto deste artigo, foi entrevistar alguns ex-residentes de todos os programas em estudo para uma discussão em maior profundidade. Todavia, após o convite para as entrevistas, não obtivemos nenhuma resposta de ex-residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares; assim, entrevistamos ex-residentes ligados apenas aos dois outros programas que, coincidentemente, são desenvolvidos integralmente nas RAPS dos respectivos municípios, ou seja, em serviços abertos e de base territorial.

A Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) de Betim, realizada na RAPS do município de Betim, esteve vinculada de 2010 a 2013 à Escola de Saúde de Pública de Minas Gerais (ESP-MG) como instituição formadora, e de 2013 a 2016 a instituição formadora responsável passou a ser a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Em 2016, devido a questões econômicas e políticas, o programa foi encerrado. O Programa de Residências Integradas em Saúde Mental (RISM) do Hospital Metropolitano Odilon Behrens da Prefeitura de Belo Horizonte, atualmente acontece em parceria com a Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Este programa teve início em 2012 e até o ano de 2014 acontecia em parceria com a Faculdade Novos Horizontes. É realizado na RAPS de Belo Horizonte e é, dentre os programas estudados, o que até o momento formou o maior número de especialistas em saúde mental e em psiquiatria.

Entre os meses de fevereiro e março de 2019 realizamos oito entrevistas em profundidade (Moré, 2015; Schraiber, 1995) com ex-residentes desses dois programas. Todas as entrevistas foram realizadas pela mesma pesquisadora, primeira autora do artigo, gravadas com autorização e posteriormente transcritas. O processo de análise do material empírico, fundamentado na análise temática (Minayo, 2010), teve início após as

transcrições. Em um primeiro momento ficamos em contato direto e intenso com o material, realizando leituras verticais dos relatos, privilegiando a compreensão singular de cada entrevista e elaborando um esquema provisório de interpretação de cada uma, à luz do referencial teórico da atenção psicossocial, que orienta a pesquisa. Na sequência, realizamos uma leitura horizontal do conjunto dos relatos, estabelecendo relações entre as narrativas.

A síntese das leituras vertical e horizontal em diálogo com o contexto sociocultural e com nosso referencial teórico permitiu que identificássemos três núcleos temáticos principais, os quais discutiremos a seguir. O primeiro deles trata da *formação em e na rede*, o segundo aborda o *suporte teórico para o percurso formativo* e, por fim, o terceiro diz respeito aos *efeitos-afetos nas subjetividades e trajetórias dos entrevistados*.

### ***Participantes da pesquisa***

Dos vinte ex-residentes convidados para as entrevistas, oito participaram. Foram cinco mulheres e três homens, de categorias profissionais diferentes, a saber: psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional. Os participantes concluíram as respectivas residências entre os anos de 2012 e 2016. Quase todos eram profissionais recém-formados quando ingressaram nos programas de residência, e o que teve mais tempo de trabalho, entre a conclusão da graduação e o ingresso na residência, trabalhou por quatro anos na RAPS de um município mineiro.

Todos eles tiveram algum tipo de contato com o campo da saúde mental durante a graduação, através de disciplinas, atividades de estágio, pesquisa ou extensão. Alguns mencionaram experiências relevantes em estágios curriculares e extracurriculares realizados em serviços da RAPS e em atividades de movimento estudantil vinculadas à saúde pública. Entretanto, todos, graduados em Minas Gerais ou em outro estado, afirmaram que a formação na graduação é insuficiente em termos teóricos e práticos, sobretudo porque consideram que a distância entre a academia e os serviços é um entrave:

O próprio processo de formação universitária acadêmica, assim, técnica, é mais enrijecido de uma certa forma... eu acho que mesmo fazendo os estágios e mesmo indo pros campos, ela [a universidade] **não consegue, dentro da sua capacidade formulativa, trazer as complexidades que a gente encontra** (...) [a universidade] precisa botar o pé no chão mais pra saber o nível de complexidade que as pessoas enfrentam. Eu acho que, de fato, ela precisava **dialogar mais com o serviço**. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

Essa consideração consta como parte das justificativas de criação dos projetos político-pedagógicos dos programas estudados e foram referidas também pelos coordenadores e ex-coordenadores entrevistados (Lima, 2016). Santos (2010) ressalta que essa modalidade de ensino não tem a função de preencher lacunas deixadas pelas etapas anteriores de formação, mas sim de promover uma continuidade. Assim, para a autora, a graduação teria a função de “construir a identidade profissional do sujeito, ao passo que a residência promoveria a capacidade de mobilização dos saberes formais e não formais, na resolução dos problemas de saúde” (p.83). Por isso, a consolidação das residências não encerra o debate acerca das transformações necessárias nos cursos de graduação.

Por outro lado, alguns ex-residentes entrevistados sugerem que atualmente a formação acadêmica está passando por transformações significativas através de mudanças curriculares, conforme o trecho a seguir exemplifica:

Já tem quantos anos que eu formei? Dez, né? Eu vejo... acompanhando... até em congressos, tipo assim, eu já vi aluno de quarto/quinto período falando de outras vivências... O povo tem possibilidade de estágio hoje em dia, coisa que na minha época não tinha... Disciplinas e não sei o quê, várias ações acontecendo. Mesmo que ainda esteja distante, com certeza, está muito menos distante do que na minha época. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019)

Embora a academia tenha lugar privilegiado para formação de trabalhadores da saúde, as reformas curriculares são incipientes e distantes das necessidades da população e, dessa maneira, ainda não produziram mudanças consistentes no perfil profissional (Lobosque, 2018). Além disso, a formação segue, majoritariamente, metodologias que privilegiam a educação bancária (Freire, 1996), embora as Diretrizes Curriculares Nacionais indiquem a necessidade de mudanças metodológicas no processo de ensino-aprendizagem (Azevedo, Hennington & Bernardes, 2016).

Com a fragilidade da formação acadêmica para o trabalho em saúde, alguns ex-residentes relatam que, mesmo tendo realizado estágios na RAPS, não conseguiram se inserir como trabalhadores na rede pública de saúde logo após a graduação. Dessa maneira, a residência aparece como uma oportunidade de aprendizado e ao mesmo tempo como uma possibilidade de inserção no mercado de trabalho, como constatamos em levantamento realizado anteriormente (Lima & Passos, manuscrito). De fato, é de nosso conhecimento e todos os entrevistados relataram que muitos ex-residentes que concluíram algum dos programas estudados estão atuando como trabalhadores da saúde em Belo Horizonte ou em outros municípios (Lima, 2016; Lima & Passos, 2019; Lima & Passos, manuscrito, Lobosque, 2018).

### ***Formação em e na rede***

O trabalho na perspectiva da atenção psicossocial, segundo Erotildes Leal (1999), envolve alguns princípios norteadores: o cuidado é caracterizado pela provisoriidade, já que as respostas variam a cada caso e não podem ser dadas de antemão, além de dependerem das relações entre sujeitos – trabalhadores e usuários – marcados por contradições; os saberes utilizados são limitados para as realidades que se apresentam; e a clínica é marcada pelas incertezas, porque reconhece os seus próprios limites e o fato de que os sujeitos envolvidos estão em permanente ressignificação. A autora afirma que não podemos perder de vista que esses princípios se configuram como uma prescrição e não uma descrição do nosso fazer, por isso, trata-se de uma escolha ética:

O fato de elegermos um certo conjunto de princípios, considerados eticamente desejáveis para nortear o nosso olhar e a nossa prática cotidiana, não nos garante sobre o rumo daquilo que é produzido. Para conhecermos o que efetivamente desenvolvemos, devemos manter acesa nossa curiosidade e a vontade de nos indagar sobre o percurso trilhado. (Leal, 1999, p.49)

No mesmo sentido, Oliveira e Passos (2012) afirmam que a dimensão criativa do trabalho na rede de atenção psicossocial se constitui a partir de uma perspectiva ética, estética e política do processo em rede de produção de saúde. Dessa forma, a perspectiva estética relaciona-se com os movimentos que produzem novos sentidos e formas de vida, a perspectiva ética ressalta a abertura à experimentação de novas formas de fazer, pensar e sentir nas relações entre os sujeitos implicados na coprodução de saúde e, finalmente, a perspectiva política diz respeito às transformações nas instituições e grupos.

Um dos alicerces da proposta das residências é a relação ensino-serviço (Brasil, 2007; Ceccim & Ferla; 2018; Corrêa et al., 2018; Onocko-Campos, Emerich & Ricci, 2019), sendo que a formação deve se realizar “*no e pelo trabalho*” (Dallegrave e Ceccim, 2018a, p.878). Para Vasconcelos e Vieira (2018, p.13), a aprendizagem em serviço acontece através de um esforço pedagógico que parte da realidade concreta dos serviços com o objetivo de “superar uma abordagem mecanicista e tecnicista em saúde, muitas vezes distante das necessidades e da realidade” dos trabalhadores e usuários do SUS.

Justamente pela necessidade da diversificação das estratégias de cuidado, a RMSM de Betim e a RISM de Belo Horizonte asseveram, através de seus projetos político-pedagógicos (PPP), que a formação para o trabalho em saúde mental só é possível na RAPS, em serviços abertos e de base territorial. Esse posicionamento é apresentado nos documentos em que constam os PPP (Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais



[2010]; Prefeitura de Belo Horizonte, 2011), bem como é sustentado por pessoas envolvidas com a execução desses programas (Almeida & Marques, 2018; Lima, 2016; Lima & Passos, 2019; Lobosque, 2017).

Todos os ex-residentes entrevistados destacaram a realização das atividades integralmente nas RAPS dos municípios envolvidos como uma característica fundamental dos programas pelos quais passaram: “Eu considero que tinha uma diversidade interessante de cenários de prática, coisa que acho que você não encontra em todo lugar (Entrevista de pesquisa, março de 2019). Esse tipo de organização influenciou até mesmo a escolha pelo programa: “Eu optei pela residência de saúde mental muito mais por acontecer na rede” (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019).

Na perspectiva da atenção psicossocial, quando falamos de reforma psiquiátrica, não estamos nos referindo a uma mera reestruturação dos serviços. Entendemos que rede a de atenção psicossocial acumula dimensões diversas (Oliveira & Passos, 2012) e a organização dos serviços abertos e de base comunitária em rede é apenas a dimensão funcional. É preciso considerarmos ainda além da dimensão criativa, da qual falamos anteriormente, a dimensão afetiva, que diz respeito a aberturas relacionais e a produção de territórios existenciais; a dimensão intensiva, que resulta de movimentos que possibilitam sua própria transformação; a dimensão pública, vinculada às experiências concretas “dos coletivos implicados nas práticas de produção de saúde” (Oliveira & Passos, 2012, p.180). Os entrevistados valorizam a riqueza dos processos de aprendizagem na RAPS, indicando que a possibilidade de atuar em diferentes serviços abertos e de base territorial abrange diversos fatores que contribuem para a ampliação da noção de trabalho em equipe e para o aprofundamento da noção de cuidado.

Apesar de algumas transformações que vêm ocorrendo nas políticas de assistência e na formação profissional, o que temos hoje de maneira hegemônica ainda é a tendência à uma fragmentação intensa nos núcleos de saberes (Campos, 2000) e nas construções das práticas de cuidado (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013; Merhy, 2010; Rios & Paro, 2018). As residências em saúde, visando atender ao preceito constitucional da integralidade, têm a efetivação do trabalho em equipe como um de seus principais objetivos. Para Onocko-Campos, Emerich & Ricci (2019), as residências precisam, na verdade, superar a encomenda da “multiprofissionalidade”, rumo à construção do trabalho interdisciplinar que exige

o reconhecimento da identidade profissional e especificidades de cada núcleo de formação, com um tempo e espaço para as experimentações de seus limites; reconhecimento dos campos de competência e criação singular de trânsito entre ambos, para cada residente, sobretudo se considerarmos a complexidade da clínica e da gestão dos processos de trabalho na saúde mental no contexto das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e do cuidado em território. (p.3)

Em relação à ampliação da noção de trabalho em equipe, os ex-residentes entrevistados indicam que a experiência instigou diálogos intensos com profissionais de outras especialidades e com profissionais técnicos, transcendendo aquilo que foi possibilitado pela graduação e até mesmo reconfigurando o que haviam aprendido anteriormente. Através das entrevistas, notamos que a residência, de fato, tem o potencial de alargar as possibilidades de atuação profissional no campo da saúde mental ao propor uma certa ruptura com os especialismos. Lembramos que trabalho em equipe é uma característica central na perspectiva da atenção psicossocial (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001) e ressaltamos que não se trata de uma justaposição, mas de uma articulação de ações que permita essa ruptura (Brambatti & Carvalho, 2018; Costa-Rosa, 2000; Onocko-Campos, Emerich & Ricci, 2019). Alguns trechos de entrevistas ilustram essa discussão:

A gente discutia casos que acompanhávamos juntas, lembro de um que já tinha sido acompanhado muito tempo no [serviço A] e que a família se mudou para a Regional [X], então a gente foi fazer a transferência do caso para o [serviço B]. A gente foi ao [serviço B] e aí foi eu e essa médica [residente de psiquiatria]. **A gente foi e conversou com a equipe sobre o caso... Foi uma transferência bem cuidadosa, sabe?** (Entrevista de pesquisa, março de 2019, grifos nossos)

Na graduação, embora eu tenha tido mais ou menos três anos de estágio e pesquisa em saúde mental, eu só podia olhar para a psicologia. Então era estágio de psicólogo, conversava sobre as disciplinas da psicologia. **Quando eu passo para a residência, eu começo a conversar com colegas de outras categorias, então tinha outra visão, né?** (...) A gente vai se despidendo de algumas certezas da psicologia e eu acho que esse foi um ganho. (...) Quando eu comecei a residência, eu já sabia... eu tinha um conteúdo de psicopatologia e das disciplinas mais duras da saúde mental maior do que os meus colegas. Eles não tinham isso na graduação. Mas, em compensação, eles estavam abertos a outras experiências, fazer outras ações. Acho que só me dei conta que às vezes saber demais deixa você preso. Eu acho que da minha turma eu era quem fazia mais atendimento individual, que é uma coisa super tradicional, né? E os meus colegas faziam passeios, saíam com os usuários, estavam mais dispostos onde circulavam. Eu só me dei conta disso quando tinham alguns meses já da residência. **Meio que me abriu pra um outro olhar no cuidado do usuário, sabe?** (...) Acho que nesse ponto a residência foi fundamental na minha formação. (Entrevista de pesquisa, março de 2019, grifos nossos)

Entendemos que essas reconfigurações contribuem para o aprofundamento da noção de cuidado, tendo em vista que os residentes podem reconhecer os limites das suas atuações e compreender o trabalho em saúde na perspectiva da integralidade, como uma relação de legitimação do outro (Gomes, Silva, Pinheiro & Barros, 2010). Nessa perspectiva, os diversos trabalhadores de uma equipe, e os próprios usuários, são compreendidos como

coprodutores das práticas de saúde (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013; Merhy, 2013a; 2013b). O comentário a seguir indica uma abertura nesse sentido:

Eu acho que nem devia ser residência integrada, devia ser residência em processo de integração ou alguma coisa assim, porque isso é uma coisa que o tempo inteiro precisa ser redesenhado, precisa ser reforçado, né? Precisa ser afinado e isso traz muita sabedoria pra gente, né? Assim, porque **é um exercício de ouvir o outro... se você não consegue fazer isso minimamente com o seu colega de trabalho como que você vai conseguir fazer isso com o usuário, com a família?** (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

Essa abertura é uma oportunidade de encontro, sem o qual, o cuidado não acontece (Merhy, 2013a; 2013b; Bottega & Castro, 2018), pois ele “funciona em mão dupla, do trabalhador para o usuário e vice-versa” (Merhy, 2013c, p.256).

