

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Isabella Cristina Barral Faria Lima

**Residências Multiprofissionais em Saúde Mental na Região Metropolitana
de Belo Horizonte: articulações com a perspectiva da atenção psicossocial
da reforma psiquiátrica brasileira**

Belo Horizonte
2016

Isabella Cristina Barral Faria Lima

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 apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social.
Linha de pesquisa: Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação.

Orientadora: Dra. Izabel C. Friche Passos.

Belo Horizonte
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais
2016

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Lima, I. C. B. F. (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.

FICHA CATALOGRÁFICA

150 Lima, Isabella Cristina Barral Faria
L732r Residências multiprofissionais em saúde mental na região
2016 metropolitana de Belo Horizonte [manuscrito] : articulações com a
perspectiva da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira /
Isabella Cristina Barral Faria Lima. - 2016.
180 f.
Orientadora: Izabel Christina Friche Passos.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia

1.Psicologia – Teses. 2.Saúde mental - Teses. 3.Formação profissional
- Teses 4. Psicologia social - 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

Residências Multiprofissionais em Saúde Mental na Região Metropolitana de Belo Horizonte: articulações com a perspectiva da atenção psicossocial da Reforma Psiquiátrica brasileira

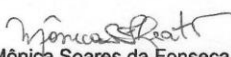
ISABELLA CRISTINA BARRAL FARIA LIMA

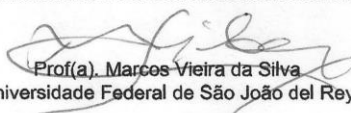
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação.

Aprovada em 25 de novembro de 2016, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). IZABEL CHRISTINA FRICHE PASSOS - Orientador
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS


Prof(a). Claudia Maria Figueiras Penido
UFMG


Prof(a). Mônica Soares da Fonseca Beato
Universidade Federal de São João del Rei


Prof(a). Marcos Vieira da Silva
Universidade Federal de São João del Rey

Belo Horizonte, 25 de novembro de 2016.

AGRADECIMENTOS

Gosto de ser gente porque a História em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo.

Paulo Freire

À professora Izabel Friche Passos por me acolher como sua orientanda desde a graduação, com tanta vivacidade e amor, e apostar nas minhas propostas com alegria e curiosidade, possibilitando que eu vivesse as descobertas desse caminho com prazer. Agradeço imensamente pelo incentivo à minha mudança para o doutorado e pela parceria incansável e afetuosa para a finalização antecipada da dissertação.

Aos profissionais envolvidos com os programas de residência em saúde mental, que cederam generosamente parte de seu tempo e se dispuseram a contribuir na produção desta pesquisa, compartilhando seus conhecimentos e me instigando a trabalhar com dedicação.

Às professoras Cláudia Penido e Mônica Beato e aos professores Marcos Vieira Silva e Fábio Belo por aceitarem prontamente o convite para a avaliação deste trabalho. Agradeço pelas contribuições que certamente me auxiliarão a aprimorá-lo e a refletir sobre os próximos passos.

Àquelas(es) professoras(es) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia que incentivaram que eu pensasse com criatividade, em especial, a professora Cláudia Penido, pelas contribuições desde o momento da qualificação desta pesquisa. Também agradeço às professoras Vanessa Barros e Maria Luísa Nogueira, por serem fontes de inspiração.

À professora Lívia Borges, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, que gentilmente nos auxiliou com todos os trâmites necessários para a mudança de nível para o doutorado. E às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Flávia, Andréa e Carina, que foram fundamentais com as burocracias do caminho e ajudaram sempre que foi preciso, com paciência e disposição.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de pesquisa, fundamental para que eu pudesse me dedicar a este trabalho.

À Daniella Tonizza pela ajuda fundamental na realização da pesquisa. À Sabrina Carozzi e à Darcy Dunton pela disponibilidade em ajudar com a dissertação.

Às amigas que conheci enquanto era residente, Fabiana Lawall, Madelisa Leal e Marina Lobato, sem as quais eu não enfrentaria bem as dificuldades daquele momento. A presença bem-humorada, crítica e sensível delas foi essencial.

À Maria Ângela, que esteve ao meu lado, com sua presença intensamente afetuosa, quando foi preciso colar alguns pedaços de mim para que eu construísse um projeto de mestrado e de vida.

À querida amiga Flávia Rodrigues, com quem tive o enorme prazer de conviver nesse tempo de mestrado. Agradeço pela presença, por todas as leituras do meu trabalho, por todas dúvidas, descobertas, tristezas e alegrias compartilhadas.

Ao restante da equipe de pesquisa do Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais, principalmente Regina, Maria Aline, Breno, Margarete, Maristela, Fábio, Kelly, Ana Luiza, Claudinha, Rinaldo e Laura. Agradeço pelos momentos de aprendizagens e desaprendizagens.

À minha mãe, Denise, meu exemplo de cuidado, determinação e rigor. A sua presença pode ser invisível neste trabalho, mas sem ela, ele não existiria. Agradeço por todas as ajudas e incentivo constante. Agradeço pelo apoio incondicional às minhas escolhas e por todo o amor envolvido em nossas vidas.

À Carol, que esteve ao meu lado em todos os momentos desta pesquisa, desde a idealização, acreditando, às vezes mais do que eu, que era possível e que era importante. Agradeço pela delicada e forte ajuda, mesmo estando “de tese”, e pela fundamental ponte entre a biblioteca da USP e a nossa casa. O caminho se tornou mais leve e alegre com a sua presença ímpar.

A vocês, minha profunda gratidão.

*Vivendo, se aprende; mas o que se aprende, mais,
é só a fazer outras maiores perguntas.*

~ João Guimarães Rosa

RESUMO

São evidentes os avanços que a reforma psiquiátrica trouxe para o campo de assistência à saúde mental no Brasil. Por outro lado, nota-se que ainda existem desafios, pelo descompasso entre os significativos avanços no campo, ocorridos nas últimas décadas, e o processo de formação nos âmbitos da graduação e da pós-graduação. Como uma das estratégias para lidar com as falhas da formação e com demandas relacionadas à complexidade do trabalho no campo da saúde, o Governo Federal, 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, modalidade de formação considerada eficiente estratégia de formação em serviço e espaço privilegiado de formação para o Sistema Único de Saúde. Interrogamos como essa modalidade de formação possibilita a inserção no trabalho no campo da Saúde Mental, a partir do estudo de casos de algumas experiências, indagando em que medida elas estão afinadas com os objetivos e as estratégias da reforma psiquiátrica brasileira. O objetivo principal desta pesquisa é, através da realização de análise de documentos e entrevistas, compreender como os projetos político-pedagógicos dos programas de residência multiprofissional em saúde mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte dialogam com a perspectiva da atenção psicossocial em saúde mental. Dessa forma, caracterizamos e situamos historicamente os três programas de residência multiprofissional em saúde mental estudados, e realizamos uma análise de conteúdo exploratória e comparativa dos respectivos projetos político-pedagógicos. Buscamos, com a pesquisa, contribuir para uma ampliação da compreensão do processo de formação no âmbito das residências multiprofissionais em saúde mental, a partir do estudo de sua implementação na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional. Atenção Psicossocial. Saúde Mental. Formação Profissional em Saúde.

ABSTRACT

The psychiatric reform over the last few decades in Brazil have clearly improved mental health care in the country. However, challenges still exist due to a mismatch between significant advances in the field and the training of undergraduate and postgraduate students. To remedy this problem and meet the complex demands of this area of health, the federal Ministries of Health and Education provide funding and broad support for specializations in the form of a multi-professional residency programs. This format is considered an efficient in-service training strategy well-adapted to the integrated Brazilian health system (Sistema Único de Saúde). We examine the experiences of several participants in these programs to determine whether they accede to appropriate employment in the mental health field, and to evaluate the extent that the programs correspond to updated knowledge and policies in mental health care in Brazil. More specifically, the objective of this research is to understand how the political-pedagogical goals and strategies of the multi-professional residency programs in mental health accommodate psychosocial care perspectives in the larger metropolitan area of Belo Horizonte. Three multi-professional residency programs in mental health will be described and contextualized, accompanied by an exploratory and comparative content analysis of the implementation of their respective political-pedagogical guidelines. We hope that the research will contribute to a broader understanding of the effectiveness of this type of training process in mental health care.

Keywords: multi-professional residency, psychosocial care, mental health, professional medical training

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM-ad	Centro de Referência em Saúde Mental - álcool e drogas
CERSAMi	Centro de Referência em Saúde Mental infantojuvenil
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
ESP/MG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IRS	Instituto Raul Soares
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PPP	Projeto Político-Pedagógico
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RISM	Residência Integrada em Saúde Mental
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
RMSM	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SisCNRMS	Sistema da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1 PERCURSO METODOLÓGICO	18
1.1 Objetivos	19
1.2 Aspectos teórico-metodológicos	19
2 A PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A FORMAÇÃO PARA O TRABALHO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	28
2.1 Breve retomada histórica sobre a reforma psiquiátrica	28
2.2 Formação em saúde: para além das competências técnicas	36
2.3 Os desafios da formação para o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial	47
3 A POLÍTICA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL.....	52
3.1 A residência enquanto pós-graduação <i>lato sensu</i>	54
3.2 Histórico da residência em saúde no Brasil	56
3.3 A residência em saúde como um projeto nacional	61
4 PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: CONFIGURAÇÕES NACIONAIS, MINEIRA E DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE	69
4.1 Programas de Residência em Saúde Mental em Minas Gerais.....	75
4.2 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte	78
4.2.1 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Betim.....	83
4.2.2 O Programa de Residência Integrada em Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte ...	92
4.2.3 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares	98
5 ANÁLISE CRÍTICA DOS PROJETOS POLÍTICO-PEDAGÓGICOS.....	103
5.1 Fundamentação teórico-pedagógica	105
5.2 Trabalho multiprofissional na lógica interdisciplinar	118
5.3 Diversificação das estratégias de cuidado	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS	143
APÊNDICE A	157
APÊNDICE B	158
ANEXO A	160
ANEXO B.....	165
ANEXO C	169

APRESENTAÇÃO

Parto do princípio que somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas. Ou melhor. Mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conservamos. Entretanto, sob qualquer um destes ângulos somos responsáveis pelo que fazemos. Não é possível não nos reconhecermos nos nossos fazeres.

Emerson Elias Merhy

Esta pesquisa de mestrado tem por objetivo analisar os projetos político-pedagógicos dos programas de residência multiprofissionais em saúde mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte e compreender de que maneira dialogam com a perspectiva da saúde mental e da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira.

Os questionamentos que a motivaram surgiram a partir da minha inserção, durante os anos de 2013 e 2014, em um programa de residência em área profissional da saúde¹, quando, juntamente com as oportunidades únicas de aprendizado nos campos de prática, algumas inquietações foram nascendo.

A entrada em um programa de residência foi um objetivo construído ao longo do meu curso de graduação em psicologia na Universidade Federal de Minas Gerais, suscitado a partir de algumas disciplinas do campo da saúde coletiva e da saúde mental, participação em grupos de estudos, projetos de extensão e de pesquisa. A expectativa era de que na residência eu pudesse aprofundar os estudos não só em psicologia, mas também em saúde coletiva, e de que a formação teórica fosse realizada de maneira indissociável da prática.

¹ Adiante, no Capítulo 3, explicitaremos as diferenças entre as modalidades de residência multiprofissional, residência integrada e residência em área profissional da saúde.

Através de pesquisas relacionadas a processos participativos no campo da saúde e de um projeto de extensão de capacitação de conselheiros municipais de saúde, orientados pelo professor Dr. Cornelis van Stralen, logo no começo do curso de graduação tive a oportunidade de conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS) por uma via muito potente: o controle social². Assim pude desenvolver, já nos primeiros períodos do curso, um interesse pela pesquisa e extensão no campo das políticas públicas de saúde.

Além do conhecimento construído dentro e através da Universidade, outras duas experiências foram determinantes no meu percurso. A primeira delas foi a participação, no ano de 2009, no V Curso Interdisciplinar de Formação Político Profissional em Saúde Mental, oferecido pelo 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). Este curso foi fundamental no meu trajeto, pois se tratou de uma oportunidade de conhecer parte da rede de saúde mental de Belo Horizonte, através de uma modalidade de formação bastante diferente do que era oferecido pela academia, pois, além do forte vínculo com movimentos sociais, valorizava, sobretudo, a prática. Por meio deste curso realizei um estágio em um dos Centros de Convivência e Cultura da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte, ampliando de forma surpreendente minha ideia do que poderia ser a reforma psiquiátrica em nosso contexto. Antes disso, eu havia passado por dois semestres de aulas tristes e desconfortáveis, que aconteciam dentro de um hospital psiquiátrico. Essas aulas eram baseadas na apresentação de pacientes. Pereira (2010) expressa de forma objetiva e clara a principal característica que atribuo a esse contexto de formação:

Enquanto aluna, o que esperávamos daquela experiência [as aulas de psicopatologia no hospital] era a tradução do professor acerca daquilo que deveríamos aprender, ou seja, a descrição dos sintomas. E a coincidência dos sintomas com a experiência da loucura diz de uma certa política, que é a política dos hospitais psiquiátricos, onde a loucura coincide com a doença. E uma outra política, a antimanicomial, vem dizer de uma nova relação da loucura com a cultura, em que nesta se insere. (Pereira, 2010, p. 48)

² Destacamos que “no Brasil, a participação popular não é para avaliação de grau de satisfação com a atenção, para cooperação ou extensão comunitária, para a organização de programas de educação para saúde ou consultiva”. Embora não sem dificuldades, “a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde”, por isso, controle social significa direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação” da política de saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004, p. 42).

Foi apenas depois do curso de Formação Político Profissional em Saúde Mental que percebi de fato a Psicologia como pertencente ao campo da saúde e pude construir novos caminhos na minha formação, procurando escapar do fechamento na clínica tradicional e da formação exclusivamente técnica.

A outra experiência de destaque³ foi a imersão voluntária em uma equipe de pesquisa e intervenção em Montreal (Canadá), que trabalha com uma metodologia de formação inovadora que visa minimizar quebras de continuidade entre ações de cuidado desenvolvidas na rede intersetorial de trabalho em saúde (Perreault et al., 2008; Lima & Passos, 2013).

Essas experiências relacionam-se, cada uma a sua maneira, com a questão da formação de profissionais para o trabalho no campo da saúde, questão central desta pesquisa. E relacionam-se profundamente com a maneira pela qual pude vivenciar minha atuação enquanto psicóloga residente, nos diferentes cenários de práticas encontrados. Considero que seja importante esta apresentação de minha trajetória, pois dizem também de minha implicação (Lourau, 2004/1969).

Assim, através dessa caminhada, com encontros bem diversificados, a leitura de produções críticas do campo da saúde coletiva e da saúde mental, além de determinadas produções do campo da psicanálise⁴, tornaram-se algumas de minhas referências, possibilitando que eu colocasse em análise minha prática profissional (e, conseqüentemente, minha formação) durante o 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 (HU/UFJF). Mas como, afinal, a minha atuação enquanto psicóloga residente se desdobrou nesta pesquisa de mestrado? Além das experiências já mencionadas, é importante destacar ainda que, durante a minha graduação, participei de diversas atividades do Projeto PRISMA (Práticas Interdisciplinares de Saúde Mental na Academia), um projeto de pesquisa e extensão desenvolvido pelo Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais do

³ Possibilitada por um programa de intercâmbio institucional da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Université du Québec à Montréal e pelos contatos estabelecidos entre o Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais (L@GIR) e a Universidade McGill, no Canadá. Na ocasião fui generosamente recebida, no Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas, pelo professor Ph.D. Michel Perreault.

⁴ Ainda enquanto estudante de Psicologia, cursei diversas disciplinas e realizei alguns estágios clínicos fundamentados pela psicanálise. De forma mais sistemática e com orientação da professora Dra. Cassandra França, participei do Projeto de extensão em interface com a pesquisa CAVAS (Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual), que se constitui como uma linha de pesquisa ligada ao L@GIR e como um programa de atendimento psicológico a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, realizado junto ao Serviço de Psicologia Aplicada do Departamento de Psicologia, com perspectiva teórico-técnica pautada na teoria psicanalítica.

Departamento de Psicologia da UFMG (L@GIR/UFMG), ambos coordenados, na época, pela orientadora desta pesquisa, a professora Dra. Izabel C. Friche Passos. Desde a participação em grupos de estudos e pesquisas até a organização de importantes eventos relacionados à reforma psiquiátrica, essas atividades me indicaram algumas formas de diálogo entre a academia e esse importante processo social. Dessa maneira, o envolvimento que tive com o campo da Saúde Mental durante a minha formação na graduação me proporcionou uma reflexão sobre o processo de formação enquanto fui residente, especialmente no período em que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi o cenário de prática.

Apenas duas categorias profissionais estavam contempladas com vagas para residentes no CAPS/HU-UFJF: Medicina e Psicologia, sendo que não se tratava de uma residência multiprofissional⁵. No período em que estive lá, o serviço funcionava de maneira predominantemente ambulatorial, especialmente no que se referia às atividades dos residentes de Psiquiatria, e as atividades teóricas comuns para os residentes (discussão de casos clínicos, grupo de estudos e apresentações de pacientes) privilegiavam os estudos psicopatológicos. Destaco que isso não acontecia sem algum desconforto por parte da equipe.