Conforme levantamento realizado anteriormente (Lima & Passos, manuscrito) todos os programas de residência em saúde mental da região metropolitana de Belo Horizonte utilizam ou utilizaram o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), como são chamados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos dois municípios, como um cenário de prática – incluindo aqueles voltados para usuários de álcool e outras drogas e os direcionados para o público infantojuvenil. Os dois programas discutidos neste artigo por meio das experiências dos ex-residentes também incluíram os Centros de Convivência e as Unidades Básicas de Saúde. Outros dispositivos, como o Consultório de Rua e as Residências Terapêuticas, foram utilizados em percursos singulares e de acordo com a complexidade de cada RAPS. Por meio das entrevistas foi possível compreender melhor a utilização dos equipamentos nos processos de formação. Constatamos que, embora haja uma organização prévia ou um currículo instituído, cada residente tem um processo ímpar, que depende dos encontros de aprendizagem em contextos bem diversificados. Os encontros de aprendizagem no cotidiano de trabalho podem ser com pessoas, objetos ou cenários; são encontros que convocam o pensamento, provocam deslocamentos e possibilitam novos modos de sermos e de nos relacionarmos (Dallegrave 2013; Dallegrave & Ceccim, 2018a; 2018b).

Nos dois programas parece que o CERSAM assumiu uma certa centralidade na formação e, no geral, os ex-residentes consideraram que este é o tipo de serviço com práticas mais conservadoras: “Eu acho que talvez... o mais conservador tenha sido o CERSAM [X]... isso a rede toda sabia na época também, às vezes eles até brincavam com isso” (Entrevista de pesquisa, março de 2019).

A centralidade e a percepção de que esses serviços possibilitavam uma margem de atuação mais limitada possivelmente relaciona-se com o fato de que muitos ex-residentes indicaram no levantamento feito por meio de questionário a predominância da realização de atividades de cunho individual, como os atendimentos individuais (Lima & Passos, manuscrito). Nesse ponto os dois programas, a RISM de Belo Horizonte e a RMSM de Betim se diferenciam, pois os ex-residentes desta última realizaram atividades coletivas com uma frequência maior, com destaque para a assembleia de usuários (Lima & Passos, manuscrito). Através das entrevistas, compreendemos que em Belo Horizonte, os residentes ficam mais tempo inseridos em algum CERSAM do que em outros serviços. Na experiência de Betim, durante os dois anos, os residentes ficam em mais de um tipo de serviço ao mesmo tempo.

Por outro lado, praticamente todos os ex-residentes comentaram sobre a potencialidade da formação e da atuação profissional quando dispositivos mais territoriais ou abertos, como o Centro de Convivência, o Consultório de Rua e a Unidade Básica de Saúde, eram os cenários de práticas:

[No Centro de Convivência] a gente ia no cinema sempre com os usuários, era muito legal e aprendi a fazer várias coisas... (...) Era uma coisa muito especial (...) Aí tinham todas as **Assembleias, festas...** Esse foi, com certeza o ponto máximo na residência (...) Fui aprendendo coisas que eu não tinha muita noção. Assim, não é só coisa da gente [profissionais], **é coisa da vida mesmo, né? Pra vida.** Eu nem tenho palavras pra descrever, porque realmente foi muito impactante, sabe? (...) Ah! Mentira! **Eu falei ‘o ponto alto foi o Centro de Convivência’, mas é mentira... foram vários pontos altos,** porque foram várias coisas que foram muito legais. Tipo assim, eu não tinha noção do que era **matriciamento** e fui aprender isso tudo com [trabalhadora] no Centro de Saúde, né? Nossa... eu lembro que eu cheguei a **ir em escola**, fazer discussão de atendimento de criança, encaminhamento de criança e adolescente. A escola era muito perto, eu falei ‘ah, deixa eu ir lá na escola’. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

[No Centro de Convivência] **a gente desloca um pouco do nosso lugar de trabalhador, vai pra esse lugar comum e dá uma outra perspectiva** (...) Me surpreendeu o fato de não ter profissional da saúde mental específico e isso foi muito gostoso. (...) Eu não sabia costurar, então foi uma usuária que me ensinou. Ela chegou e falou ‘não, mas não é assim, você está fazendo errado, você vai furar seu dedo’... **Eu não conseguia vislumbrar muito essa possibilidade, né? Assim, inclusive de estarem me ensinando e tudo mais.** A nossa proposta era de ficar com o usuário, circulando, conhecendo e conversando com as pessoas. Então, teve uma vez que um usuário se apaixonou e aí, assim, você vai... tenta manter uma distância, você deixa de ir num dia, você vai no outro... **São coisas do cotidiano de qualquer pessoa, da vida de qualquer pessoa.** (...) Eu comecei em março e até outubro eu não tinha pensado em indicar nenhum usuário pro Centro de Convivência. Depois que eu fui conhecer o dispositivo que eu comecei a vislumbrar e entender as possibilidades. Muitos colegas de trabalho do Cersam não conheciam o potencial do Centro de Convivência. (...) A mesma coisa com o Consultório de Rua, né? Na época, me abriu muito os olhos porque eu comecei no CERSAM AD e depois de um tempo que fui ter a experiência de Consultório de Rua. Aí **eu me sensibilizei muito mais com aquele usuário que estava na minha frente**, com aquela família que pedia internação, porque aí você consegue, de fato, entender a dimensão do problema, porque o que chega pra gente, e aí você vai entender isso depois, não é nem um terço da gravidade do que acontece. **Então isso me ajudou a entender muito melhor como é que se dá a trajetória do sujeito na rede, na vida dele e por aí vai.** (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

A experiência do Consultório de Rua também foi muito legal, acho que **todas essas experiências que aproximam mais a gente do território**, do dia-a-dia dos usuários e tal (...) Acho que a experiência que eu passei me proporciona hoje um olhar para essas questões do território, me **ajuda muito a ver a importância dessas articulações** [entre diferentes serviços e entre diferentes profissionais]. (Entrevista de pesquisa, março de 2019, grifos nossos)

Assim como outros profissionais entrevistados anteriormente (Lima & Passos, 2019), os ex-residentes da RISM de Belo Horizonte destacaram a atuação no Programa de Atenção Assertiva no Território (PIAT), cuja origem ocorreu na própria RISM, como um trabalho coletivo de conclusão de curso, realizado por ex-residentes da primeira turma. Direcionado para as pessoas em situações de sofrimento mental grave com vinculação frágil ou inexistente aos serviços de tratamento e reabilitação psicossocial disponíveis na RAPS (Nascimento et al., 2016), o PIAT foi inspirado em experiências de tratamento assertivo comunitário desenvolvidas nos Estados Unidos, na Inglaterra e na Holanda (Thornicroft & Tansella, 2010).

O PIAT era a integração de todos os serviços. Então a gente fazia a trajetória do usuário, a gente acompanhava, se ele ia no Centro de Saúde a gente ia, se ele ia no CERSAM a gente estava lá junto e **aí a gente precisava integrar**. Então foi só depois, no segundo ano, que eu **fui aprender a fazer articulação de rede** (...) Isso era uma coisa que a gente tinha muito no discurso, mas que a gente não conseguia fazer efetivamente e que eu acho que o PIAT, por exemplo, que **me ajudou a deslocar e colocar o usuário como central**. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

A turma se dividia em equipes por Centros de Saúde. A gente ia nas reuniões, conversava com equipes, com agentes comunitários de saúde (...) É uma experiência que foi muito, muito boa. De você ir no território, chegar naqueles casos *punks* que você fala 'meu deus'. E aí começar essa articulação, fazer visita com ACS, fazer mil coisas para que a pessoa conseguisse ir no CERSAM, para que a equipe do CERSAM conhecesse o caso, porque às vezes a equipe do CERSAM nem sabia que fulano existia. (...) A gente participava das reuniões de matriciamento no Centro de Saúde, fazia a discussão de caso, às vezes eles passavam para a gente alguns casos (...) ou alguns casos que o CERSAM também estava atendendo, mas que estava difícil, que não tinha adesão (...) Foi um período muito bom. Acho que a gente ficou no PIAT durante o segundo ano todo. (Entrevista de pesquisa, março de 2019)

Embora tenha durado pouco tempo, esta parece ter sido uma atividade formativa significativa, referida por diversos entrevistados. Atualmente, os residentes estão prestes a desenvolver um projeto semelhante, porém com foco na intervenção assertiva em casos de primeira crise (Lima & Passos, 2019).

Nessa perspectiva de cuidado e de trabalho em equipe, os ex-residentes acabaram realizando uma certa avaliação dos serviços das respectivas RAPS em que foram inseridos. O processo de formação em serviço possibilitado por uma residência inclui certa flexibilidade no trabalho e o tempo para o estudo. Assim, os residentes têm a oportunidade de observar e pensar sobre a estruturação e o funcionamento da RAPS, em suas múltiplas

dimensões, a partir de um outro lugar que não aquele dos trabalhadores que, “muitas vezes já envolvidos com outras demandas, não estranham mais o cotidiano de trabalho” (Bottega & Castro, 2018, p.57). Uma ex-residente exemplifica narrando uma situação:

Eu ia ter uma festa no Centro de Convivência (...) aí eu era a residente que ia levar os usuários do CERSAM pro Centro de Convivência, porque Centro de Convivência é a coisa mais legal desse mundo, né? (...) Eu lembro que tinha um menino que estava muito em crise e a enfermeira que estava de plantão ficou falando comigo que ele não poderia ir. Aí eu falei ‘não, fulano vai’, aí ela parou muito assustada e falou ‘fulano vai na festa?’, aí eu falei ‘vai, ele quer ir, nós vamos, nós vamos tomar conta’. Tinha mais trabalhador também, aí eu lembro dela falar comigo assim ‘não, [fulana]... **a gente não faz isso aqui**’. Aí eu pensei: ‘**isso o quê?**’. Ela quis me explicar que não era pro menino ir porque ele estava em crise e não sei o quê... (...) Na verdade, o menino foi, eu nem lembro se foi tudo no mesmo dia, mas eu sei que esse menino foi na festa, dançou e adorou. Aí eu ficava pensando assim ‘se a gente for ficar esperando o menino melhorar da crise pra ir numa festa, né? Poxa vida, coitado!’. A festa melhora/pra mim, parecia muito evidente, que a festa ia fazer ele melhorar da crise, **mas aquela pessoa ali super experiente e tal estava no lado da cronificação**, né? De engessar mesmo conduta (...) Esse exemplo, eu lembro dele muitas vezes na vida, porque é isso... Eu era uma pessoa novinha? Tudo bem que eu podia estar meio desavisada, claro, né? Não nego que tinha isso também, mas nem por isso ia desconsiderar, né? (...) O que é que pode estar sendo **instituinte** ali naquele momento... Porque como o povo trabalha muito com situações graves, endurecem muito fácil... (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

Durante as entrevistas alguns chegaram a narrar situações de violência que presenciaram e comentaram sobre o impacto dessas situações nos processos de formação e mesmo para a organização do trabalho nos serviços em que estavam inseridos:

Aquilo foi uma cena muito forte. (...) Naquela noite mesmo eu mandei mensagem para o gerente do [serviço]. E aí rolou uma reunião de equipe (...) O gerente tinha uma outra reunião, ele cancelou a reunião dele pra gente discutir esse caso, porque foi muito [forte], foi muito [forte]. (Entrevista de pesquisa, março de 2019)

Mas tem uma coisa que eu acho que, de fato, diferencia a rede dos outros serviços/dos outros serviços que eu digo manicomial, é que você tem a possibilidade de refazer ou de desfazer uma coisa que ficou muito ruim, né? Então, por exemplo, nessa época eu lembro que a gente levou essa situação pra discussão de equipe, eu me manifestei, eu chorei muito e tal. Então, assim... e disso te sensibilizar e de tocar os outros profissionais... (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019)

Com essas narrativas reafirmamos a complexidade do trabalho na perspectiva da atenção psicossocial, que precisa carregar constantemente a marca da provisoriedade e das incertezas (Leal, 1999), para que diferentes tipos de cronificação possam ser desestabilizados – a cronicidade dos usuários, a dos profissionais e a dos dispositivos de saúde mental (Oliveira & Passos, 2012).

Nesse sentido, Lobosque (1997) apresenta uma proposição sobre o que seria uma clínica antimanicomial: uma prática que deve operar no sentido contrário à exclusão, pautada por três princípios, o da singularidade, o do limite e o da articulação. O primeiro diz respeito à necessidade de perceber que “o sujeito não é único nem idêntico a si mesmo”,

o segundo remete à necessidade de tomar “o limite como um problema lógico, e não moral” e o terceiro aponta para a interdisciplinaridade e para a intersetorialidade (p.22-24).

Os entrevistados identificaram que, enquanto eram residentes, realizavam um trabalho fundamental e que os trabalhadores dos serviços não tinham condições de fazer em função da agenda do cotidiano de trabalho. Hoje, como trabalhadores, são eles que não têm condições de fazer:

Era muito doido porque era isso, ninguém do serviço fazia visita domiciliar, mas a gente fazia. Na raça. Na residência a gente podia fazer isso. (...) E visita domiciliar muda tudo, porque, senão, a gente não tem a mínima noção nem de que família que nós estamos falando. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019)

Eu acho que nós [trabalhadores] temos que fazer todas as funções (...) daquilo que a gente espera que seja o ideal de trabalho [na saúde mental], você tá entendendo? Porque se chega um residente e começa a fazer igual a gente faz hoje aqui no CERSAM, ele não vai fazer aquilo que eu entendo que é o ideal do nosso trabalho. Essa vida com um acolhimento atrás do outro... não consegue fazer visita domiciliar, ir no território, fazer oficina, entendeu? (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019)

Às vezes conseguia sair do serviço pra fazer [atividades] em uma praça, em uma quadra e fazia bastante passeio, a gente saía muito. Ia em cinema, teatro, museus. A gente conseguiu produzir algumas coisas... O residente dando essa contribuição pro serviço nesses momentos, é um ganho. Porque o trabalhador tá lá, mas não consegue fazer muito isso. Não consegue mesmo, e assim, não é por incapacidade dele não, é porque o batidão do serviço enche muito, sabe? A gente tem que se organizar muito bem pra gente conseguir fazer alguma coisa assim mensalmente, bimestralmente... (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019)

Eu tento não ser muito engessada, né? Mas às vezes, a prática vai deixando... A prática não, né?... A vivência mesmo no serviço. Quando você é profissional e tem que cumprir aquilo tudo ali, sabe? (...) E aí você pensa ‘nossa, o que eu estou fazendo para além?’... Sabe? Essa coisa de criar, de inventar... porque eu acho que isso é muito importante no serviço substitutivo. E alguns colegas conseguem fazer essa coisa... ‘Ah, tem o parque aqui do lado... Opa! Vamos fazer a oficina hoje lá’. Mas não é algo fácil, pegar aquele plantão bombando e conseguir... Mas eu acho que a residência, talvez, não sei como seria se eu não tivesse feito, mas eu acho que talvez abriu meus olhos pra isso também, sabe?... De tentar usar mesmo a criatividade, de inovar mais nesses processos para chegar mais no território, não ficar enclausurada dentro do CERSAM, sabe? Porque senão a gente acaba sendo um serviço substitutivo que não substitui muito... Fica aquela prática manicomial dentro de um serviço que seria substitutivo. (Entrevista de pesquisa, março de 2019)

A questão da relação entre programas de residência e a precarização do trabalho em saúde é tema de algumas produções científicas (Abib, 2012; Andrade, 2015; Rosa & Lopes, 2009). Nesse contexto, não são raras as ocasiões em que residentes assumem as responsabilidades de um trabalhador que o serviço está precisando, conforme os entrevistados comentaram:

Eu lembro de levantar de madrugada... e a gente estudava e a gente dava plantão... e no primeiro ano inteiro eu dei vários plantões nos finais de semana (...) Tipo assim, na maior boa vontade, entendeu? Depois que eu fui ver que o povo ganha não sei quanto de plantão extra. Então, eu estava cobrindo buraco da rede, inclusive, né? (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019)

Foi muito pesado sim, porque particularmente no meu estágio, o serviço [CERSAM] estava muito fragmentado de recursos humanos, né? Teria que ter cinco psiquiatras, tinham dois... Então, muitas vezes... Não. Na maioria dos casos, eu não entrei como residente. Eu já entrei na posição de um médico ali, de um psiquiatra... (Entrevista de pesquisa, março de 2019)

Todos os ex-residentes sugeriram que a insuficiência de recursos para os serviços e a consequente precarização do trabalho influencia não apenas os próprios processos de trabalho, incluindo a formação na residência, mas, especialmente, a qualidade do serviço ofertado para a população. Dessa forma, o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial não acontece plenamente e isso ocorre, em grande parte, em função “do sucateamento da rede” (Entrevista de pesquisa, março de 2019).