Em uma das reuniões, ouvi de um médico psiquiatra preceptor a afirmativa de que o residente que passasse por aquela instituição estaria preparado para trabalhar em qualquer CAPS do país. A partir de então, alguns questionamentos se fizeram presentes. Qual seria o perfil profissional desejado e estimulado para a realização do trabalho na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e como um programa de residência poderia formar esse profissional? As experiências de residência em saúde mental estariam afinadas com as produções teóricas e com as experiências inovadoras do campo da saúde mental e da saúde coletiva?

A complexificação e o enriquecimento do trabalho no campo da saúde mental, a partir da desinstitucionalização, conforme o já clássico texto de Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), envolveriam, dentre outras condições, a centralidade do trabalho em equipe, a necessidade de autoavaliação vinculada à autotransformação do profissional no trabalho cotidiano e, principalmente, a compreensão de que

⁵ O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental teve início apenas em 2016, tendo como cenário de prática a rede de atenção à saúde, com destaque para o HU/UFJF, o CAPS/HU-UFJF, o CAPS Casa Viva, o CAPS álcool e drogas, o CAPS infantil e o Serviço de Urgência Psiquiátrica/HPS. Foram abertas nove vagas para profissionais de Enfermagem, Psicologia e Serviço Social (Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016).

os diversos tipos codificados de “terapia” (médica, psicológica, psicoterapêutica, psicofarmacológica, social, etc...) são considerados como momentos também importantes, mas redutivos e parciais, sobretudo se isolados e codificados. [...] Além disso, e por consequência, a relação terapêutica tende a ocupar-se de questões afetivas, econômicas, jurídicas, relacionais, dos níveis de estatutos, da família, do trabalho etc... sem cindir estas questões, sem confiá-las a profissionalidades separadas. (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001/1986, p.46)

Sem desconsiderar a indiscutível importância dos estudos psicopatológicos e dos atendimentos clínicos individuais, é possível ou talvez necessário que interroguemos, se a formação não estaria destacando o modelo clínico, mantendo “a doença” como objeto e a “cura” ou “estabilização” como única finalidade terapêutica.

Dessa maneira, comecei a refletir sobre as limitações da minha formação enquanto residente naquele cenário e sobre as dificuldades daquela instituição em possibilitar que a transmissão do conhecimento acontecesse de maneira criativa e inovadora. Embora eu estivesse acompanhando algumas práticas interessantes (assembleia de usuários e reuniões de apoio matricial, por exemplo), era manifesta a sobrevalorização do modelo clínico tradicional, que ocupava, por exemplo, de forma majoritária, os espaços de discussão teórica. Além disso, grande parte dos momentos destinados especificamente aos estudos teóricos aconteceram na perspectiva do ensino bancário, de transferência de conhecimento (Freire, 1996), embora as propostas de ensino nas residências devam pautar-se em abordagens pedagógicas que considerem os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais (Brasil, 2006; 2007a).

Ressalto que apesar das limitações que marcaram a minha experiência e apesar de alguns autores já terem elaborado críticas fortes, como a questão da precarização do trabalho (Rosa & Lopes, 2009), tendo a perceber a residência em saúde como profícua estratégia de formação para o campo da saúde, sobretudo para as práticas relacionadas ao SUS.

No ano de 2015 ingressei no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais com esses questionamentos e grande desejo de conhecer um pouco melhor as residências em saúde mental. Assim, esta pesquisa se faz oportuna no sentido de contribuir para a reflexão crítica sobre a formação no campo da saúde mental. Considerando o tema a ser pesquisado como uma prática sociocultural relacionada com modos de subjetivação e, tendo em vista o comprometimento do processo de formação no campo das políticas públicas com a transformação social, foi pertinente sua vinculação à Linha de Pesquisa *Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação*, na área de concentração da *Psicologia Social*.

A proposta inicial da pesquisa seria, através de uma perspectiva de inspiração etnográfica, abordar um único programa de residência multiprofissional em saúde mental, que havia sido escolhido por ser uma referência importante de formação para o campo no país e por ser um dos primeiros a não utilizar o hospital como cenário de prática. Entretanto, no início de 2016, quando iniciamos a entrada no campo, soubemos que, devido a questões burocráticas e financeiras das instituições responsáveis por sua gestão e execução, o programa seria encerrado em abril do mesmo ano.

Conseqüentemente, foram necessários alguns encontros de orientação para que conseguíssemos modificar a proposta inicial. Depois do levantamento dos programas de residência multiprofissional em saúde mental existentes em Minas Gerais, decidimos realizar uma análise dos três programas da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a partir dos projetos político-pedagógicos e da perspectiva dos ex-residentes. Esta escolha justifica-se pelo contexto de cada um desses programas e também pela viabilidade da pesquisa, como será explicitado no primeiro capítulo.

Após considerarmos que para a realização da pesquisa, como descrita no projeto atual, haveria a necessidade de um tempo maior para a produção e análise dos dados, e tendo em vista a indicação da orientadora desta pesquisa de que o projeto reformulado e ampliado fosse desenvolvido enquanto uma pesquisa de doutorado, encaminhamos a solicitação de mudança de nível, que foi aprovada pelo Colegiado de Pós-Graduação em Psicologia e pela Câmara de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais. Portanto, esta dissertação é a realização da primeira parte da pesquisa, a qual terá continuidade e aprofundamento nos próximos dois anos de doutoramento que se seguirão à defesa desta dissertação.

O aprofundamento da pesquisa no doutorado almeja, a partir das análises e conclusões do presente estudo, investigar a percepção dos ex-residentes sobre como os programas de residência multiprofissional em saúde mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte dialogam com a perspectiva da atenção psicossocial e compreender como descrevem os impactos da formação realizada nos respectivos programas de residência sobre suas trajetórias profissionais. Buscaremos ainda conhecer a apropriação realizada pelos ex-residentes dos três programas sobre o arcabouço teórico-metodológico descrito nos respectivos projetos político-pedagógicos.

Neste momento, apresentaremos, portanto, as análises comparativas dos projetos político-pedagógicos dos programas de residência multiprofissional em saúde mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a partir da análise temática de conteúdo, e discutiremos suas aproximações e distanciamentos em relação à perspectiva da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira.

No capítulo inicial, descrevemos o percurso metodológico realizado na produção desta pesquisa, apresentando os objetivos e os referenciais teórico-metodológicos que dão sustentação ao estudo.

No segundo capítulo, apresentamos uma breve reflexão sobre a formação em saúde, utilizando como referência autores que discutem a formação no campo da saúde, como Gastão Wagner Campos, Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker. Especificamente em relação ao campo da saúde mental, amparando-nos, sobretudo, nas produções de Paulo Amarante, arriscaremos realizar uma articulação entre os desafios da formação e a perspectiva da saúde mental e atenção psicossocial do processo da reforma psiquiátrica.

A Política de Residências em Saúde no Brasil é o foco do terceiro capítulo, que apresenta uma perspectiva histórica e, utilizando os documentos oficiais e a literatura especializada, traz discussões sobre essa modalidade de formação. Nesse capítulo já apresentamos alguns resultados de pesquisa, através da discussão de informações disponibilizadas pelo Ministério da Educação.

As residências escolhidas para estudo são trabalhadas no quarto e quinto capítulos. No quarto capítulo, após apresentarmos alguns dados mais gerais referentes ao contexto brasileiro disponibilizados pelo Ministério da Educação, faremos uma descrição sumária das residências em saúde mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a partir, principalmente, de seus projetos político-pedagógicos, e também utilizando outras referências como Editais de seleção, produções acadêmicas e as entrevistas realizadas com os gestores dos programas. O objetivo é dar ao leitor uma visão geral sobre cada programa. O quinto capítulo é dedicado à análise propriamente dita dos projetos político-pedagógicos das residências multiprofissionais em saúde mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Por fim, apresentaremos nossas considerações finais, que muito longe de serem conclusivas, pretendem abrir novos questionamentos para a continuidade e o aprofundamento da pesquisa.

1 PERCURSO METODOLÓGICO

Uma hipótese

A alegria é um catalisador de uma experiência científica; a tristeza, um inibidor. A tristeza encolhe; como pode um homem triste descobrir algo? Só quem é alegre arrisca. A tristeza é anticientífica.

(Gonçalo M. Tavares, 2010)

Metodologia pode ser definida como o caminho do pensamento atrelado à prática exercida na abordagem da realidade, sendo que “a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)” (Minayo, 2007, p.14). A reflexão metodológica, portanto, não abarca exclusivamente uma discussão sobre métodos e técnicas, mas implica ainda a inventividade do pesquisador e a necessidade de um questionamento sobre o próprio processo de pesquisa.

Desenvolvemos a produção e a análise dos dados a partir de estratégias qualitativas de pesquisa e considerando que a produção de conhecimento ocorre a partir de uma associação entre objetividade e subjetividade. Assim, indicamos que não estamos em alinhamento com uma proposta de neutralidade no fazer científico, pois entendemos que

A concentração do interesse do pesquisador em determinados problemas, a perspectiva em que se coloca para formulá-los, a escolha dos instrumentos de coleta e análise do material não são nunca fortuitos (...) Duas perspectivas se reúnem sempre: o ser pensante é sempre único, sua individualidade é patente; seu modo de conhecer e, portanto, sua imaginação, sua interpretação, seu julgamento de valor são sem dúvida inteiramente pessoais. No entanto, o indivíduo só existe em coletividades de que é parte inseparável; é em sua sociedade e no seu grupo que adquire sua maneira de considerar a ciência, as técnicas de que dispõem são as que neles aprende. (Queiroz, 2008, p.15)

A seguir, descreveremos o percurso metodológico realizado, apresentando os objetivos e os referenciais teórico-metodológicos que dão sustentação a esta pesquisa.

1.1 Objetivos

O objetivo principal desta pesquisa é compreender como os projetos político-pedagógicos dos programas de residência multiprofissional em saúde mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte dialogam com a perspectiva da atenção psicossocial do processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Objetivos específicos:

- Caracterizar e situar historicamente os três programas de residência multiprofissional em saúde mental existentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte;
- Realizar análise de conteúdo temática exploratória e comparativa dos projetos político-pedagógicos dos programas de residência multiprofissional em saúde mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

1.2 Aspectos teórico-metodológicos

A proposta inicial de pesquisa, como descrevemos anteriormente, era abordar um único programa de residência multiprofissional em saúde mental, através de uma perspectiva de inspiração etnográfica. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Betim havia sido escolhido intencionalmente por ser uma referência importante de formação para o campo no estado de Minas Gerais (MG), oferecendo aos residentes passagem por todas as linhas de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), prescindindo inteiramente do hospital psiquiátrico (Lobosque, 2010; 2012). Contudo, 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 do mesmo ano, inviabilizando, portanto, a realização da pesquisa tal como havíamos pensado.

Nessas condições, decidimos repensar a proposta de pesquisa e incluir outras experiências em curso, num estudo comparativo de casos afins e não mais um estudo etnográfico de uma única experiência. Após alguns encontros de orientação e a partir da revisão da literatura, fizemos um trabalho exploratório de campo através de conversas informais com algumas pessoas vinculadas a outros programas, a fim de conhecermos as possibilidades reais de realização da pesquisa a partir dessa nova configuração. De acordo com Pires (2008), “a flexibilidade de adaptação durante seu desenvolvimento, inclusive no que se refere à construção progressiva do próprio objeto de investigação” (p. 90) é uma das características da pesquisa qualitativa. Embora a realidade do campo nos redirecionasse, fazendo com que elaborássemos um outro desenho para a pesquisa, a questão inicial continuou no horizonte.

Com o objetivo de mapear as residências multiprofissionais em saúde mental em curso no Brasil, em junho de 2015 havíamos solicitado à Equipe Técnica da Residência Multiprofissional da Coordenação Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação (MEC) a listagem dos programas cadastrados no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS). Em março de 2016 recebemos a lista com todas as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde e realizamos o trabalho de filtrar apenas aqueles vinculados à Área Temática/Conhecimento “Saúde Mental” ou “Atenção à Saúde Mental”, dados que serão apresentados no Capítulo 4.

Após o levantamento dos programas de residência multiprofissional em saúde mental existentes em MG, decidimos realizar uma análise dos três programas da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). A escolha pelos programas relaciona-se a três fatores. Em primeiro lugar, a centralidade que esses programas têm para a formação de profissionais especializados em saúde mental para o estado. Como veremos adiante, os três programas oferecem vagas para profissionais de diferentes áreas: Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Serviço Social. Em segundo lugar, a questão do tempo para realização da pesquisa, pois, embora o estado de Minas Gerais tenha outros programas de residência multiprofissionais voltados para a saúde mental, não seria possível contemplá-los de maneira aprofundada durante o tempo disponível para este estudo. Havia também a dificuldade da distância geográfica, estando o mais próximo localizado em Juiz de Fora, a 270km de distância de Belo Horizonte, cidade da pesquisadora, e o mais distante a mais de

500km, em Uberlândia⁶. Por fim, uma característica importante para a pesquisa é o fato de as Redes de Atenção Psicossocial dos municípios de Belo Horizonte e Betim serem reconhecidas como bem implantadas e de qualidade no que se refere aos cuidados em saúde mental dispensados à população⁷.

O projeto de pesquisa foi reformulado considerando-se também as sugestões da Banca de Qualificação, realizada em dezembro de 2015. Assim, o projeto final, incluindo a etapa de doutoramento mencionada na Introdução, foi submetido na íntegra ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais em maio de 2016, e aprovado em julho do mesmo ano (parecer em Anexo A). Em setembro, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) solicitou sua inclusão como instituição coparticipante da pesquisa, informando que esta é uma obrigatoriedade para os projetos de pesquisa executados em suas unidades. A inclusão foi encaminhada e, ainda em setembro de 2016, a FHEMIG emitiu parecer de aprovação da pesquisa (Anexo B).

Reafirmamos que o aprofundamento da pesquisa no doutorado pretende, a partir das análises e conclusões apresentadas neste momento, investigar o entendimento dos ex-residentes sobre como os programas de residência multiprofissional em saúde mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte dialogam com a perspectiva da atenção psicossocial e compreender como eles descrevem os impactos da formação realizada nos respectivos programas de residência sobre suas trajetórias profissionais. Buscaremos ainda conhecer a apropriação realizada pelos ex-residentes sobre do arcabouço teórico-metodológico descrito nos seus respectivos projetos político-pedagógicos. Nesse sentido, Santos (2010), afirma que existem três áreas de estudo para o debate acerca das residências em saúde, que embora fundamentais, ainda se encontram pouco exploradas: “pesquisas que demonstrem claramente o impacto nos serviços, em virtude da inserção de Residências”, “pesquisas no campo da Educação, que fundamentem as tentativas de inovações pedagógicas em Saúde” e “estudos de egressos dos cursos em funcionamento” (p. 83).

Para a caracterização das residências multiprofissionais em saúde mental no Brasil, foi realizada pesquisa documental e revisão bibliográfica. De acordo com Oliveira (2007) há uma distinção entre essas modalidades de pesquisa, sendo a revisão ou pesquisa bibliográfica uma

⁶ Os programas de residência multiprofissionais em saúde mental em curso no estado de Minas Gerais são apresentados, de maneira concisa, na seção 4.1 do Capítulo 4.

⁷ No Capítulo 4 as duas Redes de Atenção Psicossocial são apresentadas, com o objetivo de contextualizar o campo em que os programas de residência acontecem.

modalidade de estudo e análise de documentos de domínio científico, como teses, dissertações, artigos científicos, livros e periódicos. Ainda segundo a autora, a revisão bibliográfica é um tipo de “estudo direto em fontes científicas, sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenômenos da realidade empírica” (Oliveira, 2007, p.69). Já a pesquisa documental “caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação” (Oliveira, 2007, p.69).

Para Cellard (2008), documento pode ser definido como “todo texto escrito, manuscrito ou impresso, registrado em papel” (p.297). O autor diferencia ainda os documentos públicos (arquivos públicos, periódicos, jornais, etc.) dos privados (documentos de organizações políticas, instituições, empresas, sindicatos, diários íntimos, correspondências, etc.). Por esta diferenciação, podemos entender que trabalhamos nesta pesquisa com documentos públicos como constituindo o principal *corpus* de análise. Os projetos político-pedagógicos dos programas de residência multiprofissional em saúde mental da RMBH de acordo com a Resolução 5/2012 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, são documentos públicos (Brasil, 2012a).

De acordo com a Resolução 2/2012 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRM), as instituições que oferecem programas de residência multiprofissional e em área profissional da Saúde são responsáveis pela organização do projeto político-pedagógico (PPP) dos cursos, em consonância com a legislação vigente (Brasil, 2012b). São esses projetos que os programas utilizam para se cadastrarem nos Ministérios da Educação e da Saúde, e também para concorrerem aos editais de financiamento. Portanto, são documentos que todos os programas devem elaborar e que darão suas diretrizes básicas de funcionamento.

O PPP, entretanto, não se resume à mera questão pedagógica ou a simples exigência burocrática. Ao definir os fundamentos teórico-metodológicos, objetivos e a organização didático-pedagógica, o projeto “aponta um rumo, uma direção, um sentido explícito para um compromisso estabelecido coletivamente” (Veiga, 1998, p. 13). No Capítulo 5 trataremos de algumas dessas discussões, ao apresentarmos nossas análises.

A pesquisa documental de relatórios governamentais e não governamentais, portarias, resoluções e leis relacionados aos programas de residência em saúde e às práticas de formação no campo da saúde mental, assim como a revisão de bibliografias referentes ao tema da

pesquisa foram usadas para auxiliar na contextualização e também na análise dos projetos político-pedagógicos. “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” (Passos, 2009a, p.37). Para Yin (2001), embora possamos ter algumas dificuldades ao tomarmos os documentos como fonte de evidências, como a seletividade tendenciosa ou a negativa de acesso, utilizar essa fonte tem vantagens. A documentação pode auxiliar na compreensão de informações mencionadas em entrevistas e pode aprovisionar outros detalhes importantes que corroborem ou discordem das evidências produzidas por outras fontes. Em relação à seletividade tendenciosa, procuramos abranger todos os documentos oficiais publicados referente às residências multiprofissionais e em área da Saúde. No que se refere ao acesso, os documentos oficiais utilizados (portarias, resoluções, relatórios e legislação em geral) encontram-se, em sua maioria, disponíveis no site do MEC.

Uma primeira dificuldade encontrada foi a de conseguir a listagem dos programas cadastrados no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRM) com o MEC. Foram necessários praticamente nove meses e repetidas solicitações por e-mail (destinadas a diferentes setores), para que a Equipe Técnica da Residência Multiprofissional da Coordenação Geral de Residências em Saúde do MEC nos enviasse a informação solicitada. Essa situação, entretanto, não é incomum e, na verdade, parece derivar-se de uma dificuldade da própria CNRMS em controlar esses dados. De acordo com Torres (2015), em 2006 os Ministérios da Saúde e da Educação desconheciam quais eram os programas de residência multiprofissionais que estavam sendo financiados pelo Ministério da Saúde, a ponto de fóruns de residentes, coordenadores e preceptores iniciarem de forma independente um trabalho de levantamento desses programas. Esse mapeamento era, obviamente, oblíquo.

No caso dos programas de residência multiprofissional em saúde mental da RMBH, a dificuldade ou facilidade de acesso aos projetos político-pedagógicos variou entre as instituições. Algumas disponibilizaram prontamente documentos atualizados, incluindo até programa de curso, que de acordo com Veiga (1998) estaria mais relacionado ao plano pedagógico, por abranger a descrição de atividades pedagógicas e administrativas. Outras instituições foram um pouco mais reticentes para atender às nossas solicitações. De toda forma, todos os quatro projetos político-pedagógico foram disponibilizados para a realização da pesquisa, sendo que alguns programas viabilizaram também o acesso a outros documentos,

como as monografias de conclusão de curso e os planos de curso dos módulos teóricos. Sintetizamos no Quadro 1 os documentos aos quais tivemos acesso durante a realização da pesquisa.

Quadro 1: Mapeamento dos documentos aos quais tivemos acesso até novembro de 2016.

Programa	Documento	Quem disponibilizou
RMSM IRS/FHEMIG	Projeto político-pedagógico ampliado	Coordenação
	1 TCC de ex-residente	Coordenação
	Editais (2014, 2015, 2016)	Documentos públicos
RMSM Betim-PUC Minas	Projeto político-pedagógico	Coordenação
	Editais (2013, 2014)	Documento público
RMSM Betim-ESP/MG	Projeto político-pedagógico	Coordenação
	3 TCC de ex-residente	Ex-tutora
	Editais (2010, 2011, 2012)	Documento público
RISM-PBH	Projeto político-pedagógico ampliado	Coordenação
	Texto base da Residência Integrada de Saúde Mental - em 2011.	Coordenação
	Editais (2012, 2013, 2014, 2015, 2016)	Documento público
	8 TCC de ex-residentes*	Coordenação
	Documentos sobre a função de preceptoria*	Coordenação
	Documentos sobre a avaliação formativa*	Coordenação

Fonte: Documentos de pesquisa. Quadro elaborado pela pesquisadora em novembro de 2016.

Uma das questões referentes à análise documental, de acordo com Cellard (2008), “é que a informação circula em sentido único; pois, embora tagarela, o documento permanece surdo, e o pesquisador não pode dele exigir precisões suplementares” (p.296). Dessa maneira, a fim de complementar as informações enviadas pelo MEC, esclarecer questões referentes aos respectivos projetos político-pedagógicos e compreender o contexto de criação de cada um dos programas e suas especificidades, realizamos entrevistas com coordenadores e ex-coordenadores de todos os programas, mediante roteiro de entrevista semiestruturada que se encontra ao final desta dissertação (Apêndice A). As entrevistas aconteceram em locais e horários sugeridos pelos entrevistados, foram gravadas com autorização das pessoas entrevistadas e posteriormente transcritas.

* Documentos aos quais tivemos acesso apenas no mês de novembro e não foram utilizados neste momento. Estes documentos serão retomados na continuidade desta pesquisa, no doutorado.

As entrevistas abrangeram o tema central da nossa pesquisa, os projetos político-pedagógicos, evidentemente, mas também versaram sobre a articulação do programa com outros programas de residência, sobre as dificuldades em empreender essa modalidade de formação e sobre as suas potencialidades. São aspectos que ajudam a esclarecer nosso objeto nesta etapa da pesquisa e que serão retomados com maior profundidade na sequência da pesquisa, no período de doutoramento.

Optamos pela utilização de um roteiro de entrevista semiestruturada, pois de acordo com Minayo (2010), esse tipo de roteiro deve apresentar-se como “uma conversa com finalidade” (p.189), tendo como norte três pontos. O primeiro deles é a necessidade de que a conversa siga na direção do delineamento do objeto, o segundo relaciona-se com a possibilidade de que as questões possam aprofundar e expandir a discussão, e por fim, as questões devem contribuir para a emergência da visão, dos juízos e da percepção dos interlocutores a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto da pesquisa (Minayo, 2010). O roteiro serviu como orientação para o curso da entrevista, mas foi flexível o bastante para permitir a emergência de novos temas trazidos pelos entrevistados (Souza, Minayo, Deslandes & Veiga, 2005).

Para a realização da análise inicial dos projetos político-pedagógicos dos programas de residência multiprofissional em saúde mental da RMBH, utilizamos a sugestão de sistematização de Cellard (2008) e nos inspiramos no trabalho realizado por Beato (2015). Os critérios para análise inicial desses documentos foram:

- a) *Contexto*: relação dos documentos com as diretrizes das políticas públicas de saúde e saúde mental e as normativas sobre as residências multiprofissionais.
- b) *Autores*: de que lugar os autores dos documentos falam e como o texto revela a sua construção.
- c) *Autenticidade, confiabilidade e natureza do texto*: processo de descolamento e criação, em relação ao contexto.
- d) *Lógica interna do texto*: contextualização dos termos empregados e observação do encadeamento de ideias ao longo do texto.

Os autores mencionados trabalharam ainda com a categoria “conceitos-chave”, que não utilizamos para essa análise inicial dos projetos político-pedagógicos, visto que o objetivo era a realização da análise de conteúdo temática (Bardin, 2016/1977; Franco, 2003; Minayo, 2010) dos próprios documentos, que constituíram, portanto, o *corpus* de análise.

Segundo Bardin, a análise de conteúdo é

um conjunto de técnicas de análises de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (...) A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (2016, p.44, grifo da autora).

Para Franco (2003), o ponto de partida da Análise de Conteúdo é a *mensagem*, seja ela verbal, gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada, que expressa necessariamente um significado e um sentido. A autora afirma ainda que a emissão das mensagens está necessariamente ligada ao contexto de seus produtores, como situação político-econômica e sociocultural, assim como o acesso aos códigos linguísticos e a competência para decodificá-los. Portanto, as mensagens são “carregadas de componentes cognitivos, afetivos, valorativos e historicamente mutáveis” (p.13), assinalando uma concepção crítica e dinâmica da linguagem.

Dessa forma, trata-se de uma perspectiva que se distancia de uma “concepção formalista da linguagem no bojo da qual se atribui um valor exagerado às *palavras* (bem como à associação entre elas) negligenciando muitos aspectos semânticos”, sendo a semântica compreendida como a “busca descritiva, analítica e interpretativa do *sentido* que um indivíduo (ou diferentes grupos) atribuem às mensagens verbais ou simbólicas” (Franco, 2003, p.14, grifo da autora).

No primeiro momento, realizamos a leitura flutuante dos projetos político-pedagógicos que, segundo Bardin (2016), propicia a formulação de algumas hipóteses provisórias. Minayo (2010) indica ainda que neste momento a sensação inicial de caos é ultrapassada a partir da relação que vamos estabelecendo com as hipóteses que emergem e as teorias relacionadas ao tema em questão. Na sequência, realizamos a exploração do material, a partir dos critérios já indicados (contexto, autores, autenticidade, confiabilidade e natureza do texto e lógica interna do texto). Nesse momento foi fundamental que análise não fosse realizada de maneira puramente tecnicista (Minayo, 2010), para que pudéssemos ficar atentas para novas hipóteses e análises interpretativas. E, por fim, seguimos com a fase da análise propriamente dita.

Para a categorização, utilizamos o critério semântico, que, de acordo com Bardin (2016), possibilita a construção de categorias temáticas. Nesse sentido, as categorias resultaram da leitura dos documentos, não sendo estabelecidas *a priori*, e considerando as qualidades de homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade (Bardin, 2016). Em relação à qualidade de exclusão mútua, consideramos que houve uma adaptação, pelo fato de que as categorias se entrelaçam a todo momento, porém foi observada a orientação de que não existissem ambiguidades na categorização (Bardin, 2016). Para isso, procedemos com reagrupamentos de categorias, estabelecendo categorias amplas ao final da análise.

A relevância teórica é fundamental para a Análise de Conteúdo e, portanto, as informações não foram abordadas de maneira meramente descritivas.

Um dado sobre o conteúdo de uma mensagem deve, necessariamente, estar relacionado, no mínimo, a outro dado. O liame entre esse tipo de relação deve ser representado por alguma forma de teoria. Assim, toda a análise de conteúdo implica comparações textuais. Os tipos de comparação podem ser multivariados. Mas, devem, obrigatoriamente, ser direcionados a partir da sensibilidade, da intencionalidade e da competência teórica do pesquisador. (Franco, 2003, p. 16)

Dessa maneira, os dados que emergiram através da análise de conteúdo temática dos projetos político-pedagógicos foram analisados à luz da perspectiva da atenção psicossocial do processo da reforma psiquiátrica brasileira, de acordo com os autores discutidos no Capítulo 2 desta dissertação. Para a elaboração do título conceitual de cada categoria (Bardin, 2016), consideramos também a política pública de saúde mental, sobretudo a portaria que institui a rede de atenção psicossocial (Brasil, 2011), por ser mais recente e estar estreitamente vinculada com a perspectiva teórica na qual estamos nos fundamentando.

É importante ressaltar ainda que uma das limitações da análise de conteúdo refere-se ao fato de que “o investigador tem o seu próprio processo de decodificação e por meio dele analisa, infere e elabora interpretações acerca do processo de codificação do produtor” (Franco, 2003, p. 22).

Em consonância com Cordeiro, Freitas, Conejo e Luiz (2014), a propósito da dimensão ética, apontamos que “mais do que obedecermos às normas e procedimentos impostos por comitês de ética (ou seja, à ética prescrita)” (p. 32), temos que nos questionar sobre os efeitos que nossas pesquisas produzem. Assim, para concluir este capítulo, ressaltamos que esta produção é apenas um dos modos possíveis de compreender a realidade desses programas de residência, não sendo o único e nem indiscutível, e que se trata de uma construção que parte de um sujeito determinado, que faz parte da realidade estudada.

2 A PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A FORMAÇÃO PARA O TRABALHO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Neste capítulo, após realizarmos uma breve retomada histórica sobre a reforma psiquiátrica, desenvolveremos reflexões sobre a formação em saúde com objetivo de contextualizarmos algumas questões especificamente referentes à formação para o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial.

2.1 Breve retomada histórica sobre a reforma psiquiátrica

Podemos dizer, de maneira muito resumida, que desde a criação do Hospício de Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, foram quase 150 anos em que a política pública nacional no campo da saúde mental fundamentou-se na mera implantação de hospitais psiquiátricos (Amarante, 2012). Essas instituições, segundo Resende (1992), funcionavam em lugares isolados, muitas vezes com instalações provisórias e sempre com um alto número de pessoas internadas. “Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses verbos na ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira pendeu francamente para os dois primeiros da lista, os demais não entrando nem mesmo para legitimá-los” (Resende, 1992, p. 39).

Mesmo com denúncias de superlotação, maus-tratos e falta de assistência médica, a situação persistiu com milhares de pessoas internadas em colônias de alienados⁸ em praticamente todos os estados e se agravou bastante na década de 1970 com a privatização da assistência médica da previdência social, desencadeada após o golpe de 1964 (Amarante, 2012; Resende, 1992). De acordo com Cerqueira (1984), entre 1941 e 1978 o número de leitos psiquiátricos privados no Brasil aumentou de pouco mais de 3 mil para mais de 55 mil

⁸ A criação das colônias de alienados foi uma das tentativas de “resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica (...) através do ‘trabalho terapêutico’” (Amarante, 2011, p. 38-39). No Brasil, foram criadas no final do século XIX e expandiram-se nas décadas de 1940 e 1950.

leitos; em relação a esses números afirma: “é certo que quanto maior é o hospital, tanto mais barato é o seu custo operacional (p. 73).

É importante notar que os atuais embaraços na formação de profissionais para o trabalho no campo da saúde mental, já se apresentavam, com suas particularidades históricas, há cerca de quarenta anos. Como um exemplo, citamos um artigo publicado nesse período por Luiz Cerqueira, psiquiatra que se destacou pelo trabalho de levantamentos sobre as condições da assistência à saúde mental no Brasil e, especialmente, pelas denúncias dos rumos mercantilistas da atividade psiquiátrica, qualificada por ele de “indústria da loucura”. O artigo publicado, originalmente em 1976 e republicado em 1984, é intitulado *Formação de trabalhadores psiquiátricos de novo tipo*. A discussão que o autor propõe parte da constatação de que o modelo “exclusivamente médico em psiquiatria” possibilitou “uma única opção institucional – o hospital” (Cerqueira, 1984, p. 142). Assim, Cerqueira indica, no final da década de 1970, a necessidade de que os profissionais sejam formados para atuarem em equipes multiprofissionais, nos diferentes níveis de atenção, e preparados para trabalhar com novas concepções de saúde e de tratamentos, “sem reducionismos exclusivistas” (Cerqueira, 1984, p. 147). Ele indica que a formação deveria, dentre outras características, evitar teorizações sem respaldo na experiência, utilizando estratégias didáticas individuais e coletivas que favorecessem a criatividade e a espontaneidade dos alunos, assim como o desenvolvimento do sentido de equipe multiprofissional.

Em 1978, após alguns profissionais denunciarem situações de violência e maus tratos de pacientes internados e presos políticos da ditadura dentro de hospitais psiquiátricos pertencentes ao próprio Ministério da Saúde (MS), uma onda de demissões e consequentes manifestações repercutiram pelo país. Fato que, de acordo com Amarante (2012) culminou com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), “o primeiro movimento social organizado na área da saúde mental no país” (p. 638).

Esse movimento não estava, obviamente, desconectado das transformações em curso no resto do mundo. Desde o final da segunda guerra diversas experiências de reforma psiquiátrica aconteceram em vários países, “em uma espécie de guinada histórica, começa a se consolidar uma forte tendência mundial à condenação da instituição psiquiátrica tradicional” (Passos, 2009b, p. 19). O momento de maior aprofundamento das críticas à instituição psiquiátrica aconteceu nas décadas de 1960 e 70 (Passos, 2009b; Amarante, 2011).

Momento ímpar, não só porque se denunciava o manicômio como forma de prisão, produtora de cronicidade (esse tipo de crítica já estava presente desde meados do século XIX), mas principalmente porque atingia o cerne da psiquiatria como prática social, ao revelar seu caráter essencialmente normalizador, disciplinar, de controle social. (Passos, 2009b, p. 20)

A publicação de *História da Loucura*, de Michel Foucault, em 1961, seguramente estimulou o debate (Passos, 2009b). Para Amarante (2001), a obra tornou-se uma referência decisiva para as ciências humanas no século XX, proporcionando um novo prisma para a questão da loucura, ao apontar para

(...) uma desnaturalização e desconstrução do caminho aprisionador da modernidade sobre a loucura, qual seja, aquele que submeteu a experiência radicalmente singular do enlouquecer a classificações e terapêuticas ditas científicas: submissão da singularidade à norma da razão e da verdade do olhar psiquiátrico (...) (Amarante, 2001/1995, p. 24)

Não temos a pretensão de nos aprofundarmos na discussão a respeito das diferentes experiências de reformas psiquiátricas, que são objetos de estudos de diversos autores (Rotelli & Amarante, 1992; Amarante, 2001; Passos, 2009b), mas apresentaremos, de acordo com Amarante (2001; 2011), um breve esquema didático (Quadro 2) das experiências mais marcantes, que ainda influenciam experiências contemporâneas.