De toda forma, um dos ex-residentes, hoje trabalhador da saúde mental e preceptor de um programa de residência, destaca a potencialidade da RAPS como campo de formação, rebatendo um argumento comum de que a gravidade da situação de pessoas internadas em hospitais seria mais pertinente para a formação profissional:

Ó, eu acho que **o campo de formação dentro do serviço substitutivo é inigualável**. Melhor campo de formação que tem (...) Eu acho que não dá nem pra você dizer que nos hospitais tem casos muito mais complicados e que ali que é o campo de estudo, que você vai aprender as coisas mais específicas possíveis lá... Eu acredito que não. Acredito que **o campo da rede de serviços substitutivo é muito frutífero, nós estamos cheios de casos muito graves aí que dá pra estudar, dá pra entender, dá pra se formar muito bem** (...) Isso, pra mim, é superado mesmo, é um campo de formação super rico, bem diversificado, assim, dá pra aprender muita coisa. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

Ao considerarmos que a reforma psiquiátrica antimanicomial pretende possibilitar que todos os cuidados possam ser ofertados em uma rede de serviços substitutivos abertos e de base territorial, com a possibilidade da utilização de leitos em hospitais gerais, essa explicitação torna-se fundamental. Sobretudo porque muitos cursos de graduação da área da saúde ainda utilizam o hospital psiquiátrico como local de aprendizado, assim como a grande maioria das residências em psiquiatria e muitas das novas residências em saúde mental (Lobosque, 2018; Pereira, 2009; 2010), em uma lógica médico-centrada ou profissional-centrada, fundada em uma relação de objetificação do outro (Merhy, 2013).



### *Suporte teórico e metodológico para o percurso formativo*

A discussão sobre os aportes teóricos e metodológicos que dão suporte aos programas de residências em saúde mental, conforme mencionamos anteriormente, é escassa, o que pode fragilizar os processos de formação (Onocko-Campos, Emerich & Ricci, 2019). Não podemos perder de vista que essa modalidade de formação deve estar bem fundamentada teórica e pedagogicamente na perspectiva da atenção psicossocial, para que saberes e fazeres aprendidos no campo manicomial e psiquiátrico tradicional tenham menos possibilidade de se reproduzirem nos serviços e estruturas que se pretendem substitutivos (Amarante, 2008).

Nesse sentido, trataremos dos suportes teóricos e metodológicos que estruturam os programas em estudo através da discussão sobre a integração entre programas de residência multiprofissional e residência médica, sobre conteúdos teóricos e sobre a articulação entre as atividades de preceptoria e tutoria com a própria RAPS.

Em relação à integração entre os programas, conforme apontamos em publicações anteriores (Lima, 2016; Lima & Passos, 2019; Lima & Passos, manuscrito), a RISM de Belo Horizonte é o único programa dentre os estudados que conseguiu efetivar a proposta de integração entre residência médica e residência multiprofissional. Embora essa integração não aconteça sem conflitos, conforme alguns profissionais envolvidos com a execução afirmaram (Lima & Passos, 2019), é uma característica valorizada por todos os entrevistados envolvidos com o programa, como exemplifica a fala de um ex-residente:

Quando entrei pra residência era basicamente o tempo inteiro integrado. A gente fazia os seminários todos juntos, os processos de formação, basicamente, todos juntos (...) Algumas coisas que eram mais do campo da medicina, a coisa da medicação... tinham lá suas oficinas separadas, né? (...) Mas a formação junto com os médicos é muito interessante e rompe algumas coisas, algumas barreiras. Tem gente que chega achando que isso não vai dar certo e dá. Eu acho que dá até bastante certo. (...) Acho que tem que ouvir deles o que eles acham. **Pra nós é bom, assim, sempre estar em formação junto com o profissional que você vai estar trabalhando com ele o tempo todo, porque a coisa do serviço substitutivo também... ela mexeu um pouco no poder médico, né?** (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

Um ex-residente de psiquiatria considera que a formação foi importante para a aprendizagem do trabalho em equipe e para um reposicionamento de seu próprio lugar:

É necessário a integração principalmente porque a área de saúde, em si, ela é orientada para o trabalho em equipe, mas na graduação a gente não faz nada junto. (...) **A saúde mental, de certa forma, ela quebra muito paradigma, né?** (...) Eu lembro muito de uma preceptora que falava 'não é só o remédio, a escuta já é um remédio'. **Enfim, isso tudo já quebra no ponto que, assim, que você não tem que responder por toda demanda, né? Assim, vai desconstruindo a posição do médico também, né?** (Entrevista de pesquisa, março de 2019, grifos nossos)

A RMSM de Betim planejava efetivar a integração, conforme a ex-coordenadora entrevistada relatou, mas não foi possível, por isso, apenas algumas atividades pontuais foram realizadas conjuntamente (Lima, 2016, Lobosque, 2017). Os ex-residentes entrevistados relataram que tiveram contatos menos frequentes com os residentes de psiquiatria:

A residência de psiquiatria... ela teve um percurso paralelo de montagem em relação à nossa residência, né? Ela era uma proposição própria do município de Betim e a Escola de Saúde Pública tinha o interesse de aproximar ou integrar. Teve um momento, no caso não é da minha turma, é da turma abaixo da minha, que começou a integração. (...) A relação pessoal com os residentes da psiquiatria sempre foi boa. Tinham umas discussões, mas nada que prejudicasse a relação do aprendizado e do trabalho em si. Agora, do ponto de vista institucional que era mais complicado. (Entrevista de pesquisa, março de 2019)

No caso da RISM de Belo Horizonte, os dois programas, a residência médica e a multiprofissional, foram criados simultaneamente e o projeto político-pedagógico já previa que seria uma residência integrada desde o início, o que, sem dúvida, ameniza um pouco os conflitos.

Em relação à efetivação da carga horária teórica, no levantamento do questionário, constatamos que, de maneira geral, as aulas com residentes de diferentes profissões e as discussões de casos em sala de aula são estratégias metodológicas amplamente utilizadas, com perspectivas teóricas que variam bastante, reunindo produções do campo da saúde mental (Lima & Passos, manuscrito). Entretanto, tanto por meio dos questionários quanto das entrevistas constatamos outra diferença marcante entre a RMSM de Betim e a RISM de Belo Horizonte: a avaliação de satisfação com o processo de tutoria.

Todos os ex-residentes que foram vinculados à RMSM de Betim expressaram muita satisfação com a forma pela qual o programa estruturou suas atividades teóricas, que eram realizadas em um único dia da semana e contavam com a participação dos profissionais da ESP-MG que eram tutores e docentes, dos preceptores e outros trabalhadores da RAPS de Betim e, ocasionalmente, de convidados. Uma ex-residente comentou:

A gente tinha um dia de aula na ESP né? Que era na quinta feira, era um dia concentrado que ia a gente, os preceptores e trabalhadores que quisessem. Eu acho que tinha uma certa negociação, eu não vou lembrar direito... Mas assim, alguns trabalhadores foram liberados para acompanhar os seminários e depois a ESP conseguia inclusive certificar isso para os trabalhadores que não eram diretamente ligados à residência, que não eram preceptores. Então o público era mais ou menos esse. **Tinha trabalhadores dos serviços, inclusive frequentes e atuantes, né?** (...) Na verdade era uma delícia... Era extremamente cansativo, mas era maravilhoso. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifo nosso)

Na estrutura da RMSM de Betim, em único dia da semana aconteciam diferentes atividades teóricas. Havia encontros mais individualizados, com pequenos grupos de residentes e trabalhadores da ESP-MG que atuavam na tutoria, independente de especialidade: “A gente levava questões do serviço e então tinha a supervisão [com os tutores], sobre os processos do trabalho e de casos também né?” (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019). E havia os momentos em que trabalhadores da RAPS de Betim, incluindo os preceptores, integravam o coletivo e aconteciam as outras atividades teóricas e teórico-práticas: o seminário de redes, a aula de psicopatologia psiquiátrica e psicanalítica e a de aspectos históricos e antropológicos da loucura<sup>10</sup>.

Em seminário de redes a gente ia vendo SUS, legislação do SUS, organização e funcionamento do SUS e aí depois entrava outras coisas. (...) [Em aspectos históricos e antropológicos da loucura] a gente pegava Foucault e outros textos, uns textos de antipsiquiatria, psiquiatria comunitária... essas outras experiências de reforma que tiveram, sabe? (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019)

**Iam principalmente os preceptores, mas tinham trabalhadores que iam, alguns mais assíduos, outros mais pontualmente.** Alguns gostavam mais da discussão de redes...para alguns era mais difícil ficar o dia todo, né? O último seminário que era, por exemplo, mais abrangente que eu acho que a gente viajava mais que era o de aspectos históricos e antropológicos [da loucura], acho que nem todo mundo ficava, já estavam cansados e tal. Mas os outros, de discussão de caso, acabava que chamava mais gente. **A supervisão era só para residente.** Então principalmente o seminário de redes e a discussão de caso eles [profissionais da RAPS de Betim] participavam mais. (Entrevista de pesquisa, março de 2019, grifos nossos)

Já os ex-residentes da RISM de Belo Horizonte apresentaram críticas em relação à forma de organização das atividades teóricas e teórico-práticas. Em geral, parece que essa organização tem se transformado desde o início de realização da RISM e, por isso, não há uma regularidade. Os ex-residentes não destacam a presença dos trabalhadores da RAPS nas atividades teóricas de forma mais sistemática, como no caso da RMSM de Betim, e apontam para uma certa fragilidade desse processo:

Tinha muita gente que contribuía nas temáticas da psicanálise, da psicoterapia, da reabilitação psicossocial, do campo do trabalho, campo da formação humana, né? Os diversos campos que tangenciam aí a coisa da saúde mental... Então, tinha contribuição do movimento social dos usuários, da própria cooperativa de trabalho... O sindicato ia fazer o processo de formação com a gente... O povo que dominava, que tinha um pouco mais a prática do campo da psicanálise ia pra algumas oficinas teóricas... **Eu lembro que isso foi se reduzindo aos poucos. Desde o ano que eu entrei, até eu terminar foi reduzindo...** Não sei o porquê... Até dá pra contar várias coisas, assim, alguma centralização em algum sentido... (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

---

<sup>10</sup> A partir das análises dos projetos político-pedagógicos, as atividades teóricas estão descritas com maior detalhamento em Lima (2016).

Então, a gente tinha o núcleo de introdução à saúde mental, que era o núcleo que a gente desenvolveu nos primeiros meses, na época. A maioria das oficinas eram dadas e ainda são dadas [por uma pessoa], mas na época, a gente tinha um corpo docente mais próximo, sabe? **Hoje em dia fica muito/hoje em dia eu acho que está mais frágil, assim, a gente tinha um corpo docente com profissionais de várias categorias.** (...) Então tinham alguns profissionais que têm uma experiência maior na história da loucura, por exemplo, que eram convidados pra falar, mas sempre tinha uma amarração feita pela coordenação. *A gente teve um núcleo muito bacana, de formação em psicanálise.* (...) **Embora eu acho que seja/foi prejudicial pra minha época de residente não conhecer outras formas de conhecer o sujeito, né? (...)** Uma coisa que eu senti falta, enquanto residente, e que era uma das nossas questões, assim, foi justamente da questão da tutoria, né? (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

Atualmente existem módulos para a discussão de conteúdos, mas sem uma organização fixa, o que parece não corresponder às expectativas dos ex-residentes. Eles queixaram-se ainda de uma certa centralização que ocorre, já que são muitas as atividades conduzidas por poucas pessoas, vinculadas à coordenação do programa: “Os residentes vão conseguir apontar um pouco essa falta, né? Não tem como, porque é meio que impossível, assim, é subumano uma ou duas pessoas só conduzirem tudo do processo de formação, assim, né?” (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019). Ressaltamos que todas as críticas foram feitas de maneira cautelosa, sempre acompanhadas por alguma ponderação em relação às atuais condições de trabalho na RAPS do município. E, ainda que com críticas, lembramos que os ex-residentes se declaram satisfeitos com a formação realizada e afirmam que indicariam a RISM de Belo Horizonte para outros profissionais (Lima & Passos, manuscrito).

Talvez as diferentes avaliações do processo de formação teórica, bem mais positivas no caso de Betim, seja um reflexo do fato da RISM de Betim ter contado com o real envolvimento da instituição formadora – a ESP-MG, enquanto a RISM de Belo Horizonte tem sido desenvolvida praticamente sem o envolvimento de uma instituição de ensino.

A proposta da RISM de Belo Horizonte, conforme pudemos compreender, pauta-se na ideia de uma rede-formadora (Lima, 2016; Lima & Passos, 2019) e pretende privilegiar os saberes dos próprios trabalhadores que estão inseridos na rede, conforme uma ex-residente afirmou:

Eu acho que tem um certo distanciamento da universidade, da faculdade, mas é porque tem um processo, uma tendência de tentar valorizar o profissional que está na rede formando. Então tem, desde o começo da residência/eu acho que tem um pouco desse cuidado com os profissionais, né? (...) E eu acho que tem alguns problemas com as instituições formadoras... O MEC e tal, pra poder desenvolver um programa de residência que, imagino eu, de fato forme o profissional pro SUS que o país e que os usuários precisam. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019)

Talvez essa escolha decorra da distância entre a academia e os serviços, conforme discutimos no início do artigo. Todavia, talvez seja uma relação que possa ser repensada em outros termos, sobretudo pela carga de trabalho intensa que os trabalhadores vêm assumindo e falta de investimento financeiro para que os processos de educação permanente aconteçam. Atualmente eles já enfrentam algumas dificuldades como comentaram alguns ex-residentes que atualmente são preceptores:

As residências precisam ser uma prática do Ministério da Saúde mesmo... Tem que ter mais, né? Elas precisam ter um pouco mais de recurso, serem mais robustas, ter mais vagas, sabe? (...) Só que assim, tem que dar mais atenção pra preceptoria, né? **Tem que colocar os preceptores dentro dos recursos de formação de fato. Então aí o estado, o governo municipal, né? Ele precisa entender que a residência é um ganho pra rede, em assistência, em formação, em produção intelectual.** (...) Mas é a realidade, assim, é o que tem. E como a gente acredita muito na residência... A gente poderia meio que falar assim ‘ah, não, nós não vamos topa mais não’. Mas a gente acaba que acredita muito, né? De fato, é um ganho, (...) mas tem as suas precariedades no dia a dia. Então, como a gente acredita, a gente vai se desdobrando pro negócio acontecer, mas é precário. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

No Brasil a gente tem uma questão muito grave, porque você não tem uma carreira, vamos supor, da preceptoria. Então, as pessoas entendem, que ‘ah, mas ele não tá atendendo tanto, ele tá ocupando o tempo como preceptor’ e não entende que o preceptor tem que ter um horário por fora, pra preparar as coisas e tal. Então, fica uma coisa meio incongruente... **Não tem uma remuneração, não tem a garantia de horário preservado/protegido, né?** (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

De acordo com Almeida e Marques (2018), “uma formação de qualidade exige a valorização do preceptor” e para isso é preciso “favorecer o acesso do preceptor, bem como de toda a equipe multiprofissional às atuais abordagens e conhecimentos dos programas educacionais em saúde baseados na metodologia ativa e nos modelos de formação problematizadora, dialógica e construtivista” (p.111). Essas autoras, que atuam em um serviço que recebe para formação residentes de saúde mental e estagiários de diferentes cursos de graduação, afirmam que ainda há pouco investimento nos processos de educação permanente dos trabalhadores inseridos na RAPS de Belo Horizonte.

A partir das entrevistas também consideramos que possivelmente o processo da RMSM de Betim conseguiu estruturar uma organização que contemplava a formação por campo e núcleo (Campos, 2000). Uma proposta que a RISM de Belo Horizonte considera fundamental (Lima, 2016; Lima & Passos, 2019), mas que parece que ainda não foi consolidada. Essa questão remete, finalmente, à questão da relação entre preceptoria, tutoria e coordenação. Alguns ex-residentes apresentaram reflexões interessantes:

Eu fiz o meu campo no [serviço] eu tinha uma assistente social, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional que eram as minhas preceptoras. Então não era sempre que eu estava com a terapeuta ocupacional. A terapeuta ocupacional era quem sentava comigo pra discutir caso, pra gente poder construir projeto terapêutico, essas coisas. Mas, por exemplo, quando eu estava no plantão que não era o dela, aí **eu tinha outros preceptores me apoiando e sustentando o meu processo de aprendizado (...)** Um diferencial, que eu acho, de outras residências, e que eu não sei, ainda, se é bom ou se é ruim, é que a gente não tem tutoria específica, né? Assim, a gente não tem aquele profissional de fora do serviço ali ou uma tutoria por categoria, isso é uma coisa que nunca aconteceu na residência, e ainda, imagino eu, não acontece. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

Eu acho que se você for perguntar pra outros terapeutas ocupacionais que passaram pela residência, eles vão te dizer ‘ah, falta uma preceptorial específica da terapia ocupacional’, ‘um profissional específico da terapia ocupacional me acompanhando’ ou ‘um professor da universidade me dando uma tutoria’(...) Na minha época eu ouvi isso um pouco. Eu não sinto muito a falta disso não porque eu acho que a formação em ambiente diversificado de formações/de especialidades, pra mim, é a melhor. Óbvio que tem especificidades e a especialidade tem que ser respeitada em determinada instância, tem intervenção que eu faço que eu aprendi no campo da formação da terapia ocupacional. (...) Óbvio que trocar ideias com alguns terapeutas ocupacionais foi bom durante o processo de formação, [porque] (...) isso dá clareza sobre algumas intervenções, talvez, específicas. (...) **Enfim, vai ter gente que vai te dizer que anula, chega a se anular as especificidades, sabe? Vai ter gente que vai achar negativo.** Eu tive colegas que falavam assim: ‘ah, não, mas eu vou ficar resolvendo coisa de documento de paciente? Eu nem sei fazer isso’ (...) **Tem que aprender, ué! Isso vai fazer parte do cotidiano, né?** (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

Eu acho que preceptor tem que ser preceptor de campo, independente da categoria. E tem que ser um preceptor que tem uma apropriação da instituição em que ele está e da unidade em que ele está e de um certo contexto mais macro. Por exemplo, não ficar explicando para o residente o que é um plantão, o que é um atendimento, não ficar só discutindo caso, mas discutir a relação desse serviço com a rede. Isso independe de categoria. (Entrevista de pesquisa, março de 2019)

Ressaltamos que o trabalho na RAPS de Belo Horizonte implica a distribuição de responsabilidades igualmente entre os profissionais, sem discriminação de formação (Nilo et al., 2008; Oliveira, Arruda & Carvalhaes, 2018). “A figura do ‘técnico de referência’ é importante para a organização do trabalho em saúde mental no município: qualquer profissional de nível superior, independentemente de sua formação, pode ser responsável por um caso” (Lima & Passos, 2019, p.15). Consideramos que, nesse contexto específico, essa perspectiva além de ter propiciado os importantes tensionamentos apresentados nos trechos anteriores, influenciou os encontros de aprendizagens (Dallegrave, 2013; Dallegrave & Ceccim, 2018a; 2018b), que podem ter instigado construções, dentro dos limites concretos da realidade de cada um dos programas, de itinerários pedagógicos singulares, como uma ex-residente sugeriu:

Quando eu percebia que tinham preceptores não tão bacanas, mas tinham profissionais aplicados com o trabalho e disponíveis pra residência ao mesmo tempo, eu considerava aquelas pessoas preceptoras. Então era assim, eu também elegia as pessoas que eu sabia que dava pra conversar. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019)

### *Efeitos-afetos nas subjetividades e trajetórias dos entrevistados*

Após tantas transformações provocadas pelo movimento da reforma psiquiátrica, o que hoje temos como uma problemática fundamental é a produção de novos processos de formação, de trabalho e novas maneiras de nos relacionarmos com a loucura, “no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados” (Amarante, 2012, p.653).

Em 1994, em um seminário realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), Rotelli iniciou sua conferência intitulada *Formação e construção de novas instituições em saúde mental*, afirmando que o ato de maior coragem científica de Franco Basaglia foi dizer “eu não sei nada sobre a loucura, eu não sei nada sobre este homem ou sobre esta mulher que está à minha frente, que vive dentro de um manicômio” (Rotelli, 2008, p.37). Segundo Rotelli, é essa a postura que deve ser mantida, pois só através dela “poderemos abrir nosso olhar, abrir nossa mente, abrir nosso corpo, abrir a cidade aos loucos” e, então, construir um novo saber, capaz de abarcar as necessidades e a realidade da vida das pessoas (2008, p. 39). Ou seja, precisamos colocar o saber entre parênteses.

É certo que para nenhum dos entrevistados a residência em saúde mental foi uma experiência indiferente. As narrativas a respeito dos processos vivenciados foram intensas, carregadas de afetos:

Você não tem noção do tanto que eu me entreguei afetivamente, inclusive, nesse processo (...) **Foi um divisor de águas** (...) realmente, muita coisa mudou, assim, não só de capacitação profissional, sabe? Coisas pessoais mesmo. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

Eu acho que **foi um marco na minha trajetória**. Eu acho que tanto pela formação em si, mas também pelos afetos, pelas amizades... entendeu? Pela possibilidade de trabalhar com pessoas muito... (...) Às vezes o povo fala que a gente não pode muito puxar o saco, mas eu acho que são muito competentes assim sabe? (...) A gente tinha isso porque o clima era muito bom entre nós, a gente era muito amigo, muito próximo... Os residentes, os tutores, todo mundo... A gente saía pra almoçar... Aí de vez em quando a gente ficava depois para fazer reuniões dos residentes, ia para o boteco. A gente saía morto, mas a gente... Ah! Entendeu? Era muito bom... Foi uma formação mesmo... (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

Então, **foi meio impactante** assim, eu sofri muito, eu fui parar na análise... Mas ao mesmo tempo, [a residência] me deu muita bagagem, assim, de desenvoltura, de correr atrás, né? Angústia? Angústia. Até porque os casos muito graves, eles são graves em qualquer lugar, né? E, às vezes, a gente vem com essa perspectiva do médico que vai resolver, que vai curar, né? A faculdade inteira da medicina é meio assim, né? Tudo tem que resolver e você chega na prática a situação é outra, né? (Entrevista de pesquisa, março de 2019)

A experiência foi... Eu costumo falar com o pessoal... **é uma coisa meio visceral, né? Viver uma residência**. (Entrevista de pesquisa, março de 2019, grifos nossos)

Segundo Dallegrave (2013), quando nos referimos aos encontros de aprendizagens que se efetivam nos programas de residência em saúde, estamos falando de um tipo de relação que carrega em si “as possibilidades de sacudir a instituição, de violentar o já instituído, de produzir novos sentidos para o cotidiano de cuidado” (p.122-123). Obviamente, pelos motivos mais diversos, nem todas as relações estabelecidas nesses processos de formação e trabalho concretizam essa potencialidade, mas são esses encontros que possibilitam aos residentes transformações de seus saberes profissionais, de suas vidas e seus relacionamentos.

Quase todos os ex-residentes entrevistados são hoje trabalhadores do SUS, atuando na saúde mental, concursados ou contratados, atuando diretamente na assistência ou em cargos de gestão. Alguns estão vinculados a programas de residência, como preceptores ou participando de outros tipos de atividade, como é o caso de uma ex-residente que atualmente encontra-se na coordenação de um programa. Uma outra ex-residente trabalha com educação em saúde e é docente no ensino superior. Além do trabalho, eles seguiram estudando e ingressaram em programas de pós-graduação, quase todos concluíram um mestrado. Todos eles são profissionais críticos e comprometidos com uma política pública de saúde de qualidade, conforme expressaram enfaticamente durante as entrevistas.

De acordo com Franco (2013), as experiências que têm como base a reorganização dos processos de trabalho são potencialmente transformadoras, pois os trabalhadores, ao assumirem novas formas de produção de cuidado, também experimentam novos processos de cognição e subjetivação. Nesse sentido, as entrevistas realizadas sugerem que, através de itinerários pedagógicos singulares, a experiência da residência é impregnada de possibilidades de convívio capazes de transformar as relações e as pessoas envolvidas:

[A residência] me ajudou a deslocar e colocar o cuidado como usuário-centrado, eu falo usuário-centrado porque eu tenho várias experiências muito bonitas que me permitiram **ressignificar a minha própria experiência enquanto trabalhadora**. Resignificar mesmo, assim, sabe? De ser mais humilde, de me colocar mais no lugar do outro, de entender um pouco mais a família, porque embora a gente trabalhe muito a questão da família, (...) a gente julga, a gente tem vários pré-conceitos, conceitos pré-concebidos que dificultam muito o alinhamento. Então eu acho que a residência traz um pouco disso, de uma **sensibilização para um olhar, para um cuidado mais humano**. (...) Das experiências mais marcantes que eu tive na residência, o Consultório de Rua foi um marco muito interessante. Eu fiquei umas duas semanas, no mínimo, assim, tentando digerir tudo o que eu tinha visto na rua. Esse impacto, eu acho que é importante pro residente, pra ele se colocar em outro lugar, pra ele enxergar o usuário numa outra perspectiva. **Acho que isso foi muito rico, pessoalmente falando e profissionalmente também**. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)



Para Campos, Cunha e Figueiredo (2013), a formação dos profissionais de saúde “deve assegurar o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais para a compreensão das múltiplas dimensões constitutivas dos sujeitos e coletivos, para o trabalho interdisciplinar e em equipe, e para uma aproximação genuína à complexa realidade das pessoas” (p. 123). Independentemente do tipo de serviço, a resolutividade e a eficácia terapêutica relacionam-se com práticas que se articulam “ao universo emocional, simbólico e cultural dos sujeitos, que remetam a construção de sentidos e que lhes abram possibilidades de ação e responsabilização em relação a si mesmos, à sua rede social e aos seus problemas de saúde” (p. 125). E é justamente por isso que a formação dos profissionais da saúde precisa contemplar, além das ferramentas conceituais e técnicas, a dimensão da experiência relacional, pautada na “sensibilidade para estar em contato com o outro e seu sofrimento, assim como para trabalhar em conjunto e analisar-se permanentemente nessa relação” (p. 125).

Alguns entrevistados ressaltaram que a residência também possibilitou o contato com a realidade da população e um reposicionamento profissional e subjetivo frente a essas condições:

**Eu acho que pra algumas pessoas a residência ela é um processo de desconstrução, assim, dos seus saberes.** Poucas pessoas tem acesso à universidade, a maioria delas tem alguma possibilidade intelectual, financeira, econômica, assim... Um pouco mais equilibrado... Pra conseguir acessar a universidade no Brasil, né? Então, apesar de você sair frágil, você sai muito poderoso, né? Com um diploma, curso superior... Não é todo mundo que tem curso superior, a maioria dos trabalhadores brasileiros são muito precarizados. Então, né? Você sai com um... uma certa autoridade, né? Certa. **Eu acho que a residência na saúde mental ela consegue desconstruir isso um pouco do seu lugar, assim... Você tá ali é pra contribuir de fato com alguma coisa que você aprendeu, assim, sabe? Para pessoas que... sei lá, talvez não tiveram a mesma oportunidade que você... tem um funcionamento social totalmente diferente, assim, né?** Você encontrar com o portador de sofrimento mental em crise ou não... Um caso muito grave de extrema complexidade, assim... ‘e como é que eu consigo contribuir com aquilo?’. Então, eu acho que a residência (...) coloca, sim, o usuário bem no centro. Assim, na verdade, quem coloca o usuário no centro da coisa é o serviço substitutivo... O serviço substitutivo, com todos os problemas que ele tem, assim, ele tem muitos problemas, eu acho, né? E tem as críticas que acontecem... De pequenos manicômios, o manicômio não é só uma instituição, não é só um muro, mas é a prática... Isso tudo é certo, são observações bem sólidas, mas eu lembro da [trabalhadora] falando um negócio, antigamente: “Nós estamos fazendo. Pode ser que estejamos fazendo tudo errado... Pode ser mesmo. Mas a gente faz de porta aberta, sabe? A gente não esconde de ninguém”. Então, eu acho que tem um super avanço, assim, o usuário estando no centro da coisa a gente começa a se preocupar com coisas que a gente não se preocupava, né? Porque a gente vive é com o ser humano. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

Então, tipo assim, eu nunca tinha ido naquelas casas tão sem nada. Então, a residência também trouxe isso, assim, **o que que é a sociedade brasileira, né?** De certo modo o sofrimento mental ok, mas, nessa sociedade que a gente tem... **sem nenhuma maquiagem, né? (...) Eu nunca imaginei algumas coisas com as quais eu trabalhei, eu nunca imaginei que eu fosse dar conta, que fosse tão importante... E são as vidas, né?** A gente tem tanto a vida das pessoas ali na mão da gente... (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019, grifos nossos)

As experiências narradas parecem ter um peso no sentido de dar visibilidade e desnaturalizar as iniquidades em saúde mental (Dimenstein, Siqueira, Macedo, Leite & Dantas, 2017) e isso é fundamental para uma prática de cuidado em saúde integral e comprometida com a transformação social. Espontaneamente, os ex-residentes entrevistados também deram destaque para aspecto político da formação, segundo eles próprios, indissociável do trabalho e do cuidado em saúde:

Um outro ponto que eu acho importante falar é que a residência me deu uma concepção de política (...) Às vezes a gente tem que defender o óbvio... Então, pelo fato da rede ser muito politizada e de entender que isso é importante para defender as coisas... de como que vai acessar, de como que vai, por exemplo, tentar reformular alguma coisa, como que vai defender o SUS, né? (...) ‘Vamos refletir aqui o que tem que melhorar e batalhar’. (...) Eu não tinha noção nenhuma disso, fui ter na residência, na experiência na rede. (Entrevista de pesquisa, março de 2019)

E o outro ponto é entender de maneira muito orgânica que não se dissocia o cuidado da política. Se nós queremos produzir ações de cuidado emancipatórias, nós também temos que nos lançar na esfera política de reivindicação. Aí dentro da política, da militância, mas também com a reflexão sobre a *polis*, sobre a cidade. Como a cidade se organiza e daí para fora do campo da saúde mental. Eu acho que nesse ponto a residência foi fundamental. (Entrevista de pesquisa, março de 2019)

Entendemos que esses reposicionamentos que podem surgir como efeitos-afetos de encontros de aprendizagens em itinerários pedagógicos singulares, possibilitam que os residentes reconheçam os limites das suas atuações profissionais e até mesmo os limites dos serviços da própria RAPS.