Vemos como pertinente essa breve contextualização, para que adiante possamos refletir sobre a reforma psiquiátrica brasileira, a partir de questões referentes à formação de profissionais para o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. Inspirando-se em trabalho realizado por Birman e Costa (2010/1976), Amarante nos apresenta uma proposta de periodização de experiências de reformas psiquiátricas que aconteceram em diversos países. O autor faz uma divisão de “dois grupos mais um” (Amarante, 2001, p. 41), por entender que para o terceiro grupo o termo “reforma” seria inadequado. Vejamos.

Quadro 2: Experiências de reformas psiquiátricas, de acordo com Amarante (2001; 2011).

	Síntese	Experiência	Breve descrição
Primeiro grupo	Compreensão de que a falha estava na forma de gestão do hospital, considerado cronificador e segregador. Assim, a aposta de transformação baseava-se em mudanças na própria instituição.	Comunidade Terapêutica <i>Inglaterra</i>	As comunidades terapêuticas funcionavam em uma perspectiva de democratização das relações, através de medidas participativas e coletivas de administração da instituição. • Década de 1950. • Referência importante: Maxwell Jones.
		Psicoterapia Institucional <i>França</i>	O objeto da psicoterapia institucional refere-se ao “coletivo” dos pacientes e técnicos, e a pretensão é a de reconstrução do potencial terapêutico do hospital, que enquanto instituição apresenta características doentias, que devem ser tratadas. • Década de 1950. • Referência importante: François Tosquelles.
Segundo grupo	Compreensão de que o modelo hospitalar estava esgotado. A proposta de mudança era desmontar a instituição a partir da construção de serviços assistenciais extra-hospitalares, que o mesmo tempo em que qualificavam o cuidado terapêutico, diminuía a necessidade do hospital.	Psiquiatria de Setor <i>França</i>	A necessidade de um trabalho externo ao manicômio e a criação de medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar propiciaram o surgimento de centros de saúde mental em diferentes setores (regiões administrativas) da França. A perspectiva do trabalho em equipe é um marco importante. • Década de 1960. • Referências importantes: Georges Daumezon, Lucien Bonnafé.
		Psiquiatria Preventiva <i>Estados Unidos</i>	Também conhecida como Saúde Mental Comunitária, tinha como objetivo “redução da doença mental nas comunidades” ou pelo menos a detecção precoce. Com o objetivo de diminuir as internações e reinternações, a oferta de serviços extra-hospitalares foi ampliada, mas sem produzir respostas terapêuticas adequadas. • Década de 1960. • Referência importante: Gerald Caplan.
“Outro grupo”	Para essas experiências, o termo “reforma” talvez seja inadequado, pois na verdade, essa perspectiva vai colocar em xeque todo o modelo científico psiquiátrico, assim como suas instituições assistenciais. Essas experiências deram início ao movimento de rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional.	Antipsiquiatria <i>Inglaterra</i>	Formulação da primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, buscando romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente. O método terapêutico não prevê tratamento químico ou físico – o louco deve ser acompanhado pelo grupo, através de métodos de investigação e pela não repressão da crise, pautados na teoria da lógica das comunicações. • Década de 1960. • Referências importantes: Ronald Laing, David Cooper.
		Psiquiatria Democrática <i>Itália</i>	Inicialmente inspirada na Comunidade Terapêutica e na Psicoterapia Institucional, essa experiência passou a considerar que a instituição psiquiátrica não seria transformada a partir de medidas administrativas ou de humanização. Influenciada por obras de Michel Foucault e Erving Goffman, essa experiência passa a negar a psiquiatria enquanto ideologia. O objetivo era superar o aparato manicomial, entendido como a estrutura física e também o conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentam esse lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana. • Década de 1960. • Referências importantes: Franco Basaglia, Franco Rotelli.

Fonte: Amarante (2001; 2011). Quadro elaborado pela pesquisadora em setembro de 2016.

Em breve análise dos textos que fundamentam o movimento antimanicomial (de David Cooper e Ronald Laing, da Antipsiquiatria, de Franco Basaglia, da Psiquiatria Democrática e de Michel Foucault, dentre outros), Patto (1999) constata que essas obras, além de terem “como espinha dorsal a dimensão *política* do exercício profissional” e não encarnarem “o mito da neutralidade da ciência e da técnica”, estão comprometidas com o “desejo de relações igualitárias e democráticas entre os homens, de superação de relações institucionais hierárquicas, burocráticas, que objetificam as pessoas, que as controlam e alienam” (p. 109, grifo da autora). Todos eles, ainda segundo a autora, rompem radicalmente com os pressupostos teórico-metodológicos da psiquiatria, desvelando o compromisso com o disciplinamento instalado “no coração das instituições de prevenção e cura, a serviço de uma ordem social que vai ao encontro dos interesses do capital” (p. 110).

Com variáveis influências das experiências sintetizadas no quadro apresentado e a partir dessa crítica radical ao saber psiquiátrico, desde o final da década de 1970, um movimento inserido no contexto da Reforma Sanitária, mas independente e estratégico, vem se desenvolvendo no Brasil (Passos & Barboza, 2012). Trata-se da Reforma Psiquiátrica, um movimento histórico de base social e muito politizado (Passos, 2009b) de formulação crítica e prática, que tem como objetivo o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do paradigma da psiquiatria.

Um processo “fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização” (Amarante, 2001, p. 87). Portanto, a Reforma Psiquiátrica deve ser compreendida não apenas como uma transformação do modelo técnico-assistencial psiquiátrico, incluindo a reestruturação de serviços⁹ e as referências conceituais e ideológicas produzidas no âmbito do saber psiquiátrico, mas como uma ampla transformação social, que vem acontecendo através de processos sociais complexos com singularidades históricas e locais regionais (Amarante, 2008; 2012; Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001/1986).

⁹ Talvez seja interessante assinalar que *serviço* não precisa ser tomado como algo restrito à noção de práticas de atenção. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), o componente serviço “deve revelar uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor” (p. 46). Da mesma forma, quando pensamos em *atenção*, para além das habilidades técnicas ou busca de evidências, estamos falando de produção de sentidos nos atos de cuidar.

De acordo com Birman e Costa (2010), em 1987, quando o MTSM lança o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios é remetida para a sociedade e as experiências de desinstitucionalização ganham destaque no campo prático. Assim, mais do que processos de desospitalizações, tem início uma série de novas práticas assistenciais territoriais, “um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas” (p. 81).

Para Amarante (2011)

O conjunto de estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil é responsável por um novo cenário político em que há um efetivo processo de participação e construção social sem similar em nenhum país do mundo, mesmo na Itália. (p. 103)

Os avanços que o processo da reforma psiquiátrica trouxe para o campo de assistência à saúde mental no Brasil são hoje evidentes (Amarante, 2001; Lobosque, 2001; Brasil, 2002a; Passos, 2009a; 2009b), deixando “definitivamente a posição de ‘proposta alternativa’ e se [consolidando] como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial” (Bezerra Jr., 2007, p. 243). Seja pela forte participação e o controle social, seja pela pluralidade de experiências assistenciais e culturais transformadoras, por vezes incorporadas pelo próprio Estado, a política pública de saúde mental brasileira assumiu um caráter original e tem destaque em relação às experiências de outros países, embora a realidade manicomial ainda esteja presente (Amarante, 2012; Passos, 2009b)¹⁰.

Como um dos desdobramentos desse processo, após tramitar por mais de uma década nos campos legislativos e normativos, ocorreu em 2001 a aprovação da Lei Federal 10.216 (Brasil, 2001), que trata dos direitos e da proteção das pessoas em sofrimento mental e estimula o cuidado em regime comunitário e não hospitalar. É importante ressaltar que em muitos estados, como Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Minas Gerais e Paraná, esse processo legal já estava em curso (Amarante, 2011).

¹⁰ Segundo Amarante (2011), apesar das denúncias, das lutas e das transformações, ainda acontecem inúmeras situações de violência e óbitos em instituições psiquiátricas. “A maioria dessas mortes e das situações de violência contra as pessoas em sofrimento mental não chega, no entanto, ao conhecimento da opinião pública. Volta e meia ficamos sabendo de uma ou outra situação dramática” (p. 99). Por exemplo, em muitas comunidades terapêuticas, que têm sido identificadas por alguns autores com uma atualização dos manicômios, têm sido constatadas violações de direitos e maus-tratos (Conselho Federal de Psicologia, 2011; Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2016).

Em 2011, a essa diretriz de atenção em saúde mental é reforçada através da publicação da Portaria/GM 3.088, que formaliza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Brasil, 2011a)¹¹. Dentre as diretrizes para o funcionamento da RAPS, destacamos: o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e *assistência multiprofissional*, sob a *lógica interdisciplinar*; a *diversificação das estratégias de cuidado*; o desenvolvimento de atividades no território, com vistas à *promoção de autonomia* e ao *exercício da cidadania*; o desenvolvimento de estratégias de redução de danos; ênfase em *serviços de base territorial e comunitária*, com *participação e controle social* dos usuários e de seus familiares; a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de *ações intersetoriais* para garantir a integralidade do cuidado; a promoção de *estratégias de educação permanente*; e o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a *construção do projeto terapêutico singular* (Brasil, 2011a, grifos nossos).

A estruturação da RAPS almeja a articulação entre diversos pontos de atenção, através de dispositivos da Atenção Básica (como as equipes de Atenção Básica, as equipes de Consultório na Rua, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e os Centros de Convivência e Cultura), da Atenção Psicossocial especializada (como os Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades), da Atenção de Urgência e Emergência (como SAMU, UPA, e portas hospitalares de atenção à urgência), da Atenção Residencial de Caráter Transitório (formada pelas Unidade de Acolhimento e pelos Serviços de Atenção em Regime Residencial), da Atenção Hospitalar (como leitos de psiquiatria e saúde mental em hospital geral) e das estratégias de Desinstitucionalização (como Serviços Residenciais Terapêuticos e estratégias de Reabilitação Psicossocial, tais como iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais).

¹¹ Embora essa Portaria seja a mais recente e tenha grande importância para as políticas de saúde mental, notadamente pelo incentivo à ampliação da rede extra-hospitalar, dentre outras questões problemáticas, ela autoriza o repasse de recursos públicos às comunidades terapêuticas e clínicas conveniadas. Uma discussão sobre esse tipo de repasse é extremamente relevante, pois aborda dois pontos fundamentais: “a questão do cuidado aos usuários de drogas ilícitas e da garantia de seus direitos; e a força política do movimento antirreforma que, sob a parceria perversa entre mídia, algumas instituições acadêmicas, indústria farmacêutica e entidades médicas vêm intensificando o discurso de demonização das drogas, que possibilita práticas de isolamento e repressão militar ou médico-jurídica” (Valadares, 2013, p.574).

Contudo, apesar de todas essas mudanças e da formalização da rede de cuidados através de dispositivos legais, muitos teóricos e profissionais da saúde mental apontam que são vastos os desafios, especialmente pela existência de um descompasso entre os significativos avanços no campo, ocorridos nas últimas décadas, e o processo de formação nos âmbitos da graduação e pós-graduação (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Amarante, 2010; Lobosque, 2010; Passos & Dias, 2013).

A necessidade de transformação nos processos de formação para o trabalho não se restringe ao campo da saúde mental. De acordo com Feuerwerker (2007) há cerca de sessenta anos as “reflexões críticas sobre a formação em saúde estão presentes na agenda de certos movimentos” no país, sendo que atualmente, em decorrência do “contexto político e econômico – no âmbito tanto das políticas públicas como do setor privado –, há significativos contingentes de professores, estudantes e gestores da saúde envolvidos em iniciativas de mudança” (p. 3). Entretanto, esse é um dos pontos menos problematizados do SUS, seja pela gestão seja pelas instituições formadoras que têm perpetuado modelos essencialmente conservadores (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Sabemos que a qualidade do cuidado não resulta exclusivamente da formação profissional (Ceccim, 2010a), sendo a saúde uma forma de estruturação dentro do campo da cultura (Oliveira, 2010). Portanto, um outro desafio, que se vincula à formação, é encontrado no âmbito da produção de subjetividade, pois

a Reforma Psiquiátrica não se restringe à humanização das relações com os portadores de sofrimento mental ou modernização tecnicocientífica 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. (Alverga & Dimenstein, 2005, p. 52)

Alverga e Dimenstein (2005) esclarecem que a radicalização da diferença não pretende negar o sofrimento, mas relaciona-se com uma mudança de foco: “em vez de considerar a loucura como um erro, incapacidade, inferioridade, entidade clínica, doença mental, é preciso potencializá-la como diferença, como um modelo diferente de relação com o mundo” (p. 62).

Assim, as modificações no campo da formação¹² em saúde (bem como no trabalho e na gestão) são, a partir de nossa compreensão, indissociáveis das transformações nos processos de subjetivação e de cuidados em saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Alverga & Dimenstein, 2005; Merhy, 2007; Campos, Cunha & Figueiredo, 2013).

Feitas essas considerações, apresentaremos a seguir algumas reflexões sobre a formação em saúde, indicando alguns marcos importantes e enfocando questões atuais, e posteriormente trataremos especificamente da formação para o trabalho na perspectiva da saúde mental e atenção psicossocial

2.2 Formação em saúde: para além das competências técnicas

Inicialmente tida como uma instituição de caridade e depois de controle social, a função do hospital transformou-se e assumiu, ao final do século XVIII, a finalidade terapêutica, de tratamento de doentes (Foucault, 1989). Com essas mudanças, a intervenção médica torna-se constante no espaço hospitalar, permitindo a produção de um saber sobre as doenças: “assim que naturalmente se chega, entre 1780/1790, a afirmar que a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital” (Foucault, 1989, p. 111). Ao mesmo tempo que o hospital se torna a principal instituição médica, a medicina torna-se um saber e uma prática predominantemente hospitalares.

No século XIX, relevantes acontecimentos, como a descoberta de agentes etiológicos e meios para evitar contaminações, marcam a institucionalização do movimento científico, sob o predomínio do paradigma positivista (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013), e já no início do século XX, em consonância com o esse paradigma, foi publicado o Relatório Flexner, que propunha uma normatização do ensino médico através do método científico. Esse relatório foi responsável pela mais importante reforma do ensino médico nos Estados Unidos e teve repercussão mundial (Santos, 2010; Chaves & Kisil, 1999). O paradigma flexneriano¹³ tinha

¹² Assim como Campos, Cunha e Figueiredo (2013), insistiremos no uso da palavra formação, em vez de educação, para ressaltar a dimensão do processo, do devir. No mesmo sentido, fundamentando-se na obra de Freire (1996), para quem “*formar* é muito mais do que puramente *treinar* o educando no desempenho de destrezas” (p. 14, grifo do autor), Amarante (2008) afirma que “quando falamos em formação (...) estamos falando em emancipação, criação de potências, de projetos, de perspectiva crítica” (Amarante, 2008, p. 66).

¹³ De acordo com Chaves (1996 citado por Lampert, 2002), o conceito de paradigma tal como definido por

como principais propostas para as escolas de medicina um controle severo da admissão nos cursos, o currículo de quatro anos – dividido em ciclo básico e ciclo clínico, a ênfase na pesquisa biológica e experimental, a centralidade no hospital, a vinculação da pesquisa ao ensino e o estímulo à especialização (Pagliosa & Da Ros, 2008; Campos, Aguiar & Belisário, 2012; Carvalho & Ceccim, 2012).

As conquistas, como o controle de doenças que antes eram fatais e a base científica do currículo médico, são evidentes, porém o paradigma flexneriano, até por conta das transformações que desencadeou, tornou-se “limitado para responder aos novos problemas de saúde” (Campos, Aguiar & Belisário, 2012, p. 888). São duas as principais limitações decorrentes desse modelo de formação segundo Campos, Aguiar e Belisário (2012). A primeira delas é o desenvolvimento de um grande complexo médico-hospitalar, um complexo industrial da saúde que trata de lucros e custos, embora lide com um bem que não tem preço: a vida. E a segunda, decorrente da industrialização da saúde, é a inflação médica, que é o aumento dos custos da “assistência, que, aliado ao esgotamento do paradigma flexneriano, faz com que a saúde se torne um setor cada vez mais caro e progressivamente menos resolutivo” (p. 888).

Mesmo que consideremos muito importantes suas contribuições para a educação médica, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos. (Pagliosa & Da Ros, 2008, p. 496)

É importante ressaltar que esse modelo, também chamado de biomédico, fundamentou não apenas o ensino da medicina científica, mas também o ensino das demais profissões da saúde e a própria concepção do que seria o cuidado em saúde. Ou seja, o paradigma flexneriano ainda baliza o ensino em muitas escolas médicas e possui “grande impacto no modo hegemônico de fazer e pensar saúde” (Santos, 2010, p. 13). A enorme distância entre o que é ensinado nos cursos de graduação em saúde e a realidade dos serviços e das comunidades também é compreendida como uma das graves complicações e, além disso, percebe-se que a sociedade em geral, incluindo a própria academia, tem papel importante na

Thomas Kuhn, não seria aplicável à educação das profissões da saúde, por não se aplicar fora do mundo da ciência. Porém, o termo *paradigma* vem sendo utilizado para designar o “modelo dominante de educação médica influenciado pelos estudos de Flexner, divulgados no Relatório de mesmo nome e conhecido como paradigma flexneriano” (Lampert, 2002, p. 34). Temos o termo paradigma no campo da saúde para nos referirmos aos diferentes modelos de cuidado e compreensão do processo saúde-doença, por exemplo: paradigma biomédico, paradigma da integralidade, paradigma psicossocial.

manutenção desse modelo, sobretudo ao reduzir as práticas de saúde às práticas médicas (Campos, Aguiar & Belisário, 2012).