Nesse sentido, de acordo com Barboza (2018) poderíamos pensar em três princípios para a Atenção Psicossocial em Saúde Mental, uma contribuição valiosa também para refletirmos sobre os processos de formação para o trabalho nas residências em saúde mental. O primeiro princípio seria a ampliação da densidade da rede no âmbito interpessoal e interorganizacional, potencializando, dessa forma, a intersetorialidade, que praticamente não foi referida pelos ex-residentes entrevistados. O segundo princípio indicado pela autora seria o fortalecimento da RAPS como “espaço para a constituição de redes afetivas que potencializam o cuidado em liberdade, as expressões singulares e a convivência com as diversidades” (Barboza, 2018, p.146). Consideramos que este é o princípio mais contemplado nas narrativas dos ex-residentes quando se referem aos dois anos em que estiveram inseridos em um dos programas. Todavia, após a conclusão da residência, parece que os criativos processos de trabalho instigados na formação perdem espaço no cotidiano, por isso, o terceiro princípio chama atenção: “a necessidade de instituir processos mais democráticos e menos burocratizados de trabalho” (p.149).

Finalmente, todos os ex-residentes indicam que as residências em saúde mental, desde que incluam todas as especialidades e não sejam realizadas em hospitais psiquiátricos, são a melhor opção para a formação para o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. Contudo, o processo acontece nas relações e o mesmo programa que forma um profissional comprometido com o cuidado integral e em liberdade também pode formar um especialista que não está afinado com essa proposta:

Eu acho que a residência, de uma maneira geral, né? Assim, ela consegue colocar o trabalhador no serviço, num processo de ensino-aprendizado efetivo e a gente não tem essa construção na universidade (...) E tem um outro ponto também, assim, que é: quem forma o residente é a rede, né? então assim, se a rede não se coloca de uma maneira muito defensora, assim, inevitavelmente isso é construído junto do residente também. Mas eu falo isso porque, não na época, mas depois disso eu ouvi falar, né? Assim, de um colega ou outro que formou na residência e tinha um movimento mais manicomial. (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019)

Nossa, eu acho que nos últimos tempos, [a residência] foi um dos maiores ganhos que a reforma psiquiátrica deve ter tido. (...) Uma possibilidade de reflexão talvez seja: a construção do serviço substitutivo foi uma luta social encabeçada por usuários, familiares e trabalhadores. Então, eu acho que foi meio que na marra, assim, a construção das leis mesmo, a construção dos próprios serviços... É era tanto problema a se resolver que a gente, assim, eu vou colocar a gente, porque são os nossos antepassados aí, mas que ainda estão por aí... Talvez não deram tanta importância pra formação... A gente deveria ter pensado: ‘nós temos que formar os nossos’! E ainda deixou pro hospital psiquiátrico formar as pessoas que vão trabalhar no serviço substitutivo... O hospital psiquiátrico é um campo de formação gigantesco ainda, né? (...) Eu acho que foi tardio, talvez, seria um processo de expressividade muito maior se ele tivesse/se essas residências tivessem acontecido antes. É nós que temos que formar essas pessoas novas (...) Talvez o futuro seja esse, se a gente conseguir segurar a ideia do tratamento em liberdade no serviço substitutivo... A formação médica feita pelo serviço substitutivo já é sendo um ganho, sabe? (Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019)

Produzir uma formação *lato sensu* que não seja pautada em um modelo muito tradicional de sala de aula, que seja uma formação viva, uma formação em campo, um trabalho vivo mesmo... Eu acho que isso já marca uma diferença que favorece, que tende a uma formação mais pautada pela reforma. Se você faz uma formação na qual [quase toda a] carga horária é destinada (...) para o trabalho, para o dia-a-dia, para o cotidiano, para a relação do cuidado do usuário, eu acho que isso já mostra um pouco que a formação se dá em trabalho e que essas relações são importantes para a formação. Isso não só para a saúde mental, mas para o SUS como um todo. Agora, radicalizando, se for pra pegar pra saúde mental (...) nesse sentido, residência, acho que é fundamental para entender que o usuário tem que ter acesso a outras formas de cuidado, a um outro olhar sobre ele mesmo, perceber que as pessoas olham ele de uma outra maneira, porque isso também é terapêutico, sabe? (...) Agora, se for pensar em residência como um todo, tem muita residência em hospital psiquiátrico por aí, né? A maioria. Tenho colegas que se dizem antimanicomiais que trabalham em manicômios e apostam em residência em hospitais psiquiátricos... Não entendo muito bem isso, mas enfim. Para a reforma psiquiátrica são esses outros passos de cuidado que são fundamentais para a formação. (Entrevista de pesquisa, março de 2019)

### ***Potencialidades e desafios***

A partir das entrevistas, tivemos a impressão de que cada residente vivenciou uma espécie de *itinerário pedagógico singular*, ainda que este não tenha sido intencionalmente elaborado em parceria com os programas nos quais estiveram inseridos. Notamos que, apesar de pontos em comum nos processos formativos, através de *encontros de aprendizagens*, os residentes vivenciaram percursos formativos que foram mais ou menos significativos para eles próprios, de acordo com suas possibilidades afetivas e profissionais.

Todos os ex-residentes entrevistados apontaram como extremamente positiva a organização da residência em serviços abertos e base comunitária, sendo que a grande maioria destacou uma potencialidade maior quando as práticas eram realizadas em serviços menos instituídos ou no próprio território.

De acordo com os relatos, a falta de trabalhadores nos serviços ocasiona uma sobrecarga para os que estão em atividade, o que fragiliza o processo de preceptoria na residência e restringe as atividades de cuidado no cotidiano do serviço. Algumas produções científicas identificam situações semelhantes ou discutem a questão da relação entre programas de residência a precarização do trabalho em saúde. Esta é uma questão que precisa ser, de fato, debatida, para que os direitos e a saúde dos trabalhadores sejam preservados, para que a população tenha assegurado seu direito à saúde e para que se garanta que os processos formativos nas residências ocorram de acordo com suas potencialidades. Os entrevistados relacionaram as situações narradas com a falta de investimento nos processos de educação permanente e com falta de investimento na contratação de recursos humanos, o que acarreta contratos precários, sobrecarga de trabalho e adoecimento dos trabalhadores.

## Referências

- Abib, Leonardo Trápaga (2012). “Caminhando contra o vento...”: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde (Trabalho de Conclusão de Curso). Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, Universidade Federal de Rio Grande Sul, Porto Alegre.
- Alarcon, Sergio. (2005). Da reforma psiquiátrica à luta pela 'vida não-fascista'. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12(2), 249-263. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702005000200002>
- Almeida, Daniela T.; Marques, Maria G. Desafios da formação para o trabalho em saúde mental. In. Almeida, Daniela T.; Nogueira, Maria T. G. (Org.). *Attraversiamo: saberes e experiências sobre o trabalho em saúde mental*. Belo Horizonte: Editora Instituto DH, 2018. p. 105-114.
- Amarante, Paulo (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, Paulo (2008). Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In. Paulo Amarante, Leandra Brasil da Cruz (Org.). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps.
- Amarante, Paulo (2010). Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental. In. Lobosque, Ana Marta (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Amarante, Paulo (2012). Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In. Giovanella, Lígia et al (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, Paulo (2015). *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni.
- Amarante, Paulo (Org.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, Paulo, & Nunes, Mônica de Oliveira (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Andrade, Raquel T. A relação entre trabalho e educação na formação profissional: um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde. 2015. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- Azevedo, Cristina Camelo, Hennington, Élide Azevedo, & Bernardes, Jefferson de Souza (2016). Inte(g)ração Ensino-Serviço e o Fortalecimento do SUS na Primeira Década do Século XXI. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*. 2016, 1(2):84-103. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/2572>

- Barboza, Maria Aline Gomes (2018). *Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental e as redes sociais dos usuários: estudo de caso em um município mineiro* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Bottega, Carla Garcia, & Castro, Thiele da Costa Muller (2018). Cuidado. In. Ricardo Burg Ceccim et al (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida.
- Botti, Sérgio Henrique de Oliveira, & Rego, Sérgio (2008). Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 363-373. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>
- Brambatti, Larissa Polejack, & Carvalho, Wania Maria do Espírito Santo (2018). Equipe. In. Ricardo Burg Ceccim et al (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida.
- Brasil (2006) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2007) Ministério da Educação. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/MS Nº 45. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.
- Brasil (2011) Ministério da Saúde. *Portaria GM 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Campos, G. W. S., Cunha, G. T. & Figueiredo, M. D. (2013). *Práxis e Formação Paidéia: apoio e co-gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- Costa-Rosa, Abílio da. (2000) O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In. Paulo Amarante (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dallegrave, Daniela (2013). *Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as residências no País das Maravilhas* (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Dallegrave, Daniela, & Ceccim, Ricardo Burg (2013). Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(47), 759-776. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000030>
- Dallegrave, Daniela, & Ceccim, Ricardo Burg (2018a). Encontros de aprendizagem e projetos pedagógicos singulares nas residências em Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(66), 877-887. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0020>

- Dallegrave, Daniela, & Ceccim, Ricardo Burg. (2018b). Encontros de aprendizagem. In. Ricardo Burg Ceccim et al (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida.
- Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais [2010] Projeto Político-Pedagógico de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Prefeitura de Betim em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.
- Franco, Túlio Batista (2013). *Produção do cuidado e produção pedagógica: Integração de cenários do SUS*. In. Túlio Batista Franco, & Emerson Elias Merhy (Ed.), Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec
- Freire, Paulo (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 37ed. São Paulo: Paz e Terra.
- Lima, Isabella Cristina Barral Faria (2016). *Residências Multiprofissionais em Saúde Mental na Região Metropolitana de Belo Horizonte: articulações com a perspectiva da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Lima, Isabella Cristina Barral Faria, & Passos, Izabel Christina Friche (2019). Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0020940. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00209>
- Lima, Isabella Cristina Barral Faria, & Passos, Izabel Christina Friche (manuscrito). *Perspectivas de ex-residentes sobre as residências multiprofissionais e integradas em saúde mental da região metropolitana de Belo Horizonte*.
- Lobosque, Ana Marta (2017). Prefácio. In. Coelho, Maria Thereza Ávila Dantas, Nunes, Mônica de Oliveira, & Barreto, Suely Maia Galvão (Org.). Residência em saúde mental [recurso eletrônico]: educando trabalhadores para a atenção psicossocial. Salvador: EDUFBA.
- Lobosque, Ana Marta (2018). Algumas questões sobre a formação em saúde mental. In. Ana Regina Machado et al. (Org.). *A Caminhando contra o vento: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Merhy, Emerson Elias (2010). Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In. Lobosque, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Minayo, Maria Cecília de Souza (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Moré, Carmen Leontina Ojeda Ocampo (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. Santa Catarina, Florianópolis: UFSC.
- Nascimento, Amélia A. et al. (2016). Projeto de Intervenção Assertiva no Território. Projeto de melhoria de cuidado apresentado à Comissão de Residência Multiprofissional do Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte.

- Nilo, Kelly et al. (Orgs.). Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008Oliveira & Passos, 2012;
- Oliveira, Joana Angélica Macedo, & Passos, Eduardo (2012). Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Polis e Psique*, 2(3). <https://doi.org/10.22456/2238-152X.40326>
- Onocko-Campos, Rosana, Emerich, Bruno Ferrari, & Ricci, Ellen Cristina. (2019). Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170813. <https://dx.doi.org/10.1590/interface.170813>
- Pasini, Vera Lucia, & Pereira, Malviluci Campos (2018). Tutoria. In. Ricardo Burg Ceccim et al (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida.
- Pereira, Malviluci Campos, Padilha, Jane Iandora Heringer, Silva, Sandra Corrêa, & Souza, Ana Celina (2018). Preceptoría. In. Ricardo Burg Ceccim et al (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida.
- Pereira, Silvia Maria (2009). Luta Antimanicomial: um movimento que faz o que não existe. In. Ana Marta Lobosque (Org.). *Caderno de Saúde Mental - Universidade e Reforma Psiquiátrica: interrogando a distância*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Pereira, Silvia Maria (2010). Tudo que existe merece perecer. In. Ana Marta Lobosque (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Prefeitura de Belo Horizonte (2011). *Projeto de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental da Rede Municipal de Saúde – PBH*.
- Rosa, Soraya Diniz, & Lopes, Roseli Esquerdo (2009). Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(3), 479-498. <https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000300006>
- Rotelli, Franco (2008). Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In. Paulo Amarante, Leandra Brasil da Cruz (Org.). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps.
- Rotelli, Franco, Leonardis, Ota de, & Mauri, Diana (2001/1986) A instituição inventada. In. Fernanda Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização*. 2ed. São Paulo: Hucitec.
- Santos, Fernanda Almeida dos (2010) *Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Sarmiento, Lidiane de Freitas, França, Tania, Medeiros, Katia Rejane de, Santos, Maria Ruth dos, & Ney, Márcia Silveira. (2017). A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde em Debate*, 41(113), 415-424. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711306>



Schraiber, Lilia Blima. (1995). Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, 29(1), 63-74. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000100010>

Thornicroft, Graham, & Tansella, Michele (2010). *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri: Manole.

Vasconcelos, Ana Paula Silveira de Morais, & Vieira, Sâmia Barros. (2018). Aprender em serviço. In. Ricardo Burg Ceccim et al (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida

## Considerações finais

*Eu achava que a fortaleza da saúde mental estava no serviço e ela está nas pessoas, né? Isso é muito curioso, assim, porque aí você sai dessa dimensão romântica e vai pra uma dimensão mais possível, mais real.*

Entrevista de pesquisa, fevereiro de 2019.

Encerrar uma pesquisa no compasso do tempo burocrático não é tarefa fácil, fica sempre a sensação de que haveria muito mais a ser pensado, a ser perguntando e a ser escrito. Sobretudo neste momento em que vivemos retrocessos tão absurdos no campo das políticas públicas, discutir práticas de formação que têm tamanha potencialidade de transformação, como é o caso das residências em saúde, torna-se algo fundamental.

Tendo como tema central a formação para o trabalho nas residências em saúde mental realizadas na região metropolitana de Belo Horizonte, ao produzir esta tese carreguei o desejo de contribuir para a efetivação de encontros de aprendizagens que possibilitem a construção do cuidado integral e em liberdade.

Nesse sentido, iniciei a tese com um artigo que aborda um dos programas estudados. Para essa escolha, considerei que dentre os dois programas de residência em saúde mental ainda em execução na região, o Programa de Residência Integrada em Saúde Mental do Hospital Metropolitano Odilon Behrens da Prefeitura de Belo Horizonte aproximava-se mais da perspectiva da educação interprofissional e das práticas colaborativas no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Isso se deve ao fato de que os cenários de práticas previstos são exclusivamente os serviços abertos e de base territorial e a formação teórica é vinculada às práticas e pautada no trabalho em equipe. Dessa forma, considerei a experiência discutida um espaço privilegiado de formação para o trabalho em saúde mental no SUS, apesar das fragilidades geradas pelos processos de precarização do trabalho em saúde.

Dando continuidade à pesquisa e deslocando o meu olhar, realizei, por meio de questionário, um levantamento sobre o perfil dos ex-residentes dos programas estudados e retratamos um panorama dos programas por meio do olhar desses atores. Dessa forma, mais de trinta ex-residentes que concluíram a formação entre os anos de 2012 e 2017 participaram. A utilização dos questionários, ainda que com todos os seus embaraços, permitiu a participação de um número maior de ex-residentes de programas diferentes e

possibilitou a emergência de questões que puderam ser exploradas nas entrevistas realizadas posteriormente, como a variação dos campos de estágios e das práticas de supervisão/orientação. Dois deles foram integralmente realizados em serviços abertos e de base territorial, e o terceiro, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares, assumiu a proposta de que os residentes realizassem atividades dentro do hospital psiquiátrico por mais de um ano, algo que já me causava estranheza, e que os próprios residentes criticaram.

Finalmente, procurei compreender como ex-residentes dos programas realizados integralmente na rede de atenção psicossocial descreveriam os impactos da formação sobre suas trajetórias profissionais e de vida. Nesse sentido, constatei que embora as residências tenham um currículo instituído, existem processos singulares que possibilitam que a formação seja, de certa forma, individualizada. Notei que os ex-residentes entrevistados não polarizam dimensões como clínica/política e teoria/prática. Este é um aspecto que eu gostaria ter analisado com mais tempo, pois precisa ser aprofundado. Conforme foi possível observar em algumas entrevistas, o contato com a realidade dos serviços e da população possibilitou alguns deslocamentos subjetivos importantes. Esta é mais uma das potencialidades dos processos formativos realizados no contexto do SUS.

Esse tipo de pesquisa acaba implicando em uma dimensão avaliativa e, considerando que foram estudados três programas, é inevitável que haja uma perspectiva comparativa. Reforço que a perspectiva comparativa que emergiu não se fundamenta em critérios ideais estabelecidos pela pesquisadora, mas decorre da percepção dos próprios ex-residentes e relaciona-se com as características singulares de cada programa e de cada contexto local.

A perspectiva avaliativa aponta ainda para o próprio contexto das redes de atenção psicossocial, pois as práticas de formação que acontecem em rede, invariavelmente, refletem sua organização. Todas as pessoas entrevistadas destacaram que um grande problema é a precarização do trabalho dos técnicos de nível superior, com contratos e salários inadequados. Essa condição impacta nas residências, sobretudo pela falta de incentivos para os trabalhadores que assumem a função de preceptoria, questão que merece a atenção de pesquisas futuras.

Acerca do descompasso entre as experiências de formação tradicionais e as práticas de trabalho desenvolvidas no campo da saúde mental, sem dúvida, algumas instituições formadoras enfrentam dificuldades ou até mesmo se recusam a construir e transmitir

conhecimentos que estejam realmente comprometidos com o cuidado integral e em liberdade. Nesse cenário, ainda que não encerrem a discussão, as residências em saúde mental se apresentam como ousadas e imprescindíveis, pois como foi possível compreender a partir das experiências de ex-residentes, a aprendizagem não se relaciona exclusivamente com a transmissão de conteúdos teóricos ou exclusivamente com a realização das práticas no cotidiano de trabalho.

Conforme os ex-residentes narraram, a aprendizagem em serviço é uma fusão indissociável entre os conteúdos teóricos e a realização das práticas no cotidiano de trabalho, que envolve o trabalho em equipe e a produção do cuidado integral e em liberdade. Essa fusão acontece justamente nos encontros de aprendizagens, nas relações afetivas entre trabalhadores e residentes, entre residentes, usuários e familiares, entre residentes e residentes. Dessa forma, considero que a potencialidade das residências em saúde não está exclusivamente na sua estruturação, mas também nos encontros entre as pessoas que as realizam. Não obstante, a estruturação dos programas, com investimento financeiro adequado e respeito aos trabalhadores envolvidos – residentes e preceptores, é fundamental para possibilitar processos de aprendizagens comprometidos com a reforma psiquiátrica antimanicomial e com perspectiva da atenção psicossocial.

## Referências

- Abou-Yd, Miriam, & Lobosque, Ana Marta (1998). A cidade e a loucura - entrelaces. In: Campos, C. R. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã.
- Abrahão, Ana Lúcia, Azevedo, Flávia Fasciotti Macedo, & Gomes, Maria Paula Cerqueira (2017). A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no centro de atenção psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(1), 55-71. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00041>
- Alarcon, Sergio. (2005). Da reforma psiquiátrica à luta pela 'vida não-fascista'. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12(2), 249-263. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702005000200002>
- Almeida, Anna Laura, & Miranda, Áquila Bruno (2013). Espaço Saúde: a presença do movimento estudantil na formação. In: Ana Marta Lobosque, & Celso Renato Silva (Org.). *Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática*. Belo Horizonte: CRP 04.
- Alverga, Alex Reinecke de, & Dimenstein, Magda (2005). A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: Paulo Amarante (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU.
- Amarante, Paulo (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, Paulo (2008). Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: Paulo Amarante, Leandra Brasil da Cruz (Org.). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps.
- Amarante, Paulo (2010). Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental. In: Lobosque, Ana Marta (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Amarante, Paulo (2012). Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: Giovanella, Lígia et al (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, Paulo (2015). *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni.
- Amarante, Paulo (Org.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, Paulo, & Nunes, Mônica de Oliveira (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Azevedo, Cristina Camelo, Hennington, Élide Azevedo, & Bernardes, Jefferson de Souza (2016). Inte(g)ração Ensino-Serviço e o Fortalecimento do SUS na Primeira Década do Século XXI. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*. 2016, 1(2):84-103. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/2572>
- Babbie, Earl. R. (1999). *Métodos de pesquisa de survey*. Belo Horizonte: Ed. UFMG.
- Barboza, Maria Aline Gomes (2018). *Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental e as redes sociais dos usuários: estudo de caso em um município mineiro* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

- Batista, Nildo Alves (2012). Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, vol. 2.
- Bauer, Martin W., & Aarts, Bas (2012). A construção do corpus: princípios para a coleta de dados qualitativos. In. Martin W. Bauer, & George Gaskell (Orgs.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis/RJ: Vozes
- Bauer, Martin W., Gaskell, George, & Allum, Nicholas C. (2012). Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento – evitando confusões. In. Martin W. Bauer, & George Gaskell (Org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis/RJ: Vozes.
- Beato, Mônica Soares da Fonseca (2015). *Formação sobre políticas públicas para a prática profissional reflexiva: um estudo sobre a graduação em psicologia* (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Bottega, Carla Garcia, & Castro, Thiele da Costa Muller (2018). Cuidado. In. Ricardo Burg Ceccim et al (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida.
- Botti, Sérgio Henrique de Oliveira, & Rego, Sérgio (2008). Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 363-373. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>
- Brambatti, Larissa Polejack, & Carvalho, Wania Maria do Espírito Santo (2018). Equipe. In. Ricardo Burg Ceccim et al (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida.
- Brasil (1992). *9ª Conferência Nacional de Saúde: Municipalização é o caminho – Relatório final*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Brasil (1998). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 287*, de 08 de outubro de 1998. Relaciona categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do CNS. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Brasil (2001). Presidência da República. Casa Civil. *Lei 10.216*, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Brasil (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf)
- Brasil (2004) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2005) Presidência da República. Casa Civil. Lei Federal 11.129. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.

- Brasil (2006) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2007) Ministério da Educação. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/MS Nº 45. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.
- Brasil (2008) Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução 5*, de 25 de setembro de 2008. Estabelece normas para o credenciamento especial de Instituições não Educacionais para oferta de cursos de especialização.
- Brasil (2009). Ministério da Educação. *Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077*. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.
- Brasil (2011a) Ministério da Saúde. *Portaria GM 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Brasil (2011b) Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Resolução 7*, de 8 de setembro de 2011. Dispõe sobre a revogação das normas para o credenciamento especial de instituições não educacionais, na modalidade presencial e a distância, e dá outras providências.
- Campos, G. W. S., Cunha, G. T. & Figueiredo, M. D. (2013) *Práxis e Formação Paidéia: apoio e co-gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- Ceccim, R. B. (2005) Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020> Acesso em: 27 set. 2016.
- Ceccim, R. B. (2009) "Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra" - a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interfaces: comunicação saúde educação*, 13(28), 213-237.
- Ceccim, R. B. (2010a) A Educação Permanente em Saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. In. Lobosque, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004) O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>
- Ceccim, R. B., Silva, M. C. C., Palombini, A. L., & Fagundes, S. M. S (2010) Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: Educação Pós-graduada em Área Profissional da Saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial. In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha & V. L. Pasini (Orgs.), *Residências em saúde*. Fazer e saberes

- na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. (Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição (GHC).
- Cerqueira, L. (1984) *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro, São Paulo: Livraria Atheneu.
- Coelho, Maria Thereza Ávila Dantas, Nunes, Mônica de Oliveira, & Barreto, Suely Maia Galvão (Org.). (2017). Residência em saúde mental [recurso eletrônico]: educando trabalhadores para a atenção psicossocial. Salvador: EDUFBA.
- Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (2018). *Comentários acerca da Portaria 3588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Belo Horizonte: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais.
- Conselho Federal de Psicologia (2011) *Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2016) *Dossiê: Relatório de Inspeção de Comunidades Terapêuticas e Clínicas para Usuários(os) de Drogas no Estado de São Paulo*. Disponível em: [http://edelei.org/\\_img/\\_banco\\_imagens/dossie\\_relatorio\\_crpsp.pdf](http://edelei.org/_img/_banco_imagens/dossie_relatorio_crpsp.pdf)
- Costa, Marcelo Viana da (2016). A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 197-198. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>
- Costa-Rosa, Abílio da. (2000) O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In. Paulo Amarante (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dallegrave, Daniela (2008). *No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde* (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Dallegrave, Daniela (2013). *Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as residências no País das Maravilhas* (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Dallegrave, Daniela, & Ceccim, Ricardo Burg (2013). Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(47), 759-776. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000030>
- Dallegrave, Daniela, & Ceccim, Ricardo Burg (2018a). Encontros de aprendizagem e projetos pedagógicos singulares nas residências em Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(66), 877-887. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0020>
- Dallegrave, Daniela, & Ceccim, Ricardo Burg. (2018b). Encontros de aprendizagem. In. Ricardo Burg Ceccim et al (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida.
- Dallegrave, Daniela, & Kruse, Maria Henriqueta Luce. (2009). No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 213-226. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100018>



- Delgado, Pedro Gabriel (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0020241. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>
- Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M. (2014) O delineamento da pesquisa qualitativa. In. Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Lapemère A, Mayer R, Pires AP, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Emerich, Bruno Ferrari, & Yasui, Silvio. (2016). O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 207-216. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0264>
- Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais [2010] Projeto Político-Pedagógico de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Prefeitura de Betim em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.
- Ferreira, S. R., & Olschowsky, A. (2010). Residências: uma modalidade de ensino. In Ananyr Porto Fajardo, C. M. F. Rocha, & Vera Lucia Pasini (Org.). *Residências em saúde*. Fazeres e saberes na formação em saúde, Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. (Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição (GHC).
- Feuerwerker, Laura Camargo Macruz (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Firmino, Hiram (1982). *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: Codecri.
- Foucault, Michel (2010). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva
- França, Tania, Magnago, Carinne, Santos, Maria Ruth dos, Belisário, Soraya Almeida, & Silva, Cláudia Brandão Gonçalves. (2018). PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. *Saúde em Debate*, 42(spe2), 286-301. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s220>
- Franco, Túlio Batista (2013). *Produção do cuidado e produção pedagógica: Integração de cenários do SUS*. In. Túlio Batista Franco, & Emerson Elias Merhy (Ed.), *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec
- Franco, Túlio Batista, & Merhy, Emerson Elias (2013). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Freire, Paulo (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 37ed. São Paulo: Paz e Terra.
- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG (2016) Instituto Raul Soares (IRS). Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. *Projeto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares/FHEMIG*. (Cadastrado pelo MEC de acordo com a Portaria Conjunta Nº 11 de 18/12/13).
- Garcia da Costa, Everton, & Nebel, Leticia. (2018). O quanto vale a dor? Estudo sobre a saúde mental de estudantes de pós-graduação no Brasil. *Polis (Santiago)*, 17(50), 207-227. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682018000200207>
- Goffman, Erving (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Guattari, Felix, & Rolnik, Sueli (2013). *Micropolítica: cartografia do desejo*. Rio de Janeiro: Vozes. [Publicação original: 1986]

- Hissa, Cássio Eduardo Viana (2013). *Entrenotas: compreensões de pesquisa*. Belo Horizonte: Ed. UFMG.
- hooks, bell (2017). *Ensinando a transgredir. A educação como prática da liberdade*. 2ed. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Lima, Isabella Cristina Barral Faria (2016). *Residências Multiprofissionais em Saúde Mental na Região Metropolitana de Belo Horizonte: articulações com a perspectiva da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Lima, Isabella Cristina Barral Faria, & Passos, Izabel Christina Friche (2019). Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0020940. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00209>
- Lima, Isabella Cristina Barral Faria, & Passos, Izabel Christina Friche (manuscrito). *Perspectivas de ex-residentes sobre as residências multiprofissionais e integradas em saúde mental da região metropolitana de Belo Horizonte*.
- Lima, Mônica, & Santos, Livia. (2012). Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 126-141. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000100010>
- Lima, M., Santos, L., & Araújo, D. (2015). Terrenos educativos em uma residência multiprofissional, na Bahia-Brasil In. Monica de Oliveira Nunes, Maurice Torrenté, & Adriana Prates (Org.). *O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental*. Salvador: EDUFBA.
- Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa, Costa, Ana Maria, & Rizzotto, Maria Lucia Frizon. (2018). Eleições e novos governos: perspectivas para a democracia e para a saúde. *Saúde em Debate*, 42(118), 541-548. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811800>
- Lobosque, Ana Marta (2010). A formação em saúde mental: ousemos avançar. In. Lobosque, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Lobosque, Ana Marta (2012). Uma experiência de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: desterritorializando saberes, descentralizando práticas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 4(10), 197-200.
- Lobosque, Ana Marta (2017). Prefácio. In. Coelho, Maria Thereza Ávila Dantas, Nunes, Mônica de Oliveira, & Barreto, Suely Maia Galvão (Org.). *Residência em saúde mental [recurso eletrônico]: educando trabalhadores para a atenção psicossocial*. Salvador: EDUFBA.
- Lobosque, Ana Marta (2018). Algumas questões sobre a formação em saúde mental. In. Ana Regina Machado et al. (Org.). *A Caminhando contra o vento: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Machado, Marília Novais da Mata (2002). *Entrevista de pesquisa*. Interação pesquisador/entrevistado. Belo Horizonte: Editora C/Arte.