Sob uma outra perspectiva, foi publicado em 1920 na Inglaterra o Relatório Dawson, com a proposta de que a formação em saúde deveria estar em crescente e íntima integração com o sistema de saúde, incorporando as práticas de atenção básica, e não exclusivamente centrada nos hospitais (Carvalho & Ceccim, 2012). O Relatório defendia ainda que o Estado deveria ser gestor e regulador das políticas públicas de saúde. Pela limitação à prática liberal-privatista, essa proposta foi fortemente recusada pelos médicos e as recomendações não foram adotadas, mas constituíram forte influência para a construção do sistema nacional de saúde da Inglaterra, estabelecido em 1948, com a universalização da atenção primária à saúde e com a construção do conceito de médico generalista (Carvalho & Ceccim, 2012; Chaves & Kisil, 1999). Contudo, é o paradigma flexneriano que se alastra praticamente isolado até o final dos anos de 1960 (Carvalho & Ceccim, 2012).

O grande movimento de questionamento da universidade tradicional ocorrido em 1968 na França impactou diversos países, incluindo os da América Latina, apontando para a necessidade de uma reforma no ensino (Chaves & Kisil, 1999). Ao mesmo tempo, o Movimento Preventivista vinha ganhando espaço nas décadas de 1950 e 1960, indicando “a formação como estratégia para a transformação das práticas de saúde”, e destacando “a necessidade de repensar os objetivos finais de um curso de graduação em saúde” (Carvalho & Ceccim, 2012, p. 146).

Assim, podemos perceber que a questão da formação de profissionais para a atuação no campo saúde é objeto de reflexões e críticas desde muito antes da constituição do Sistema Único de Saúde (Batista, 2013; Carvalho & Ceccim, 2012; Chaves & Kisil, 1999), “embora com especificidades e contornos diferentes em cada período histórico-político” (Batista, 2013, p. 97). A 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, por exemplo, teve como central o tema “Recursos Humanos para as atividades de Saúde”, focalizando a identificação das necessidades de formação de recursos humanos para a saúde e as “responsabilidades do Ministério da Saúde e das instituições de ensino superior da área na capacitação de profissionais e no desenvolvimento da política de saúde” (Brasil, 2009a, p. 13).

De acordo com Lampert (2002) uma série de conferências e seminários realizados a partir da década de 1950, “fixaram as linhas gerais de desenvolvimento da medicina preventiva para as décadas seguintes”, sendo a Declaração de Alma-Ata (produto final da

I Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, realizada no Cazaquistão em 1978) “um marco político de âmbito mundial, que visou a alcançar a realização da atenção primária em saúde para todos indistintamente, até o final do século XX” (p. 35).

No Brasil, uma notável iniciativa da década de 1970, que contou com recursos e apoio de organismos externos, como a Organização Pan Americana da Saúde, foram os projetos pioneiros da integração docente-assistencial (IDA), baseados na articulação de faculdades de medicina, odontologia, enfermagem, e outras com serviços de saúde (Chaves & Kisil, 1999). Assinalando a relevância das propostas em relação à formação para transformações futuras no campo da saúde, Chaves e Kisil (1999) relatam que tais projetos “foram espaços de surgimentos e crescimento de lideranças acadêmicas e de serviços que cumpriram papel fundamental na construção das mudanças em saúde” (p. 7)¹⁴.

Porém, Campos, Cunha e Figueiredo (2013) ponderam que, na década de 1970, “na tentativa de superar o modelo exclusivamente biologicista, pouco se pensou sobre a clínica, a não ser para criticar seu caráter individual e seus fundamentos biomédicos”, desencadeando uma “nova redução, perdendo as referências à especificidade biológica ou subjetiva dos processos de adoecimento” (p. 75).

De toda forma, desde a década de 1970 um novo modelo de compreensão do processo saúde-doença como processo social e também um novo modelo de formação de profissionais está em curso. Esse modelo, quem vem também com a proposta da multiprofissionalidade, pretende ser mais integral e resolutivo, e pauta-se em uma concepção ampliada de saúde, que atua não apenas na cura, mas também na prevenção de doenças, na promoção da saúde e na reabilitação (Campos, Aguiar & Belisário, 2012). Tal transformação parece intensificar o debate sobre a distância entre a formação dos profissionais do campo da saúde, o modelo de assistência em construção e a realidade da população, que é uma dificuldade de longa data (Batista, 2013).

A publicação da Carta de Ottawa, em decorrência da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, no Canadá, também constitui um ponto importante nesse processo de transformação, pois amplia a compreensão do que é saúde, que passa a ser

¹⁴ Devido ao nosso recorte, não aprofundaremos a discussão histórica sobre os processos de transformação em saúde na América Latina, como a constituição dos projetos IDA e UNI (que no Brasil deram origem, em 1997, à Rede UNIDA) e seus outros desdobramentos. Contudo, reafirmamos o impacto desses projetos em relação à formação de profissionais da saúde, à organização e funcionamento dos serviços e ao reconhecimento do papel da comunidade. Para interessados, sugerimos a leitura do livro *A educação dos profissionais de saúde na América Latina. Teoria e prática de um movimento de mudança*, publicado em 1999 e organizado por Márcio Almeida, Laura Feuerwerker e Manuel Llanos.

entendida como um estado multidimensional de bem-estar que transcende as questões médico-sanitárias (Santos, 2010).

O modelo da medicina preventiva e da promoção da saúde no Brasil pode ser reconhecido no movimento da Reforma Sanitária, tendo a 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada também em 1986, como marco (Lampert, 2002). Em 1988, o movimento da Reforma Sanitária brasileira concretiza legalmente as lutas do movimento sanitário das décadas de 1970 e 1980 ao ser instituído no Brasil o SUS, caracterizado como um modelo de cuidado baseado em três princípios: equidade, universalidade e integralidade, e nas diretrizes de descentralização, regionalização, hierarquização, integração e participação comunitária.

O movimento sanitário, de acordo com Escorel (1999), representava um pensamento contra-hegemônico em relação à política de saúde, mirando, portanto, na transformação do sistema vigente, caracterizado pela predominância da compra de serviços privados, pela sobrevalorização da modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção estabelecida¹⁵. Para Sérgio Arouca, “a saúde era um campo privilegiado da luta democrática, associado aos outros movimentos de democratização no Brasil” (Brasil, 2007). Este movimento, consolidado na histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde¹⁶, ainda existe, e “como movimento social (diferentemente dos partidos) é um espaço virtual de articulação de diversas forças sociais que pode ser socialmente interpelado e reaparecer no cenário” (Escorel, 1999, p. 201). Sabemos que o SUS, ainda que não tenha atingido seus ideais de funcionamento e de acesso e que muitos de seus propósitos ainda não tenham se efetivado, representa grande avanço no âmbito da saúde pública brasileira constituindo-se hoje com um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

Para Campos, Cunha e Figueiredo (2013), depois dos avanços na implantação do SUS foi se constituindo aos poucos “uma conexão entre as práticas assistenciais (clínica) e as práticas de gestão (política), entre a produção de saúde e a produção de sujeitos, e se realçaram categorias como interdisciplinaridade, vínculo, ampliação da clínica, gestão compartilhada”, e na virada do século XX para o XXI, entram em pauta na saúde “temáticas

¹⁵ Segundo Escorel (1999), o movimento sanitário desenvolveu-se fortemente nos anos de regime militar comandados pelo General Geisel (1974-1979), assim como outros movimentos sociais da sociedade civil brasileira. Ao final desse período, e no início dos anos comandados por Figueiredo (1979-1985), o movimento sanitário apresentou-se “como um movimento propriamente dito, com órgãos de representação, propostas de transformação, mecanismos de formação de agentes e de divulgação de seu pensamento” (p. 64).

¹⁶ O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), ofereceu subsídios para a elaboração do Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 - "Da Saúde" (Brasil, 1988).

relativas à subjetividade no processo saúde-doença e à dimensão relacional e dialógica das práticas de saúde” (p. 77).

Portanto hoje o SUS, de acordo com Vasconcelos e Pasche (2012), “não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais” (p. 561), sendo considerado um sistema complexo que deve coordenar e articular ações de prevenção e promoção da saúde com as de tratamento e reabilitação. Com uma “concepção ampliada de saúde, que inclui os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde” (p. 561), busca superar a concepção de saúde focada na doença, nas dimensões biológica e individual.

Em relação à formação de profissionais para o trabalho na saúde ou formação de recursos humanos, encontramos alguns marcos normativos relevantes. O primeiro deles, encontra-se na Constituição Federal de 1988 que, em seu Artigo 200º, define que compete ao SUS, dentre outras atribuições, “ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde” e “incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico”. A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080 (Brasil, 1990) também traz outras determinações importantes, como a proposta de criação de “Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior”, com o objetivo de propor “prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos” do SUS na esfera correspondente, “assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições”. A Lei 8080 determina ainda que “as especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, [instituída junto ao Conselho Nacional de Saúde], garantida a participação das entidades profissionais correspondentes”.

Entretanto, embora a questão da formação em saúde esteja formalizada na legislação e seja objeto de inúmeras publicações do Ministério da Saúde, um dos grandes desafios do SUS hoje é justamente a questão do trabalho em saúde. Corroborando com essa constatação, Vasconcelos e Pasche (2012) afirmam que a situação não terá melhores encaminhamentos enquanto o Estado não assumir de fato a “regulação do trabalho, do exercício profissional e da formação em saúde, que ainda se mantém influenciada pelo mercado da saúde e pelas corporações profissionais” (p. 583).

Assim, se faz necessário que o Estado assuma o mandamento legal e promova e aprofunde as ações direcionadas para transformar a formação dos profissionais, onde ainda predomina uma formação que privilegia a medicalização, a técnica e a especialização, no sentido de priorizar uma abordagem integral do ser humano e da coletividade e privilegie a clínica ampliada, a promoção e a proteção da saúde. (Vasconcelos & Pasche, 2012, p. 585).

Alguns autores indicam que em decorrência de todo o histórico que apresentamos anteriormente, sobretudo as limitações do paradigma biomédico e as mudanças na compreensão do processo saúde-doença, estamos em um momento de transformação em relação ao modelo hegemônico de cuidado e formação em saúde (Feuerwerker & Sena, 1999; Lampert, 2002).

Para Feuerwerker e Sena (1999), a crise paradigmática seria entre um modelo que “vê a saúde desde um ponto de vista biologicista, centrado na doença médica, na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologia” e um outro baseado na construção social da saúde, apoiado no fortalecimento do cuidado, na ação intersetorial e na crescente autonomia das populações em relação à saúde (p. 49). A crise paradigmática pode ser, segundo as autoras, localizada em diversas dimensões. Na saúde é revelada pela ineficácia e ineficiência do modelo assistencial predominante em promover e proteger a saúde. Na educação expressa-se na contraposição entre a concepção da pedagogia da transmissão, com a prática pedagógica centrada no professor e com a aquisição de conhecimentos desvinculada da realidade, e a concepção crítica reflexiva, que pretende construir o conhecimento a partir da problematização da realidade e na participação ativa do estudante no processo de ensino-aprendizagem. Em relação à organização social, as autoras indicam que há uma crise “dos valores que definem o cotidiano da vida e das relações sociais” (p. 49), como a solidariedade, a relação indivíduo-coletividade e o exercício da cidadania, a partir de uma revalorização da democracia participativa. E por fim, a crise pode ser compreendida em uma dimensão filosófica, uma certa recusa à ciência racionalista e reducionista, que sem dúvida está fortemente relacionada aos problemas no campo da saúde e da educação.

Em sua tese de doutoramento de Lampert (2002), ancora-se na defesa de que a proposta de superação do paradigma flexneriano vem com o paradigma da integralidade, que pautaria uma formação contextualizada, que considera as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população na compreensão do processo saúde-doença. “O paradigma da integralidade induziria à construção de um novo modelo pedagógico, visando ao equilíbrio entre *excelência técnica e relevância social*” (p. 36, grifo da autora).

Fato é que a hegemonia do modelo biomédico, com foco nos determinantes biológicos das doenças, no indivíduo como objeto do conhecimento e da prática e das abordagens prescritivas ainda “compromete a abordagem da complexidade biopsicossocial da saúde, e do que é mais especificamente humano no encontro entre profissionais e usuários” (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p. 123). Para esses autores, o desafio de transformar essa situação está posto na formação dos profissionais de saúde, que “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). Ainda que Campos, Cunha e Figueiredo (2013) ressaltem a importância dessa reflexão para a Atenção Básica, para eles instaurar práticas ampliadas não é desafio exclusivo desse plano de atenção, pois independentemente do tipo de serviço, a resolutividade e a eficácia terapêutica relaciona-se com práticas que se articulem “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).

Visando mudanças na formação dos trabalhadores para a saúde, em meados da década de 1990, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) começaram a estabelecer parcerias que resultaram em políticas e programas de grande relevância para o SUS, como a aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que possibilitou que as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde estivessem mais afinadas e comprometidas com as políticas de saúde (Azevedo, Hennington & Bernardes, 2016).

A partir de 2003, temos o desenvolvimento da *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde* (Brasil, 2004). Em iniciativa inédita no país, a Política foi definida pelo MS (Brasil, 2004), através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e referendada pela 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2006. A Educação Permanente refere-se às ações educativas fundamentadas

na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde. (Brasil, 2012b, p. 20)

Essa política, considerada uma estratégia fundamental para a ampliação da atuação crítica, comprometida e tecnicamente adequada, expressa um esforço no sentido de “cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho” (Ceccim, 2005, p. 976). Nesse sentido, é o cotidiano e os próprios cenários de trabalho que qualificarão a educação permanente em saúde¹⁷. Parece-nos que está em questão

o destaque para a educação como ferramenta para a transformação das práticas em saúde e de (re)organização dos serviços, seja em um trabalho articulado com as instituições de ensino nas graduações e pós-graduações voltadas para futuros profissionais da saúde, seja no desenvolvimento de pessoal já inserido no serviço. (Batista, 2013, p. 98)

Segundo Braga (2014), a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) foi criada no Ministério da Saúde em 2003, com o objetivo de promover ações e políticas para a formação e a educação permanente, buscando a valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS. Dentre as atribuições da SGTES destacam-se a ordenação da formação de recursos humanos da área da saúde, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), e ainda a promoção “da articulação com órgãos e entidades representativas da educação dos profissionais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor de saúde” (Azevedo, Hennington & Bernardes, 2016).

Atualmente existem três departamentos no âmbito da SGTES: o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), que deve “propor, incentivar, acompanhar e elaborar políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde”, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que é “responsável pela definição e desenvolvimento de políticas relacionadas à formação de pessoal da saúde, tanto no nível

¹⁷ Notamos, portanto, que a Política de Educação Permanente em Saúde é relevante referência para o debate sobre as residências em saúde. Contudo, não a aprofundaremos, por se distanciar de nossos objetivos. Para os interessados, indicamos a leitura do artigo *Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde*, de Ricardo Burg Ceccim (Ceccim, 2005) e da *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde* (Brasil, 2004). Outra questão refere-se às aproximações e distanciamentos entre as propostas da Educação Permanente e da Educação Continuada, nesse sentido, sugerimos a leitura do artigo *Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as Universidades* (Batista, 2013).

superior como no nível técnico-profissional” (Braga, 2014, p. 24), e o mais recente Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), criado em 2013, com o objetivo de elaborar estratégias de “provimento e formação que permitam o enfrentamento do histórico problema da escassez de médicos no Brasil”¹⁸.

Apesar de todo esse investimento do Estado e das transformações que vêm ocorrendo nas políticas de assistência e também na formação profissional, buscando o rompimento com a excessiva fragmentação do trabalho no campo da saúde e procurando colocar as pessoas como o foco da assistência, de acordo com Merhy (2010), o que temos hoje, de maneira hegemônica, ainda é uma tendência a uma fragmentação intensa nos núcleos de saberes e nas construções das práticas nas redes de cuidados, aliadas a um centramento nas lógicas de saberes e na relação objetificada entre trabalhadores e sujeitos alvos de cuidados. Tal tendência, segundo o autor, tem sido uma aposta na formação acadêmica no Brasil e tem colaborado para a constituição de trabalhadores, “que se julgam verdadeiros cientistas a manipular seus objetos, além de portadores de discursos científicistas do saber no campo da Saúde e de proprietários exclusivos sobre esse saber de alguns em relação aos outros” (p. 25)

Consequentemente, apesar de todas as transformações anteriormente aludidas e também das mudanças nas Diretrizes Curriculares, é inegável que o ensino nos cursos de graduação na área da saúde ainda apresenta um perfil que é tradicionalmente

centrado em conteúdo e numa pedagogia da transmissão, de desconexão entre núcleos temáticos; com excesso de carga horária para determinados conteúdos e baixa ou nula oferta de disciplinas optativas; de desvinculação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, predominando um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e pela reabilitação. (Carvalho & Ceccim, 2012, p. 137)

Em recente revisão, Azevedo, Hennington e Bernardes (2016) identificaram alguns pontos importantes em relação à integração ensino-serviço no SUS, vejamos. Ainda que a academia tenha lugar privilegiado para formação do trabalhador em saúde, as reformas curriculares são incipientes e distante das necessidades de saúde da população e, dessa maneira, não produziram ainda mudanças consistentes no perfil profissional. Além disso, a formação segue, majoritariamente, com metodologias que privilegiam a educação bancária, embora as Diretrizes Curriculares Nacionais indiquem a necessidade de mudanças metodológicas no processo de ensino-aprendizagem. Por outro lado, não obstante as

¹⁸ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes>

resistências tanto da acadêmica quanto dos serviços, as induções de projetos e programas de formação, através do MEC e do MS parecem estar produzindo efeitos positivos para a integração ensino-serviço.