- Martins, A. R., Rosa, K. R. K., Basso, K. F., Orofino, M. M. B., & Rocha, C. M. F. (2010). Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha, & V. L. Pasini (Orgs.) *Residências em saúde. Fazer e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. (Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)).
- Merhy, Emerson Elias (2010). Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In. Lobosque, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Merhy, Emerson Elias (2013a). O cuidado é um acontecimento e não um ato. In T. B. Franco, & E. E. Merhy (Ed.), *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, Emerson Elias (2013b). Ver a si no ato de cuidar. In. Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei Jose Casetto, & Alexandre de Oliveira Hens (Org). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, Maria Cecília de Souza (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- More, Carmen Leontina Ojeda Ocampo (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. Santa Catarina, Florianópolis: UFSC.
- Nascimento, Amélia A. et al. (2016). Projeto de Intervenção Assertiva no Território. Projeto de melhoria de cuidado apresentado à Comissão de Residência Multiprofissional do Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte.
- Nunes, Mônica de Oliveira (2015a). Refletindo sobre a prática de uma residência multiprofissional em saúde mental – produções epistemológicas e pedagógicas. In. Monica de Oliveira Nunes, Maurice Torrenté, & Adriana Prates (Orgs). *O otimismo das práticas - Inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental*. Salvador: EDUFBA.
- Nunes, Mônica de Oliveira (2015b). O importante são as obras, não os autores – o guerreiro do tempo contra o dragão da impermanência. In. Monica de Oliveira Nunes, Maurice Torrenté, & Adriana Prates (Org.). *O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental*. Salvador: EDUFBA.
- Nunes, Mônica de Oliveira, Torrenté, Maurice, & Prates, Adriana (Org.) (2015). *O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental*. Salvador: EDUFBA.
- Oliveira, Marcos Vinicius (2010). A instituição do novo: preparando o trabalho com a coisa mental. In. Lobosque, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Onocko-Campos, Rosana, Emerich, Bruno Ferrari, & Ricci, Ellen Cristina. (2019). Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170813. <https://dx.doi.org/10.1590/interface.170813>
- Organização Mundial da Saúde – OMS. *Redes de Profissões de Saúde, Enfermagem & Obstetrícia, Recursos Humanos para a Saúde*. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Suíça: OMS, 2010

- Pais, José Machado (2013). O cotidiano e a prática artesanal da pesquisa. *Revista Brasileira de Sociologia*. 1(1), 107-128. Disponível em: <http://www.sbsociologia.com.br/revista/index.php/RBS/article/view/26>
- Pasini, Vera Lucia, & Pereira, Malviluci Campos (2018). Tutoria. In. Ricardo Burg Ceccim et al (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida.
- Passos, Eduardo (2013). A construção da clínica comum e as áreas profissionais. In. Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei Jose Casetto, & Alexandre de Oliveira Hens (Org). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Passos, Eduardo (2017). Conferência intitulada “Pesquisa-Intervenção na área da Saúde Coletiva”, proferida no I Seminário Sobre Pesquisa-Intervenção na Saúde Coletiva, realizado pelo Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 24 de novembro de 2017
- Passos, Eduardo, & Benevides de Barros, Regina. (2015). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In. Eduardo Passos et al. (Org). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulinas.
- Passos, Izabel Christina Friche, Reinaldo, Amanda Márcia dos Santos, Barboza, Maria Aline Gomes, Braga, Gilsiane Aparecida Ribeiro, & Ladeira, Kamila Emanuelle. (2016). A rede de proteção e cuidado a crianças e adolescentes do município de Betim/MG e os desafios do enfrentamento ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 583-601. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082016000300005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300005&lng=pt&tlng=pt).
- Passos, Izabel Christina Friche (2009a). *Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais*. Belo Horizonte: Argvmentvm.
- Passos, Izabel Christina Friche (2009b). *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Passos, Izabel Christina Friche, & Barboza, Maria Aline Gomes (2012). Três momentos da Reforma Psiquiátrica brasileira, três modos de inserção da formação “psi” mineira. O que esperar como cenário futuro? In. Walter Melo (Org.). *Que país é este?* São João del Rei: Espaço Artaud.
- Pereira, Malviluci Campos, Padilha, Jane Iandora Heringer, Silva, Sandra Corrêa, & Souza, Ana Celina (2018). Preceptoría. In. Ricardo Burg Ceccim et al (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida.
- Pereira, Silvia Maria (2009). Luta Antimanicomial: um movimento que faz o que não existe. In. Ana Marta Lobosque (Org.). *Caderno de Saúde Mental - Universidade e Reforma Psiquiátrica: interrogando a distância*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Pereira, Silvia Maria (2010). Tudo que existe merece perecer. In. Ana Marta Lobosque (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Pires A. P. (2014a) Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais. In. Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Lapemère A, Mayer R, Pires AP, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes.

- Pires A. P. (2014b) Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupard J, Deslauriers JP, Groulx LH, Lapemère A, Mayer R, Pires AP, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Prefeitura de Belo Horizonte (2011). *Projeto de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental da Rede Municipal de Saúde – PBH*.
- Prefeitura de Betim (2014) Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Betim (2014-2017)*. Betim: Prefeitura de Betim
- Reeves, Scott (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 185-197. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>
- Ribeiro, Regina Céli Fonseca (2017). *Experiências autonomistas em saúde mental: possibilidades de empoderamento* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Romagnoli, Roberta Carvalho. (2009). A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 166-173. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000200003>
- Rosa, Soraya Diniz, & Lopes, Roseli Esquerdo (2009). Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(3), 479-498. <https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000300006>
- Rotelli, Franco (2008). Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: Paulo Amarante, Leandra Brasil da Cruz (Org.). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps.
- Rotelli, Franco, Leonardis, Ota de, & Mauri, Diana (2001/1986) A instituição inventada. In: Fernanda Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização*. 2ed. São Paulo: Hucitec.
- Santos, Daniene Cássia dos (2018). Caminhos e descaminhos da formação em saúde mental. In: Ana Regina Machado et al. (Org.). *A Caminhando contra o vento: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Santos, Fernanda Almeida dos (2010) *Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Sarmiento, Lidiane de Freitas, França, Tania, Medeiros, Katia Rejane de, Santos, Maria Ruth dos, & Ney, Márcia Silveira. (2017). A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde em Debate*, 41(113), 415-424. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711306>
- Schraiber, Lilia Blima. (1995). Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, 29(1), 63-74. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000100010>
- Thornicroft, Graham, & Tansella, Michele (2010). *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri: Manole.
- Torres, Maria Odete (2015). *"O Teatro Mágico" das Residências em Saúde no Brasil: caminhos de uma política pública* (Tese de Doutorado). Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

- Trajano, Ana Rita Castro, & Silva, Rosemeire Aparecida (2012). Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. *Polis e Psique*, 2, p. 16-36. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40318>
- Uebel, Ana Cristina, Rocha, Carolina Medeiros, & Mello, Vânia Roseli Correa (2003). Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). *Boletim de Saúde*, Porto Alegre, 17(1), p. 117-23.
- Vasconcelos, Ana Paula Silveira de Morais, & Vieira, Sâmia Barros. (2018). Aprender em serviço. In. Ricardo Burg Ceccim et al (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida.
- Vasconcelos, Michele de Freitas Faria de, & Paulon, Simone Manieri (2014). Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica brasileira. *Psicologia & Sociedade*, 26(spe), 222-234. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000500023>

## Anexo A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Residências Multiprofissionais em Saúde Mental na Região Metropolitana de Belo Horizonte: diálogos com a perspectiva da desinstitucionalização a partir da percepção de ex-residentes

**Pesquisador:** Izabel Christina Friche Passos

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 56054316.1.0000.5149

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.206.385

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa que visa "compreender, a partir da percepção de ex-residentes, como os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte dialogam com a perspectiva da desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica. Dessa maneira, delinearemos três estudos de caso, através da triangulação de métodos. Desenvolvendo linhas convergentes de investigação, utilizaremos fontes de evidências diversas (documentos, entrevistas e questionários) e diferentes métodos de análise, trabalhando quanti e qualitativamente. Os dados serão analisados à luz do referencial teórico da desinstitucionalização, considerando os eixos ético, político e estético do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira". Os métodos de análise dos dados são: estatística descritiva e análise do discurso orientada pela abordagem foucaultiana. A emenda foi solicitada "para ampliar o cronograma e o escopo do projeto visando a elaboração de uma tese de Doutorado".

#### Objetivo da Pesquisa:

(No dizer dos proponentes)

Objetivo Primário:

- O objetivo principal desta pesquisa é compreender, a partir da percepção de ex-residentes,

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.206.385

como os Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde Mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte dialogam com a perspectiva da desinstitucionalização proposta no processo da Reforma Psiquiátrica.

- Objetivo Secundário:

Objetivos específicos: Caracterizar e situar historicamente os três Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde Mental existentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte; Analisar os Projetos Pedagógicos dos três Programas, considerando os eixos ético, político e estético do processo da Reforma Psiquiátrica; Avaliar a apropriação pelos ex-residentes dos três Programas em execução do arcabouço teórico-metodológico descritos nos respectivos Projetos Pedagógicos; Discutir a percepção dos ex-residentes sobre os impactos da formação realizada nos seus respectivos Programas de Residência sobre a atuação profissional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

(No dizer dos proponentes)

**Riscos:** Considerando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no seu item V, "toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Qualquer abordagem implica um risco mínimo, por exemplo, os desconfortos advindos de lembranças desagradáveis. Entretanto, os indivíduos envolvidos na pesquisa serão tratados com dignidade, e respeitados em sua autonomia e interesses. Serão realizados procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade das informações produzidas pela pesquisa, assim como a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes. Os participantes serão esclarecidos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejarem e estarão livres para participar ou não, a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos.

**Benefícios:** A partir das análises a serem realizadas pela pesquisa busca-se contribuir para a compreensão acerca do processo de formação no âmbito das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental, particularmente na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Busca-se também promover a ampliação do debate em torno da problemática estudada, acerca da prática, da cultura e dos projetos de formação profissional no sentido de um maior compromisso com o campo da saúde mental, em especial, visando às diretrizes da Reforma Psiquiátrica na perspectiva da desinstitucionalização. Não será fornecida qualquer gratificação monetária pela participação na pesquisa, tampouco os participantes terão qualquer tipo de prejuízo econômico ou gastos

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



Continuação do Parecer: 2.206.385

monetários para sua participação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para a área da saúde mental. Projeto bem descrito e executável. Previsão inicial de término janeiro de 2017. Com a emenda proposta, a previsão de término se amplia para agosto de 2018.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados: Folha de rosto assinado pela diretoria da Fafich UFMG. Projeto de pesquisa plataforma Brasil. Projeto de pesquisa original. TCLE para questionário online em forma de carta convite. Não têm campo de assinatura por ser online. TCLE para entrevista em forma de carta convite. Parecer consubstanciado com aprovação da CD da Psicologia da UFMG. Termo de compromisso pesquisador. Questionário online com perguntas norteadoras. Modelo de pedido de carta de anuência para programas de residência. Resposta ao parecer do COEP. Emenda.

**Recomendações:**

Recomenda-se aprovação da segunda emenda ao projeto de pesquisa já aprovado pelo COEP-UFMG.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprova-se a segunda emenda do projeto "Residências Multiprofissionais em Saúde Mental na Região Metropolitana de Belo Horizonte: diálogos com a perspectiva da desinstitucionalização a partir da percepção de ex-residentes", da pesquisadora responsável Izabel Christina Friche Passos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_861314_E2.pdf	02/07/2017 20:04:31		Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.206.385

Outros	Encaminhamento_emenda.pdf	02/07/2017 20:00:36	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/07/2017 19:57:13	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Outros	Lima_Isabella_2016.pdf	02/07/2017 19:49:27	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	02/07/2017 19:27:32	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Outros	56054316aprovacao.pdf	26/08/2016 10:22:28	Vivian Resende	Aceito
Outros	56054316parecer.pdf	26/08/2016 10:22:16	Vivian Resende	Aceito
Outros	560543161parece.pdf	05/07/2016 13:27:19	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Outros	560543161aprovacao.pdf	05/07/2016 13:27:00	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Outros	Modelo_de_Solicitacao.pdf	27/06/2016 21:14:16	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Outros	Resposta_Parecer.pdf	27/06/2016 21:12:38	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Questionario_2.pdf	27/06/2016 21:11:00	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Outros	parecer.pdf	13/05/2016 09:49:44	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Isabella_Lima.pdf	13/05/2016 09:48:07	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadoras.pdf	13/05/2016 09:46:45	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Outros	Questionario_online.pdf	26/04/2016 19:05:34	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.pdf	26/04/2016 19:05:14	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista.pdf	14/04/2016 10:23:58	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Outros	Lattes_Isabella_Lima.pdf	14/04/2016 10:23:43	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Outros	Lattes_Izabel_Passos.pdf	14/04/2016 10:23:11	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Outros	560543161emendaassinada.pdf	08/08/2017 09:53:48	Vivian Resende	Aceito
Outros	56054316parecere4assinado.pdf	08/08/2017 09:53:55	Vivian Resende	Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.206.385

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 08 de Agosto de 2017

---

**Assinado por:**  
**Vivian Resende**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00209>

### RESIDÊNCIAS INTEGRADAS EM SAÚDE MENTAL: PARA ALÉM DO TECNICISMO

INTEGRATED RESIDENCIES IN MENTAL HEALTH: BEYOND TECHNICISM

Isabella Cristina Barral Faria Lima <sup>(0000-0002-7993-6834)</sup><sup>1</sup>, Izabel Christina Friche Passos <sup>(0000-0001-9238-8732)</sup><sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.  
<isa.farialima@gmail.com>

**Resumo** Este estudo objetivou analisar, à luz das discussões sobre educação interprofissional e práticas colaborativas no contexto da reforma psiquiátrica, o projeto político-pedagógico de um programa de residências integradas em saúde mental em curso em Belo Horizonte, Minas Gerais. Mediante abordagem qualitativa, foi realizada análise de conteúdo temática do projeto político-pedagógico do programa, que resultou em três temas amplos: perspectiva teórico-pedagógica; diversificação das estratégias de cuidado; trabalho multiprofissional na lógica interdisciplinar. As informações que emergiram foram complementadas e aprofundadas com a realização de entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos na preceptoria e na coordenação do programa. Entre os achados, destacamos a potencialidade do programa para o fortalecimento do processo de desinstitucionalização e de qualificação da política pública de saúde mental, ao possibilitar uma aprendizagem conjunta entre residentes de diferentes áreas e trabalhadores dos serviços envolvidos. Por meio do desenvolvimento de competências necessárias para a realização de um trabalho coletivo e comprometido com a integralidade da assistência em saúde, o programa reforça a necessidade da interprofissionalidade e das práticas colaborativas, indo além do tecnicismo. A aposta na rede de atenção psicossocial como local privilegiado para processos de ensino-aprendizagem, sem a utilização do hospital psiquiátrico, questiona práticas de formação estagnadas e possibilita a ampliação das formas de cuidado.

**Palavras-chave** educação interprofissional; residência em saúde; saúde mental; atenção psicossocial.

**Abstract** The present study had the goal of analyzing, based on the discussions about interprofessional education and collaborative practices in the context of the psychiatric reform, the political-pedagogical project of an integrated residency in mental health program taking place in the city of Belo Horizonte, in the state of Minas Gerais, Brazil. Through a qualitative approach, we performed the analysis of the thematic content of the political-pedagogical project of the program, which resulted in three broad themes: theoretical-pedagogical perspective; diversification of the care strategies; multiprofessional work in the interdisciplinary logic. The information found was complemented and delved into with the performance of semistructured interviews with the actors involved in the tutorship and coordination of the program. Among the findings, we highlight the potential of the program to strengthen the process of deinstitutionalization and of qualification of the mental health public policy, by enabling a joint learning among residents of different areas and workers at the services involved. Through the creation of the necessary competences for the development of a work that is collective and committed to the comprehensiveness of the care in health, the program emphasizes the need for interprofessionality and collaborative practices, going beyond technicism. The choice of the psychosocial care network as a privilege space for teaching-learning processes, without using the psychiatric hospital, questions the stagnant training practices and enables the expansion of forms of care.