É preciso considerar que em relação às mudanças referentes à formação profissional, as instituições de ensino têm autonomia limitada, pois as demandas e práticas externas à própria instituição têm peso relevante (Batista, 2013). Assim, as políticas induzidas pelos Ministérios da Educação e Saúde são fundamentais. De acordo com Ceccim & Feuerwerker (2004, p. 1403), a universidade “exerce um mandato público, socialmente outorgado, e não uma soberania acadêmica” como se as atividades de ensino, pesquisa e extensão pudessem “ser independentes dos interesses da sociedade ou da sua relevância pública”.

Esses autores nos sugerem a imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde, que nos permite a visualização dos vetores de força em uma formação implicada com a produção social da realidade (Ceccim & Feuerwerker, 2004). O quadrilátero envolve quatro dimensões: a formação (práticas de ensino e articulação com o movimento estudantil), a gestão (práticas de gestão de sistemas e serviços), a participação (práticas de participação e engajamento nos movimentos sociais) e a atenção (práticas clínicas ou práticas profissionais). Para Ceccim e Feuerwerker (2004), cada face do quadrilátero “comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões” e “cada interseção resulta em trajetos formativos postos em ato” (p. 47). Medeiros (2010) esclarece que essas dimensões ou faces “constituem núcleos de forças que se relacionam, resistem, conjugam, anulam-se ou amplificam-se, ao organizarem uma determinada estrutura” (p. 498). Além de apresentar uma configuração que aponta para a relação entre essas dimensões, para o movimento e as invenções possíveis, essa seria uma possível ferramenta para reflexão e análise de determinados contextos, como apresenta Medeiros (2010).

Como uma das propostas para lidar com as insuficiências da formação no âmbito da graduação e com demandas relacionadas à complexidade do trabalho no campo da saúde, nos últimos anos, o governo federal, 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, modalidade de formação considerada eficiente estratégia de formação em serviço (Gomes, Abrahão, Azevedo & Louzada, 2013), e espaço privilegiado de formação para o SUS. Para Lobosque (2012), esses programas “nasceram do empenho de gestores, profissionais e movimentos sociais, no sentido de favorecer a desterritorialização dos saberes e a descentralização das práticas” (p. 197).

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 a continuidade do processo de ensino-aprendizagem. Assim, 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). Nesse sentido, a consolidação das residências não encerra o debate acerca das transformações necessárias nos cursos de graduação.

Sem deixar de reconhecer a relevância de outras experiências que vêm acontecendo no país e que apontam também para a integração ensino-serviço-comunidade, 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), questionamos neste estudo se as experiências de pós-graduação *lato sensu* no formato das residências multiprofissionais, especificamente em saúde mental, poderiam engendrar processos de formações contra-hegemônicas.

2.3 Os desafios da formação para o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial

De qual formação podemos falar, se o nosso ponto-de-vista principal é o de não saber nada? E, por outro lado, como podemos não dizer que não sabemos nada sobre a loucura se aqueles que consideravam saber tudo sobre ela produziram aquelas coisas que são chamadas de manicômios?

Franco Rotelli

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 de 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). Segundo Pereira (2009), psicóloga, militante da Luta Antimanicomial e usuária da RAPS de Belo Horizonte, o que está se fazendo é uma “política no presente, para o presente e em função do presente vivenciar esse movimento, que faz o que ainda não existe, como desejo de vida” (p. 73).

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). Portanto, ao nos abirmos, serão eles, os loucos, nossos formadores nessa busca contínua por estratégias para a invenção de novas instituições, que estejam afinadas com um objetivo fundamental: construir condições, situações e organizações que se proponham dar respostas às necessidades das pessoas.

Retomaremos alguns pontos sobre o processo da reforma psiquiátrica no Brasil antes de voltarmos à questão da formação. Como afirmamos no início deste capítulo, o processo da reforma psiquiátrica não estava alheio às transformações que estavam em curso no resto do mundo depois da Segunda Guerra. Entretanto uma particularidade deve ser referida: a proliferação de manicômios privados conveniados com o poder público, de acordo com a política fortemente privatista que caracterizou o governo militar (Lobosque, 2001; Passos, 2009b). Assim, além dos preconceitos sociais contra a loucura e a resistência dos setores psi, no Brasil temos um terceiro obstáculo, “a indústria da loucura, no contexto de todo um processo de mercantilização da saúde” (Lobosque, 2001, p. 15). Conforme Passos (2009b), tal situação teve “importância capital no caráter político contestatório assumido pelo movimento da reforma” em nosso país (p. 56).

No Brasil, apesar da reforma ter sido também liderada por psiquiatras politicamente militantes (como aliás, ocorre em toda parte), não se pode falar em reforma psiquiátrica sem referência imediata a um movimento orquestrado pelas bases profissionais, aliadas a muitos outros atores sociais, cuja força se encontra, precisamente, em seu conteúdo de contestação e de luta política contra um poder psiquiátrico constituído. (Passos, 2009b, p. 56)

Talvez em decorrência da forma como esse movimento de transformação surgiu e se ampliou, alguns autores como Oliveira (2010), reiteram a necessidade de não perdermos de vista a distinção entre os campos da saúde mental, da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, que, segundo o autor, “apesar de se sobreporem em algumas esferas, porque

têm em comum, em graus distintos, a problemática relativa à existência do manicômio e suas consequências, não se confundem” (p. 38).

Considerando nosso contexto atual, de concretização de um modelo de cuidado baseado na comunidade e não centrado no hospital como a escolha da política pública de saúde mental no país e também considerando o desafio quase impossível de escrever sobre uma história recente onde se é também protagonista, Pitta (2011), levanta algumas questões que podem nos ajudar a pensar.

Estaria assim o movimento da Reforma Psiquiátrica sendo fagocitado pela força democratizante de gestões de Municípios, Estados e União, na medida em que alguns de seus mais expressivos militantes assumiram funções públicas relevantes no interior do aparelho de Estado? Ao incorporar as clássicas bandeiras do movimento da luta antimanicomial, como o fechamento dos manicômios e o aumento da acessibilidade ao cuidado mental comunitário, os governos democráticos a teriam esvaziado dos seus lemas mais mobilizadores? Entretanto, outro aspecto a se considerar seria se os militantes reformistas estariam se consumindo em batalhas fratricidas, fragmentados em grupos e facções que se anulam na ação política comum que deveria fazer avançar a Reforma, deixando frágil o movimento social que foi o motor de mudanças na Legislação, nas políticas públicas, no enfrentamento do estigma da loucura na sociedade. (Pitta, 2011, p. 4580)

Não caberia neste trabalho o aprofundamento dessas reflexões, mas não poderíamos deixar de indicar que o campo não é uniforme e não é isento de conflitos.

Estamos, assim como Amarante e a partir da perspectiva da desinstitucionalização italiana, entendendo a reforma como um “processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (Amarante, 2001, p. 87). No mesmo sentido, a reforma psiquiátrica entendida como um *processo social complexo* é apresentada como um movimento 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. (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001/1986, p. 18).

Amarante (2008) destaca dessa passagem “a reconversão dos recursos humanos do campo da saúde mental, pois se isto não ocorre, os fazeres aprendidos no campo manicomial e psiquiátrico tradicional serão provavelmente reproduzidos nos serviços e estruturas que se pretendam substitutivas” (p. 68).

Nesse sentido, seria possível pensarmos o complexo processo de transformação da Reforma em quatro indissociáveis dimensões (Amarante, 2008; 2011; 2012). A primeira delas, seria a teórico-conceitual ou epistêmica, “que remete a repensar, desconstruir e reconstruir vários conceitos fundamentais do modelo científico, isto é, do paradigma da psiquiatria” (2012, p. 652). Para o autor, essa talvez seja a dimensão mais importante, embora “a menos abordada, se não totalmente excluída, dos processos de formação no campo da saúde mental e reforma da assistência psiquiátrica” (2008, p. 68).

A segunda dimensão, técnico-assistencial, que trata da organização e dos princípios do cuidado e é “absolutamente redefinida quando surge como consequência ou associada à transformação na dimensão” epistemológica (2012, p. 652). A terceira dimensão seria a jurídico-política, que diz respeito aos aspectos legais que tratam do tema da loucura (código civil e penal – “absolutamente arcaicos na matéria da reforma psiquiátrica”) e aos aspectos políticos que tratam da questão da cidadania e podem apresentar grandes avanços. 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 - “ou seria esta uma dimensão que resultaria de todas as demais?” (2012, p. 652).

Para Lobosque (2001),

por mais eficazes que sejam, as reformas no âmbito da assistência só adquirem um caráter transformador quando se articulam com uma intervenção na cultura, tendo a recriação das ideias sobre a figura do louco ao mesmo tempo como objetivo e efeito de sua implementação. (p.31)

Por serem, portanto, dimensões indissociáveis, nada mais óbvio pensarmos que todos esses elementos devam ser abordados, teorizados e experimentados nas práticas de formação.

Retomando algumas das diretrizes para o funcionamento da RAPS (Brasil, 2011a), elencamos como fundamentais para a formação na perspectiva da atenção psicossocial: a assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; a diversificação das estratégias de cuidado; o desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; a promoção de estratégias de

educação permanente; e o desenvolvimento da lógica do cuidado, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

O enquadramento teórico-conceitual e histórico, exposto neste capítulo, fundamentará nossas análises. Sustenta-se em muitas publicações que afirmam que a residência multiprofissional em saúde, além de ser um espaço excepcional de formação para o SUS (Dallegrave, 2008; 2013; Brasil, 2006), é uma modalidade de formação interdisciplinar ou transdisciplinar (Nunes, 2015), e em serviço (Gomes, Abrahão, Azevedo & Louzada, 2013), que geralmente apresenta propostas de metodologias participativas e que “tem como alguns de seus principais efeitos o preenchimento de quadros técnicos adequados às atividades dos serviços e às necessidades da população” (Brasil, 2006, p. 397). Além disso, a residência multiprofissional é vista por Nunes (2015) como um lugar de produção de conhecimentos, fomentando o “exercício de uma prática auto-hétero-avaliativa processual e multifacetada composta de reflexividade e monitoramento” (p. 43).

Segundo Lobosque (2012), “a fértil experiência adquirida nas redes de serviços substitutivos em Saúde Mental, através do cuidado em liberdade, pautado pelo respeito à cidadania do portador de sofrimento mental, produz inéditos e curiosos saberes, que requerem, todavia, sistematização, divulgação e debate” (p. 197).

Assim, por um lado, as experiências de residências multiprofissionais em saúde mental podem enriquecer a formação dos profissionais de saúde, através da realização da formação dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, por outro, contribuir para a invenção e sistematização de novas práticas e conhecimentos pela Rede.

Teceremos maiores considerações acerca dos programas de residência em saúde mental no Capítulo 4. Antes, porém, apresentaremos um breve histórico e algumas reflexões gerais sobre a Política de Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil.

3 A POLÍTICA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

As especializações *lato sensu*, no formato de residências multiprofissionais de saúde ocupam hoje um papel estratégico na formação para o trabalho no SUS, apostando na efetivação de um sistema de saúde centralizado na humanização da assistência (Rosa & Lopes, 2009) e com uma “perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS” (Ceccim, 2010b, p. 20). Além disso, potencializam a articulação entre ensino e serviço, possibilitando mudanças no “modelo tecnicoassistencial a partir da atuação *multiprofissional* ou *integrada* adequada às necessidades locais regionais” (Ceccim, 2010b, p. 20).

A residência, sem distinção entre médica e não-médica, é, segundo o *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*, uma “modalidade de educação profissional pós-graduada, desenvolvida em ambiente de serviço, mediante orientação docente-assistencial” (Brasil, 2012c, p. 44).

Definida pela Lei Federal 11.129 (Brasil, 2005), a residência em saúde é uma modalidade de ensino de pós-graduação “voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica”¹⁹, constituindo-se como um “programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho”, especialmente em áreas prioritárias do SUS. A Portaria Interministerial MEC/MS 1.077 (Brasil, 2009b), estabelece que os programas de residência em saúde devem ter duração mínima de dois anos e carga horária de sessenta horas semanais. Ademais, indica as profissões contempladas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Categorias profissionais que, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, foram situadas como profissões da área da saúde, pela Resolução 287 (Brasil, 1998)²⁰.

¹⁹ A Medicina tem Comissão e normatização próprias (Comissão Nacional de Residência Médica) para os seus programas de residência, como veremos adiante.

²⁰ Determinados programas, por iniciativa independente, incluem entre o quadro de residentes profissionais de

De acordo com o Ministério da Educação, uma residência em área profissional da saúde é um programa constituído somente por uma profissão da saúde²¹, sendo o seu projeto político-pedagógico (PPP), segundo a Resolução CNRMS 2/2012, “orientado pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento” (Brasil, 2012b, p. 2). Para Dallegrave (2008), essas residências “podem ser ou não multiprofissionais e integradas” (p. 22), isso depende da configuração e da capacidade de inventividade de cada programa. Ou seja, uma residência em área profissional da saúde pode ou não ter suas atividades práticas e teóricas desenvolvidas juntamente com outros profissionais e até outros programas de residência²².

Diferentemente, o PPP de um programa de residência multiprofissional em saúde é “orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões” (Brasil, 2012b, p. 2). A mesma resolução estabelece que para um programa ser caracterizado como multiprofissional, deve ser constituído por, no mínimo, três profissões da saúde. Sendo que as

atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por: a) um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar; b) um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa; c) eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional. (Brasil, 2012b, p. 2)

outras áreas do conhecimento. O caso pioneiro é o da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, com financiamento federal e estadual, que tem recebido em suas turmas de residentes profissionais sociólogos (Torrenté, Prates & Borges, 2015).

²¹ Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/par/247-programas-e-acoes-1921564125/residencia-medica-2137156164/18168-perguntas-e-respostas-sobre-residencia-multiprofissional-e-em-area-profissional-da-saude#2>

²² Por exemplo, na época em que fui residente, desenvolvia atividades teóricas no eixo transversal, que eram comuns a todos os residentes, incluindo os da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto, os da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e outros residentes de Área como Psicologia, Farmácia, Gestão Hospitalar, Serviço Social e Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Entretanto, essa formação conjunta não acontecia por inventividade relacionada a um projeto de formação ou por uma perspectiva de cuidado integral em saúde. O fato era que a instituição formadora, situação que infelizmente é muito mais comum do que deveria ser, precisava alocar todos os residentes do primeiro ano em uma turma e todos os do segundo ano em outra, como uma forma de gestão necessária ao funcionamento dos cursos, devido aos poucos recursos oferecidos pela Universidade e à ausência de docentes. Os professores geralmente se autointitulavam voluntários e nem sempre as disciplinas eram pensadas de forma que contemplasse as especificidades dos diferentes programas ou às demandas da prática. Nesse sentido, a distância entre as atividades práticas e teóricas era considerável e a forma de educação era essencialmente bancária e sem espaço para reflexão. O que nos leva pensar que os investimentos ministeriais são fundamentais, mas obviamente não bastam para que as formações nos programas de residência aconteçam com qualidade.

Já a residência integrada em saúde, nomenclatura que não consta na legislação nacional, embora seja encontrada na Lei Estadual 11.789 do Rio Grande do Sul (2002), prevê, de acordo com Ceccim (2006), a integração entre programas de residência médica com programas de residência em área profissional:

(...) a integração entre trabalho e educação (noção de trabalho educativo); a integração de diferentes profissões da saúde como Equipes de Saúde (campo e núcleo de saberes e de práticas profissionais em articulação permanente); a integração entre ensino (formação), trabalho (serviços, práticas profissionais, gestão do setor da saúde e controle da sociedade sobre esse setor) e cidadania (valorização das pautas de luta da sociedade) e a integração do campo das ciências biológicas e sociais com o campo das humanidades para alcançar a integralidade em saúde e encetar projetos de subjetivação na invenção de mundos. (p. 7)

A defesa das residências integradas em saúde vem no sentido de enfrentar a fragmentação dos saberes em campos profissionais, diminuindo a dificuldade do trabalhador em compreender o seu processo de trabalho e as necessidades de saúde da população (Ceccim, 2010b).

Apesar dessas distinções, O *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*, indica que é possível utilizarmos como sinônimos residência multiprofissional em saúde, residência integrada em saúde e residência em área profissional da saúde, sendo que “Residência Multiprofissional em Saúde é o nome mais popularmente usado” (Brasil, 2012c, p. 33). Porém, como foi explicitado, existem diferenças práticas marcantes entre os tipos de programas (multiprofissional e de área profissional) e, por isso, optamos, neste trabalho, por manter a distinção.

3.1 A residência enquanto pós-graduação *lato sensu*

Existem no Brasil, desde a década de 1960, duas modalidades de ensino de pós-graduação, *stricto sensu* e *lato sensu*, definidas pela Lei 4.024, de 1961, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)²³ (Brasil, 1961). De acordo com o Parecer 977/65, do Conselho Federal de Educação (Brasil, 1965), que marca uma diferenciação entre essas

²³ Para uma compreensão aprofundada sobre o contexto de criação da LDB, sugerimos a leitura da Tese de Doutorado de Agnes Olschowsky, intitulada *O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise de pós-graduação "Lato sensu"* e defendida no Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 2001.

modalidades, a pós-graduação brasileira está baseada na estrutura da universidade americana, fundamentando-se não apenas na transmissão de saberes já estabelecidos, mas também no desenvolvimento de novos conhecimentos através de investigação científica e tecnológica.

A modalidade *stricto sensu* objetiva formar pesquisadores e docentes e pode ser dividida em programas de mestrado e doutorado abertos a candidatos diplomados em cursos superiores de graduação (Brasil, 1965; Ferreira & Olschowsky, 2010). Já a modalidade de pós-graduação *lato sensu*, de acordo com o Parecer 977/65, do Conselho Federal de Educação, tem objetivo “técnico profissional específico sem abranger o campo total do saber em que se insere a especialidade”, sendo cursos “destinados ao treinamento nas partes de que se compõe um ramo profissional ou científico”.

Segundo a Resolução 1/2007 do Conselho Nacional de Educação (Brasil, 2007c), que estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização, essa modalidade de ensino, que deve ser oferecida por instituições de educação superior devidamente credenciadas, exclui os cursos de aperfeiçoamento e compreende cursos de especialização abertos a candidatos diplomados em cursos superiores. A resolução indica que o corpo docente das pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização, deverá ser constituído por professores especialistas ou de reconhecida capacidade técnico-profissional, sendo que no mínimo 50% destes deverão apresentar titulação de mestre ou de doutor obtido em programa de pós-graduação *stricto sensu* reconhecido pelo MEC. A resolução determina ainda a carga horária mínima de 360 horas, e outras exigências relacionadas à oferta de curso à distância, à frequência, à elaboração individual de monografia ou trabalho de conclusão de curso e à certificação. O primeiro parágrafo da Resolução 1/2007 do Conselho Nacional de Educação (CNE), estabelece que se incluem na categoria de curso de pós-graduação *lato sensu* aqueles cuja equivalência se ajuste aos termos desta Resolução.

De acordo com Olschowsky (2001), a residência é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* que foi implementada em 1992, atendendo as deliberações da 9ª Conferência Nacional de Saúde. De fato, o Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde, nas Deliberações sobre Recursos Humanos, do eixo Implantações do SUS, afirma a importância de garantir através do MEC, e em consonância com critérios definidos pelo SUS, as residências médicas e de outras categorias profissionais (Brasil, 1992). Entretanto, como discutiremos adiante, foi apenas em 2005 que o processo de institucionalização das

residências multiprofissionais em saúde e das residências em área profissional da saúde foi encaminhado (Brasil, 2005).

Após revisão e análise de normativas sobre os programas de pós-graduação *lato sensu*, Rosa e Lopes (2010), concluem que historicamente essa modalidade de ensino não se configura como uma atividade contínua de ensino regular, aproximando-se muito mais da categoria de extensão, não acadêmica, que propriamente de ensino. As autoras indicam que o contraste entre as pós-graduações *lato* e *stricto sensu* fica claro no Relatório emitido pelo Conselho Nacional de Educação no ano de 2002:

De certa maneira, os cursos de especialização em todas as formas previstas, os de aperfeiçoamento e até os de extensão, fazem parte de um mesmo *grupo de educação continuada*, cujas características principais são a oferta descontínua, episódica e, na maioria dos casos, não acadêmica, conduzindo a certificado. “Vale dizer, tais cursos contrastam com definição de ensino, aproximando-se, muito mais, do conceito de extensão”, conforme argumenta a Informação SESU, número 57 (...), o que tem levado, por decorrência, à compreensão de que se tratam de cursos livres que independem, exceto no caso de entidades não educacionais, de prévia autorização e de continuada supervisão. Ao contrário dos cursos de especialização que levam a certificado, a oferta dos programas de mestrado e de doutorado, em seguimento à graduação, visa a aprofundar a formação científica ou cultural. (Brasil, 2002b, p. 5, grifo do autor).

De acordo com Rosa & Lopes (2009) essa compreensão pode levar ao entendimento de que os cursos de pós-graduação *lato sensu* “independem de autorização e de continuada supervisão da devida qualificação profissional” (p. 493). Como consequência, pode haver uma facilitação da formação profissional, mas sem a garantia de qualidade, desqualificando o trabalhador e possivelmente precarizando o campo de trabalho para os profissionais da saúde.

3.2 Histórico da residência em saúde no Brasil

É importante retomarmos, ainda que muito rapidamente, a história da residência médica no Brasil, pois ela teve papel determinante na introdução das residências multiprofissionais, três décadas mais tarde. Os primeiros programas de residência médica do Brasil: tiveram início na década de 1940, em São Paulo e no Rio de Janeiro e, na década de 1960 os programas já estavam consolidados. Influenciados pelo modelo flexneriano e estadunidense de formação médica, esses programas eram centrados no treinamento em

habilidades técnicas dentro das instituições hospitalares e no modelo clínico tradicional (Ferreira & Olschowsky, 2010), numa perspectiva racionalizadora e positivista.

Em 1970 o Conselho Federal de Educação emitiu uma nota afirmando que a residência médica era o sistema pedagógico ideal para a formação do médico (Ferreira & Olschowsky, 2010) e em 1977, se tornou uma modalidade instituída pelo Decreto 80.281, que também instituiu a Comissão Nacional de Residência Médica²⁴.

Na década de 1950 os primeiros Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) foram criados no Brasil, e, com a incorporação da medicina preventiva ao currículo mínimo, através da Reforma Universitária de 1968, esses Departamentos estenderam-se para todo o país (Escorel, 1999). O movimento preventivista, segundo Carvalho e Ceccim (2012) indica que a formação deveria estar em sintonia com as necessidades de saúde da população e se configuraria como a estratégica para a transformação das práticas em saúde.

O modelo preventivista, entretanto, foi incorporado com mudanças significativas, sendo que ainda na década de 1960, dentro dos próprios Departamentos de Medicina Preventiva, teve início a formação das bases universitárias do Movimento Sanitário.

A crítica à medicina preventivista foi feita no interior dos próprios departamentos constituídos para seu ensino, e a crítica ao positivismo e às propostas racionalizadoras foi financiada pelos próprios organismos que as difundiam. (Escorel, 1999, p. 19)

Nesse contexto, surgem, na década de 1960, os programas de residência médica vinculados aos Departamentos de Medicina Preventiva e Social das universidades (Ferreira & Olschowsky, 2010).

Foi no período mais repressivo da história do Brasil (final da década de 1960 e início da década de 1970), que, de acordo com Escorel (1999), se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico social, tendo como norte a transformação da abordagem dos problemas de saúde²⁵. Como uma proposta para compreensão do processo, Escorel (1999), aponta três vertentes principais na composição originária do movimento sanitário. A primeira vertente, constituída pelo movimento estudantil setorial, formada principalmente por estudantes de medicina (mas não apenas), juntamente com o Centro Brasileiro de Estudos de

²⁴ O Decreto de 1977 não correspondeu aos anseios da Associação Nacional dos Residentes Médicos, sobretudo pela ausência de reconhecimento dos direitos trabalhistas. Para mais informações, ver Escorel (1999).

²⁵ Ressalta-se ainda que foi na década de 1970 que se introduziu o direito à educação popular como projeto de cidadania, conforme a pedagogia da libertação, de Paulo Freire (Carvalho & Ceccim, 2012).

Saúde (CEBES), criado em 1976, “difundia uma ideologia social e profissional, bem como, uma estratégia de luta” (p. 89). A segunda vertente composta pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica, “se caracterizava por colocar essas ideias em prática em um *locus* especial de ação: a esfera do trabalho” (p. 89). Por fim, a terceira vertente, denominada academia, formada por docentes e pesquisadores e voltada para a formação de recursos humanos e a pesquisa, “deu consistência teórica às análises assumidas pelo conjunto do movimento e empunhadas como bandeiras de transformação” (p. 111).

Assim, no auge da ditadura no Brasil e da luta política contra o regime ditatorial, um novo pensamento sobre a saúde ganha espaço nas universidades brasileiras, e os projetos de aprendizagem em saúde comunitária tiveram destaque nos debates sobre as mudanças no campo da educação (Carvalho & Ceccim, 2012, p. 148). Muitos estudantes de medicina insatisfeitos com sua formação, com suas perspectivas profissionais e políticas e desejosos de mudanças, espontaneamente

(...) começaram a procurar formas de vincular-se à população e seus problemas. Passaram a dar consultas, promover ações educativas, participar de movimentos e lutas mais gerais nos bairros e comunidades, e a procurar em suas faculdades espaços de discussão dessa prática e dessa realidade social. (Escorel, 1999, p. 23)

Dessa maneira, o movimento da Reforma Sanitária, além de surgir com ideais de “acesso universal gratuito, equânime, voltado para a atenção integral, com responsabilidades compartilhadas entre os diferentes níveis do governo e com participação social” (Pasini, 2010, p. 48), despontou também como “resistência ao modelo de formação baseado na especialização e fragmentação do conhecimento, e na visão da doença como fenômeno estritamente biológico” (Brasil, 2006, p. 5). Carvalho e Ceccim (2012) ressaltam ainda que a reformulação da compreensão sobre o que seria saúde, proposta pela Organização Mundial de Saúde em 1964 como “bem-estar físico, mental e social”, também exigia uma modificação no âmbito da formação.

O ensino, portanto, teria de se desapegar da biologia, como razão científica para a saúde, e estabelecer o entrecruzamento com a psicologia, as humanidades (psiquismo afetivo e cognitivo) e as ciências sociais e humanas (saúde e sociedade, saúde e história, etc.) para uma reforma na educação não apenas instrumental, mas de projeto político-pedagógico. (Carvalho & Ceccim, 2012, p. 147)

Em decorrência de todas essas transformações, e diferenciando-se dos programas de residência realizados em instituições hospitalares e em regime de internato (Ferreira & Olschowsky, 2010), a primeira experiência de uma residência multiprofissional ganhou lugar em 1978, como um desdobramento da primeira residência em medicina comunitária do país, criada em 1976, por iniciativa da Secretaria do Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, através da Escola de Saúde Pública – ESP/RS (Brasil, 2006). Portanto, essa experiência surge devido à “necessidade de um trabalho integrado da equipe de saúde, sobretudo na perspectiva da atenção à família e à comunidade” (Brasil, 2009c)²⁶.

O objetivo da residência multiprofissional, realizada no Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), localizado em Porto Alegre, era formar profissionais com uma “visão integrada entre saúde, clínica, saúde mental e saúde pública” (Martins, Rosa, Basso, Orofino & Rocha, 2010, p. 78). Segundo pesquisa de Uebel, Rocha e Mello (2003), um médico do CSEM que havia chegado dos Estados Unidos após o término de seu mestrado, trouxe o “modelo de saúde inglês do médico de quarteirão e, juntamente com outros dois médicos, desenvolveu a ideia de ‘equipe de saúde’, propondo um modelo de atenção em saúde que rompe com o binômio médico-enfermeiro” (p. 118). O programa recebeu, na época, profissionais de enfermagem, serviço social e medicina veterinária. Para as autoras, um fato notório é que a Conferência de Alma-Ata, marco histórico do início dos debates sobre a atenção básica, foi realizada em 1978, após a implantação desse serviço, despertando curiosidade sobre a origem das propostas de trabalho no Murialdo. Em entrevista, uma médica do CSEM apresenta para as autoras a hipótese

de que as idéias “murialdinas” foram baseadas em uma prática de saúde existente na China, conhecida como *médicos descalços da China*²⁷. É importante salientar que a China, país comunista, viveu um processo de abertura política na década de 60, cujas idéias foram divulgadas pelo mundo. No Brasil, na década de 70, essas idéias, ao mesmo tempo que eram reprimidas pela ditadura militar, disseminavam-se no meio intelectual, e o Murialdo, como local de cabeças pensantes, vivia essa realidade. (Uebel, Rocha & Mello, 2003, p. 119)

²⁶ Também na década de 1970, uma outra experiência de formação de equipe multiprofissional teve início no Brasil - o Treinamento Avançado em Serviço (TAS), de iniciativa e gestão da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ). Entretanto, por questões de financiamento, não teve continuidade. (Brasil, 2009c; Duarte, 2014; Torres, 2015)

²⁷ De acordo com Ramos (citado por Escorel, 1999, p. 23), a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da publicação *Saúde para o povo*, na década de 1960, difundiu a proposta de inúmeros programas de atenção à saúde que se desenvolviam com baixo custo financeiro e com expressiva participação da comunidade. Esses programas eram baseados na experiência dos “médicos de pés descalços” da China.

A partir de então, outros estados incorporaram a experiência e, no início da década de 1980, várias residências multiprofissionais estavam em curso no país (Rosa & Lopes, 2009). Essas experiências, segundo Ceccim (2010b)

teriam sido importantes para a conformação de certa massa crítica que teria contribuído, em seus espaços locorregionais – e ao lado das representações profissionais e movimentos sociais nacionais – para o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). (Ceccim, 2010b, p. 19)

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1961, como informamos anteriormente, regulamentou a pós-graduação como uma das modalidades de ensino no país, porém a regulação da residência enquanto uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* existia apenas para a residência médica (Brasil, 2006; Ferreira & Olschowsky, 2010). Assim, devido à falta de regulamentação e em um período marcado pela “diretriz política de desobrigação do Estado pela gestão dos setores sociais, inclusive o da saúde” (Rosa & Lopes, 2009, p. 490), no fim dos anos 1980 e início dos anos 1990 muitos programas de residência foram descontinuados (Duarte, 2014), inclusive a experiência inovadora do Centro de Saúde Escola Murialdo²⁸ (Uebel, Rocha & Mello, 2003).

Com a criação do Programa Saúde da Família, em 1993, o sistema de saúde começa a se estruturar de maneira a fortalecer a atenção básica, em contraposição ao modelo de organização do cuidado em saúde centrado na doença e na atenção hospitalar, e outras exigências para o trabalho começam a surgir, demandando mudanças na formação dos profissionais de saúde (Brasil, 2006).

Como um desdobramento dessas transformações, ao final de década 1990, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, o Ministério da Saúde, em parceria com atores do Movimento Sanitário, reativou os projetos para as residências multiprofissionais (Brasil, 2006) que, a partir de 2001, passaram a contar com financiamento do Governo Federal (Rosa & Lopes, 2009). Aconteceram no ano de 1997 diversos encontros a respeito do desenvolvimento das residências em saúde da família, e o relatório final do Seminário sobre Saúde da Família apresentou uma proposta de criação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Santos, 2010). Em 2002, foram criados dezenove programas de residências multiprofissionais em saúde da família com financiamento do Ministério da Saúde (Brasil,

²⁸ Esse programa, que foi muitas vezes interrompido ao longo dos anos, em função de diferentes conjunturas de gestão, é oferecido ininterruptamente desde 2000 pela Escola de Saúde Pública (ESP/RS) e realizado através da Residência Integrada em Saúde Coletiva (Martins, Rosa, Basso, Orofino e Rocha, 2010; Torres, 2015).

2006; Santos, 2010). Nesse sentido, Torres (2015) afirma que “mesmo governos com menor contribuição foram importantes e significaram movimentos para a efetiva regulamentação das Residências em Saúde no Brasil” (p. 100).

3.3 A residência em saúde como um projeto nacional

Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), a partir de 2003, diversos programas de educação em saúde receberam repasse financeiro e algumas mudanças nos cursos de graduação na área da saúde aconteceram. Dentre os programas e projetos, podemos elencar alguns: Aprender-SUS, VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) e Fnepas (Fórum de Educação das Profissões na Área da Saúde), PET-Saúde, o Pró-Saúde, o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o Caminhos do Cuidado. Além do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, os outros programas e políticas de formação destinados a profissionais já formados são: Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência)²⁹, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), Programa Nacional de Telessaúde e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Ainda que essas iniciativas sejam tímidas em sua capacidade de promover mudanças nas práticas hegemônicas no sistema de saúde, elas são potentes no sentido de desencadear processos de transformação no trabalho e na formação de profissionais de saúde e na própria produção dos atos de cuidado.

A partir do desenvolvimento da *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde* (Brasil, 2004), o tema das residências em saúde emerge de maneira relevante e os programas têm uma notável expansão (Ceccim, 2010b; Torres, 2015).