**Keywords** interprofessional education; residency in health; mental health; psychosocial care.



Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons.

# Apêndice A

## Questionário online

10/05/2019

Questionário de Pesquisa

### Questionário de Pesquisa

Olá!

Convidamos você, profissional da saúde ex-residente de algum Programa de Residência em Saúde Mental\* da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), para contribuir com esta pesquisa de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Sua participação contribuirá para o entendimento, a partir da percepção de ex-residentes, sobre como os Programas de Residência em Saúde Mental da RMBH dialogam com a perspectiva da atenção psicossocial proposta pela Reforma Psiquiátrica.

Você precisará de aproximadamente 30 (trinta) minutos para responder ao questionário. Não há respostas corretas nem incorretas, e todas as opiniões são importantes para este estudo.

Agradecemos sua colaboração!

\* Ressaltamos que o convite para os(as) profissionais da Medicina relaciona-se à proposta de integração entre os programas de residência multiprofissionais em saúde mental e os programas de residência em psiquiatria.

\*Obrigatório

### Quem deve responder a esta pesquisa? Profissionais da saúde ex-residentes de Programas de Residência em Saúde Mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

#### 1. Você foi residente em saúde mental em qual(quais) dos Programas listados abaixo? \*

(Você poderá marcar mais de uma opção)  
Marque todas que se aplicam.

- Programa de Residência Integrada em Saúde Mental - Prefeitura de Belo Horizonte/Hospital Municipal Odilon Behrens/Faculdade Novos Horizontes (Residência em Psiquiatria e Residência Multiprofissional em Saúde Mental)
- Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais/Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental - Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais/Prefeitura de Betim
- Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/Fundo Municipal de Saúde de Betim

#### 2. Caso você tenha passado por mais de um Programa de Residência em Saúde Mental, qual Programa será escolhido por você como referência para responder a este questionário?

---

---

---

---

---

---

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### Por favor, leia com atenção.

---

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezada/Prezado,

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa "Residências em Saúde Mental na Região Metropolitana de Belo Horizonte: diálogos com a perspectiva da atenção psicossocial a partir da percepção de ex-residentes", que tem como objetivo principal compreender, a partir da percepção de ex-residentes, como os Programas de Residência em Saúde Mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte dialogam com a perspectiva da atenção psicossocial proposta pela Reforma Psiquiátrica.

Utilizaremos procedimentos qualitativos (pesquisa documental e entrevistas) e quantitativos (questionários) para produção e análise dos dados. A partir das análises a serem realizadas pela pesquisa busca-se contribuir para a compreensão acerca do processo de formação no âmbito das Residências em Saúde Mental, particularmente na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Considerando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no seu item V, "toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". De fato, qualquer abordagem implica um risco mínimo, por exemplo, os desconfortos advindos de lembranças desagradáveis suscitados durante uma entrevista. Entretanto, é evidente que sua autonomia e interesses serão preservados. Destacamos que serão realizados procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade das informações produzidas pela pesquisa, assim como a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Ao concordar em participar, você terá acesso a um questionário online autoaplicável, com questões abertas e fechadas que poderão ser respondidas em um local de sua preferência. Você gastará aproximadamente 30 (trinta) minutos para respondê-lo. Algumas (alguns) respondentes serão convidadas(os) a dar entrevistas em um outro momento. As pesquisadoras farão uma devolução sobre os dados analisados ao final da pesquisa.

Os materiais utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, na sala 4040 da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG e, após esse tempo, serão destruídos. As pesquisadoras tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. Você poderá solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou não, a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos.

Lembramos que, por se tratar de uma pesquisa online, ela não está isenta de falhas técnicas decorrentes dessa modalidade de coleta de dados (problemas de sistema; indisponibilidade provisória das páginas; perda das informações e necessidade de reinserção dos dados).

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas através do e-mail da pesquisadora Isabella Lima ([isabarral@ufmg.br](mailto:isabarral@ufmg.br)).

Você pode também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme dados a seguir.

Nome completo da Pesquisadora Responsável: Izabel Christina Friche Passos  
Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Sala 4040  
Tel: (31) 3409-6281 - E-mail: [izabelfrichepassos@gmail.com](mailto:izabelfrichepassos@gmail.com)

Nome completo da Pesquisadora (doutoranda): Isabella Cristina Barral Faria Lima  
Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Sala 4040

Tel: (31) 3409-6281 - E-mail: [isabarral@ufmg.br](mailto:isabarral@ufmg.br)

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais  
Av. Presidente Antônio Carlos, 6627  
Unidade Administrativa II – 2º. Andar – sala 2005  
CEP: 31270-901 – BH – MG – Telefax (31) 3409-4592  
E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

### 3. Nome \*

Ressaltamos que os dados de identificação pessoal não serão divulgados.

---

### 4. Documento de identidade \*

Ressaltamos que os dados de identificação pessoal não serão divulgados.

---

### 5. E-mail \*

Ressaltamos que os dados de identificação pessoal não serão divulgados

---

### 6. Telefone para contato

Ressaltamos que os dados de identificação pessoal não serão divulgados

---

### 7. Ao assinalar a opção “Concordo em participar”, a seguir, você atesta sua anuência com esta pesquisa, declarando que compreendeu seus objetivos, a forma como ela será realizada e os benefícios envolvidos, conforme descrição aqui efetuada. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo em participar desta pesquisa, através de questionário online.
- Não concordo em participar desta pesquisa. *Pare de preencher este formulário.*

## Identificação

Lembramos que não divulgaremos dados que possam identificá-la/o.

### 8. Idade \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 20-25
- 25-30
- Mais de 30
- Mais de 40

**9. Identidade de gênero \****Marcar apenas uma oval.*

- Mulher  
 Homem  
 Outro: \_\_\_\_\_

**10. Autodeclaração étnico-racial \****Marcar apenas uma oval.*

- Amarela  
 Branca  
 Indígena  
 Preta  
 Parda  
 Outro: \_\_\_\_\_

**11. Graduação \****Marque todas que se aplicam.*

- Enfermagem  
 Medicina  
 Psicologia  
 Serviço Social  
 Terapia Ocupacional

**12. Durante a graduação, você participou de algum dos programas listados abaixo? \****(Você pode marcar mais de uma resposta.)**Marque todas que se aplicam.*

- PET - Saúde  
 PET - Saúde da Família  
 PET - Saúde Mental  
 PET - Vigilância em Saúde  
 VerSUS  
 Não participei  
 Outro: \_\_\_\_\_



**13. Durante a graduação, você teve contato com o campo da saúde mental através de: \***

(Você pode marcar mais de uma resposta e pode utilizar o espaço "outro".)

Marque todas que se aplicam.

- Disciplina obrigatória
- Disciplina optativa
- Disciplina eletiva
- Estágio curricular
- Estágio extracurricular
- Iniciação Científica
- Projeto de Extensão
- Grupo de Estudos
- Não tive contato
- Outro: \_\_\_\_\_

**Sobre a sua entrada em um Programa de Residência****14. Por que você escolheu fazer uma Residência em Saúde Mental? \***

(Você pode marcar mais de uma resposta e pode utilizar o espaço "outro".)

Marque todas que se aplicam.

- A residência é um meio facilitador para inserção na área.
- Interesse em fazer uma pós-graduação.
- Interesse em qualificação profissional ou aperfeiçoamento de habilidades técnicas.
- Preocupação com trabalho/ocupação após o término da graduação.
- Remuneração.
- Outro: \_\_\_\_\_

**15. Quais fatores mais influenciaram na sua escolha do Programa de Residência? \***

(Você pode marcar mais de uma resposta e pode utilizar o espaço "outro".)

Marque todas que se aplicam.

- Indicação de terceiros.
- Localização.
- O fato da proposta do Programa relacionar-se com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.
- Reconhecimento da instituição de ensino à qual o Programa está vinculado.
- Reconhecimento da instituição de saúde à qual o Programa está vinculado.
- Outro: \_\_\_\_\_

**Sobre o seu Programa de Residência**

**16. Em que ano você CONCLUIU o Programa de Residência? \****Marcar apenas uma oval.*

- 2011  
 2012  
 2013  
 2014  
 2015  
 2016  
 2017

**17. Você teve acesso ao Projeto Pedagógico do seu Programa de Residência? \****Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**18. As ATIVIDADES PRÁTICAS descritas no Projeto Pedagógico correspondiam ao seu cotidiano na residência? \****(Caso tenha respondido "sim" à pergunta anterior.)**Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Parcialmente  
 Não sei  
 Não se aplica

**19. As ATIVIDADES TEÓRICAS descritas no Projeto Pedagógico correspondiam ao seu cotidiano na residência? \****(Caso tenha respondido "sim" à primeira pergunta desta seção.)**Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Parcialmente  
 Não sei  
 Não se aplica

**Em relação às atividades práticas****20. Em média, você cumpria quantas horas de ATIVIDADES PRÁTICAS por semana durante a residência? \****Marcar apenas uma oval.*

- Menos 30 horas semanais  
 De 30 a 40 horas semanais  
 De 40 a 50 horas semanais  
 De 50 a 60 horas semanais

**21. Quais foram os cenários/campos de prática nos quais você atuou como residente? \***

(Você pode marcar mais de uma resposta e pode utilizar o espaço "outro".)

Marque todas que se aplicam.

- Associação de Usuários
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou CERSAM
- Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas (CAPS AD) ou CERSAM AD
- Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi) ou CERSAMi
- Centro de Convivência
- Consultório de Rua
- Hospital Geral
- Hospital Psiquiátrico
- Pronto Socorro
- Residência Terapêutica
- Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Unidade Básica de Saúde (UBS)
- Outro: \_\_\_\_\_

**22. Você sentiu falta de atuar em algum cenário/campo de prática/dispositivo durante a Residência? \***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

**23. Caso tenha respondido "sim" à pergunta anterior, cite, por favor.**

---

---

---

---

---

**24. Quais eram as ATIVIDADES PRÁTICAS realizadas e a frequência de realização? \****Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
Ação de redução de danos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio matricial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assembleia de usuários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento individual em situação ambulatorial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento individual em situação de internação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento individual de familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Construção de Projeto Terapêutico Singular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de caso clínico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grupo com familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interconsulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oficina geradora de renda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oficina terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plantão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reunião de equipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reunião de gestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vísita domiciliar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**25. Foi realizado algum tipo de avaliação de desempenho da prática do residente? \****Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

**26. Caso tenha respondido "sim" à pergunta anterior, descreva, por favor.**


---



---



---



---



---

**27. Com qual frequência, em média, foi ofertada supervisão no campo de prática? \****Marcar apenas uma oval.*

- Pelo menos uma vez a cada 7 dias
- Pelo menos uma vez a cada 15 dias
- Pelo menos uma vez a cada 30 dias
- Outro: \_\_\_\_\_

**28. Nessas supervisões havia vinculação à perspectivas teóricas? \****Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

29. Caso tenha respondido "sim" à pergunta anterior, descreva, em linhas gerais, quais eram as perspectivas teóricas.

---



---



---



---



---

30. Durante o período de residência, você concretizou novas práticas ou sugeriu alguma mudança no trabalho? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

31. Caso tenha respondido "sim" à pergunta anterior, descreva sucintamente, por favor.

---



---



---



---



---

### Em relação às atividades teóricas ou teórico-práticas

32. Em média, você cumpria quantas horas de ATIVIDADES TEÓRICAS ou TEÓRICO-PRÁTICAS por semana durante a residência? \*

Marcar apenas uma oval.

menos de 6 horas semanais

de 6 a 12 horas semanais

33. Quais eram as ATIVIDADES TEÓRICAS ou TEÓRICO-PRÁTICAS realizadas e a frequência de realização? \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
Apresentação de pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aula com residentes de diferentes profissões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aula com residentes de uma mesma profissão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de caso clínico em aula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de caso clínico em equipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grupo de Estudos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seminário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supervisão Clínico-institucional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supervisão coletiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supervisão individual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. **Você gostaria de mencionar alguma outra ATIVIDADE TEÓRICA ou TEÓRICO-PRÁTICA realizada?**

---

---

---

---

---

35. **Quais das disciplinas ou módulos teóricos listados abaixo você se lembra de ter feito? \***

(Você pode marcar mais de uma resposta e pode utilizar o espaço "outro".)

*Marque todas que se aplicam.*

- Bioética
- Enfermagem e Saúde Mental
- Epidemiologia
- Metodologia Qualitativa
- Metodologia Quantitativa
- Nosologia
- Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso
- Processo de Trabalho em Saúde
- Psicanálise
- Psicologia e Saúde Mental
- Psicopatologia
- Saúde Coletiva
- Saúde Mental
- Seminário de Pesquisa ou Metodologia de Pesquisa
- Serviço Social e Saúde Mental
- Terapia Ocupacional e Saúde Mental
- Outro: \_\_\_\_\_

36. **Você participou de seminários, congressos, colóquios ou outras atividades de formação? \***

*Marque todas que se aplicam.*

- Sim. Organizados pelo próprio Programa de Residência.
- Sim. Organizados por outras instituições.
- Não.
- Outro: \_\_\_\_\_

37. **Você realizou trabalho de conclusão de curso (monografia, artigo ou trabalho equivalente)? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

## Avaliação geral da experiência

38. O que foi **POSITIVAMENTE** marcante na sua Residência? \*

---

---

---

---

---

39. O que foi **NEGATIVAMENTE** marcante na sua Residência? \*

---

---

---

---

---

40. Do que você sentiu falta na sua experiência enquanto residente? \*

---

---

---

---

---

41. Em geral, o acompanhamento da **PRECEPTORIA** foi satisfatório para você? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

42. Em geral, o acompanhamento da **TUTORIA** foi satisfatório para você? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

43. Você acha que o Programa alcançou o objetivo? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Parcialmente

44. Você indicaria o Programa para alguém? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

## Depois de concluída a Residência

**45. Atualmente, qual é a sua atividade principal? \***

(Você pode marcar mais de uma resposta e pode utilizar o espaço "outro".)

Marque todas que se aplicam.

- Estuda
- Estuda (Pós-Graduação Lato Sensu)
- Estuda (Pós-Graduação Stricto Sensu)
- Trabalha
- Está ociosa/ocioso
- Outro: \_\_\_\_\_

**46. Sua atividade atual relaciona-se com a formação durante a Residência? \***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

**Finalizando...****47. Você gostaria de fazer mais algum comentário em relação à sua formação na Residência em Saúde Mental?**

Fique à vontade para realizar qualquer comentário em relação à formação na residência.

---

---

---

---

---

**Sobre esta pesquisa****48. Em outro momento desta pesquisa, você aceitaria receber um convite para uma entrevista? \***

(Para isso, será utilizado o endereço de e-mail e/ou telefone informado durante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

**49. Caso queira indicar novamente telefone ou e-mail para contato, utilize o espaço abaixo.**

---

---

---

---

---



**50. Você gostaria de deixar algum comentário, sugestão ou crítica sobre esta pesquisa?**

---

---

---

---

---

---

Powered by  
 Google Forms