No Ministério da Saúde, as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde estão no âmbito do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), assim como outros programas voltados para Educação Superior e Educação Técnica (Ferreira &

²⁹ Importante indicar que apesar dos investimentos voltados para áreas compreendidas como prioritárias para o SUS, no Brasil não existe uma política de regulação das vagas de residência, não sendo possível que o governo federal ou o setor privado corrijam os eventuais desequilíbrios no número e na distribuição de especialidades. (Campos, Aguiar & Belisário, 2012, p. 899),

Olschowsky, 2010; Batista, 2013; Braga, 2014). De acordo com Kind et al. (2012), “desde 2005 a SGTES tem publicado editais voltados especificamente para a formação no ensino superior, viabilizados em portarias interministeriais, que envolvem principalmente o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação” (p. 110).

Torres (2015) indica que quando a SGTES foi criada, “atores do movimento de Reforma Sanitária Brasileira e de mudança na formação das profissões da área da saúde” (p. 100) ocuparam cargo de direção nos departamentos, como Laura Feuerwerker e Roseni Pinheiro. A autora indica ainda que aquele momento “marca um período de ampliação de programas [de residência] no país, com perspectiva crítica e voltados para o SUS, ao mesmo tempo que sinaliza um processo de mobilização à regulamentação” (Torres, 2015, p. 107).

Embora existissem diversas experiências de programas de residência multiprofissional pelo país desde o final da década de 1970, foi somente em 2005, com a promulgação da Lei Federal 11.129, que o processo de institucionalização das residências multiprofissionais e em área profissional da Saúde teve início³⁰. E, através da Portaria Interministerial MS/MEC 45, de 2007 (Brasil, 2007a), foram definidos os eixos norteadores para os processos de ensino-trabalho que devem constar nos projetos político-pedagógicos (Duarte, 2014). Tal Portaria define que os programas de residência multiprofissional em saúde e em área profissional da saúde deverão ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, considerando as necessidades e realidades locais e regionais, e contemplando os seguintes eixos norteadores:

- I - cenários de educação em serviços representativos da realidade sócio-epidemiológica do País;
- II - concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;
- III - política nacional de educação e desenvolvimento no SUS aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada entre as distintas esferas de governo;
- IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
- V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurada em itinerário de linhas de cuidado de forma a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- VI - integração ensino-serviço-comunidade por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino, serviço e gestão;
- VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde;
- VIII - integração com diferentes níveis de formação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o ensino de educação profissional, graduação e pósgraduação na área da saúde;

³⁰ De acordo com Torres (2015) “o marco regulatório das Residências em Área Profissional da Saúde, multiprofissional e uniprofissional, se inicia com a publicação da Medida Provisória (MP) 238, de 1º fevereiro de 2005” (p. 90).

- IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;
- X - descentralização e regionalização contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
- XI - monitoramento e avaliação pactuados para garantir que o sistema de avaliação formativa seja dialógico e envolva a participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e gerentes do SUS e o controle social do SUS, considerando a conformação da política, da execução e da avaliação dos resultados; e
- XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema.

Ainda no ano de 2005, SGTES realizou, em parceria com a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde, o I Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, contando com a participação de diversos atores, como residentes, coordenadores, secretários municipais e estaduais, com o objetivo de “fomentar a reflexão e estimular o debate com as representações sobre as residências multiprofissionais em saúde” (Brasil, 2009c, p. 5).

Em 2006, aconteceu o II Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, desencadeando seminários estaduais. No mesmo ano, a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, aprovou dezesseis propostas sobre as residências em saúde, legitimando, inclusive, a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, enquanto processo para regulamentação de tal modalidade de formação (Brasil, 2009c). Já o III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde aconteceu em 2008, na mesma ocasião foi realizada uma oficina de capacitação de cem avaliadores para os programas (Brasil, 2009c).

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), “uma nova instância no sistema educacional e sanitário brasileiro” (Ceccim, 2010b, p. 21), foi criada em 2005, com a Lei 11.129 (Brasil, 2005), mas foi instituída, no âmbito do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação, apenas em 2009, com a Portaria Interministerial MEC/MS 1.077 (Brasil, 2009b).

A CNRMS é coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e tem como principais atribuições avaliar, supervisionar e regular e programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde. Assim, a partir de meados de 2008 as Instituições de Ensino Superior e outras instituições que possuíam programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde iniciaram o cadastramento junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (Duarte, 2014). Atualmente, através da CNRMS, os programas de residências multiprofissional e em área profissional da

saúde estão no âmbito da Coordenação Geral de Residências em Saúde, da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação.

É imprescindível ressaltar que a regulamentação dos programas ainda está em curso, sendo que quase todos os programas cadastrados ainda estão em avaliação pela CNRMS. Tal regulamentação, segundo Dallegrave e Kruse (2009), não está acontecendo sem conflitos, incluindo o fato de que historicamente “a modalidade de ensino denominada Residência consolidou-se como especialização para médicos, veiculando o modo hegemônico de atuação por especialidade” (p. 213). A residência médica é uma prática há muito conhecida e popularizada, entendida como indispensável para a qualificação dos profissionais médicos (Ferreira & Olschowsky, 2010), e tendo sua certificação garantida e reconhecida.

Enquanto a Residência Médica tem sua certificação assegurada pela CNRM, as demais profissões que integram a Residência Multiprofissional, quando vinculadas a uma universidade, têm sua certificação como especialização, mas não na modalidade de residência, com as especificidades que a caracterizam. (...) Como pode o Governo justificar o alto investimento em uma modalidade de pós-graduação que ele próprio não reconhece e não certifica? (Brasil, 2006, p. 7)

Em relação à criação da CNRMS, Torres (2015) apresenta uma relevante análise sobre a polarização e os conflitos existentes entre a categoria médica e as demais profissões. Para a autora, naquele momento veio à tona a forte disputa em relação à aprovação de algumas políticas. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), refletindo o modelo biomédico hegemônico e corporativista, opôs forte resistência entre 2003 e 2005 ao estabelecimento da CNRMS. Como nos indica Feuerwerker (2007), a “educação na saúde é um campo de saberes e de práticas sociais em pleno processo de constituição/construção. Há tensões e disputas na definição de suas temáticas centrais e na maneira de abordá-las” (p. 4).

Dallegrave (2008) apresenta a residência multiprofissional em saúde como uma invenção cultural constituída a partir do Sistema Único de Saúde. Para a autora, embora não haja uma hierarquização das produções sobre essa modalidade de formação, “de maneira geral, o discurso dos médicos (residentes ou não) fala contra o projeto das Residências” (p. 69). Por outro lado, indica que os discursos que falam a favor das residências multiprofissionais vêm de grupos formados por residentes e instituições que mantêm programas de residência multiprofissionais. Tais discursos relacionam-se, segundo a autora com os ideais da Reforma Sanitária e indicam a necessidade de uma Reforma Universitária, ao articularem a questão da formação e dos serviços de saúde, além de aproximarem-se dos

discursos sobre a integralidade. Dessa maneira, a autora indica que são “jogos de verdade e enredamentos que se constroem a partir dos discursos e que, em nossa sociedade, constituem a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde como uma invenção cultural (...)” (Dallegrave, 2008, p. 70).

Um exemplo banal de como as residências em saúde são tratadas de maneira muito desigual em relação às residências médicas, mesmo no contexto acadêmico e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, é encontrado na Plataforma Lattes, quando preenchemos o Currículo Lattes, que é considerado “um padrão nacional no registro da vida pregressa e atual dos estudantes e pesquisadores do país, e é hoje adotado pela maioria das instituições de fomento, universidades e institutos de pesquisa”³¹. Quando o estudante e/ou pesquisador vai atualizar o item “Formação acadêmica/titulação”, ele encontrará as seguintes opções: doutorado, mestrado, mestrado Profissional, Especialização, Especialização – Residência Médica, Graduação, Ensino Profissional de Nível Técnico, Ensino Médio (2º grau), Ensino Fundamental (1º grau) e Aperfeiçoamento. Uma residência em saúde, que não aparece nomeada, embora considerada uma especialização *lato sensu*, se diferencia enormemente dos cursos de especialização disponíveis, a começar pela enorme carga horária que ultrapassa, em muito, as 360 horas.

Apesar das dificuldades, as residências em saúde, assim como outros programas e projetos da SGTES/DEGES, são experiências que podem potencializar a aprendizagem multi e transdisciplinar. No caso dos programas de residência, ressaltamos que alguns chegam a abarcar mais de dez categorias profissionais, como é o caso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral, que além dos residentes médicos, recebe profissionais das seguintes categorias: enfermagem, odontologia, psicologia, nutrição, serviço social, fisioterapia, educação física, farmácia, terapia ocupacional e fonoaudiologia (Parente, Dias, Chagas & Craveiro, 2006).

Lima e Santos (2012), a partir da análise de um programa de residência multiprofissional situado no estado da Bahia, indicam que a formação em serviço nos moldes da residência proporciona espaços destinados à reflexão e problematização de práticas, e que a interação entre os atores envolvidos (preceptores, tutores e residentes) propicia um refinamento das habilidades necessárias para o trabalho no campo da saúde.

³¹ Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/>.

Essa modalidade de formação vem ganhando espaço nas políticas públicas e na destinação de verbas do Ministério da Saúde. Em 2014, o número de programas de residências multiprofissionais ou de áreas profissionais da saúde cadastrados no Sistema da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS) passava de mil³². De acordo com os dados disponibilizados em maio deste ano pelo Ministério da Educação³³, com um aumento de praticamente 50%, existem atualmente mais de mil e quinhentos programas cadastrados.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde informa que até 2008 o pagamento de bolsas para coordenação, residentes, tutores e preceptores acontecia por meio de convênios. Entre 2006 e 2008, foram investidos 133,5 milhões da SGTES nas residências multiprofissionais, sendo que o financiamento dos programas aumentou de dez para vinte e cinco estados brasileiros. A SGTES aponta ainda, a partir de 2009, o financiamento das residências em saúde pelo Ministério da Saúde passou a acontecer por edital de seleção de projetos e pagamento direto das bolsas de estudo aos residentes, e não mais por convênio.

Em relação ao SisCNRMS, é preciso indicar que ele foi instituído em 2012, pela Resolução 5/2012 da CNRMS, com o objetivo de apoiar o processo nacional de avaliação, supervisão e regulação dos programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde no país (Brasil, 2012a). O SisCNRMS funciona sob a responsabilidade da CNRMS e da Coordenação Geral de Hospitais Universitários e Residência de Saúde do MEC, e a parte tecnológica é mantida pela Diretoria de Tecnologia da Informação do MEC.

A Resolução 5/2012 estabelece que as informações sobre o andamento dos processos de autorização e reconhecimento de cursos de residência multiprofissional em saúde, a relação de cursos autorizados e reconhecidos pela CNRMS e demais informações relativas a esses atos deverão constar no SisCNRMS, inclusive a relação dos programas autorizados, reconhecidos ou com reconhecimento renovado. Em seu artigo quinto, a Resolução prevê ainda que os documentos e as informações registradas no SisCNRMS serão públicos, excetuadas as hipóteses de sigilo previstas na lei. Entretanto, como já indicamos, tivemos dificuldades para conseguir alguns documentos durante a fase exploratória da pesquisa.

³² Disponível em: portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18168.

³³ Informação enviada por e-mail pela Equipe Técnica da Residência Multiprofissional da Coordenação Geral de Residências em Saúde do MEC em março de 2016.

Os projetos político-pedagógicos, por exemplo, não ficam disponíveis e, nem sempre, são de fácil acesso. Alguns programas disponibilizam os projetos para qualquer interessado, através de páginas na internet, como é o caso do Programa de Atenção em Saúde Mental da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia³⁴. Alguns projetos têm se tornado objetos de pesquisa (Santos, 2010).

Santos (2010) afirma que mesmo antes da regulamentação dos Programas de Residência já havia um grande debate acerca das características pertinentes aos cursos, respeitando-se as especificidades locorregionais. Assim, em consonância com este fato e com os direcionamentos da LDB, “cada programa elaborou um Projeto-político Pedagógico (PPP), a fim de demonstrar os eixos norteadores e a organização de cada curso” (p. 5). A mesma autora, em recente pesquisa de mestrado, após analisar os Projetos Político-Pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, conclui que a discussão sobre os aspectos pedagógicos dos programas é fundamental para que não sejam reproduzidas concepções de educação e de saúde antes criticadas. Para Veiga (1998), o projeto político-pedagógico demanda

profunda reflexão sobre as finalidades da escola, assim como a explicitação de seu papel social e a clara definição de caminhos, formas operacionais e ações a serem empreendidas por todos os envolvidos com o processo educativo. (p. 9)

A autora indica ainda algumas características necessárias para que um projeto político-pedagógico de qualidade seja concebido e executado. Em relação à concepção, o processo de decisões deve ser participativo e preocupado em desvelar conflitos e contradições, e deve explicitar o compromisso com a formação cidadã e com a autonomia da instituição; no que tange à execução, o projeto deve estar vinculado com a realidade, deve ser praticável e ter a possibilidade de ser continuamente construído, não se resumindo a uma questão pedagógica ou a simples exigência burocrática (Veiga, 1998). Ao definir os fundamentos teórico-metodológicos, objetivos e a organização didático-pedagógica, o projeto explicita uma direção para um compromisso estabelecido coletivamente. Nesse sentido, deve ter amparo em uma reflexão sobre a educação, sobre o homem a ser formado e sobre a cidadania.

³⁴ Recuperado de: <http://www.coremu.famed.ufu.br/saudemental>

Segundo o MS (Brasil, 2006), embora exista grande variedade de desenhos metodológicos, a maioria dos programas defende fortemente a utilização de metodologias participativas e a educação permanente como eixo pedagógico, aproximando ensino e gestão, o que aponta para mais uma característica relevante dessa modalidade de formação. Todavia, Rosa e Lopes (2009) afirmam que embora a residência multiprofissional em saúde seja apresentada pelo Estado como uma estratégia para formação de recursos humanos, especialmente para o SUS, através da formação em serviço, é preciso questionar se essa interferência no modelo educacional contribuirá para o aprimoramento da formação ou se está apenas estruturando a rede de saúde através da oferta de um campo de trabalho precarizado.

De toda maneira, é necessário não perder de vista que realizar a avaliação dessas experiências é uma empreitada complexa, principalmente devido às diferenças locais e à grande variedade de desenhos metodológicos existentes (Brasil, 2006).

Observando a certa distância, podemos dizer que todos os Programas de RMS existentes no Brasil apresentam alguns eixos ou princípios em comum. No entanto, uma observação mais aproximada nos permitirá visualizar que cada um destes Programas apresenta metodologias e cenários de práticas diversificados, que podem ser desde a natureza (pública, privada, filantrópica) e a estrutura da instituição de ensino ou o serviço disponível para a formação, até a relação desta com a rede de serviços de saúde. Também poderão existir diferenças quanto à qualificação da preceptoria, à participação dos atores envolvidos na construção dos programas, à avaliação, ao financiamento, à carga horária, entre outras. Esta diferenciação, mais do que um problema, permitirá identificar marcas importantes para a constituição da identidade de cada uma das Residências. (Martins, Rosa, Basso, Orofino & Rocha, 2010, p. 79)

Recentemente, a Resolução CNRMS 2, de 13 de abril de 2012 (Brasil, 2012b), instituiu as diretrizes gerais para a criação e operacionalização dos programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde, em âmbito nacional, o que não invalida a defesa de certa liberdade de arranjos locais, e, por consequência, da necessidade de estudos aprofundados sobre as experiências locais.

4 PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: CONFIGURAÇÕES NACIONAIS, MINEIRA E DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE

Os programas de residência, sejam eles na modalidade multiprofissional, de área ou integrada, têm ênfases diversas, como indicamos anteriormente. Neste capítulo, desenvolveremos uma discussão sobre os programas de residência multiprofissional em saúde mental, amparando-nos em alguns dados nacionais do Sistema da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS), e em contribuições da pesquisa documental e da revisão bibliográfica da literatura especializada. O objetivo do capítulo é situar em linhas gerais a proposição desse tipo de residência pelo país, para em seguida, contextualizarmos a realidade de Minas Gerais e apresentarmos uma descrição sumária sobre a configuração das três experiências desenvolvidas na região metropolitana da capital do estado, escolhidas para nosso estudo.

Como apresentamos no primeiro capítulo desta dissertação, embora com certa disparidade em relação às inovadoras experiências práticas, a questão da formação profissional para o campo da saúde mental tem passado por diversas transformações. Talvez, as mais recentes mudanças referentes à formação, localizadas na última década, sejam decorrentes de investimentos ministeriais, no sentido de estimular uma maior integração entre instituições de ensino, serviços e comunidades.

Apesar de constatarmos que a formação ainda hegemônica seja fragmentada e pautada em um modelo biomédico, influenciado pelo paradigma flexneriano, o paradigma da integralidade e o conseqüente debate sobre necessidade de uma formação profissional comprometida com a realidade, tornam-se cada vez mais presentes. O Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, publicado em 1992, por exemplo, determina que os programas de formação e capacitação de pessoas devem 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. O Relatório ressalta ainda a necessidade de “estimular práticas de ensino, pesquisa e extensão que favoreçam novas atitudes dos futuros profissionais em relação à doença mental e que

estimulem o desenvolvimento do potencial dos indivíduos com sofrimento psíquico” (Brasil, 1992, p. 9).

No mesmo sentido e de maneira mais enfática, o Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, indica na seção *Política de formação, pesquisa e capacitação de recursos humanos em saúde mental no SUS*, a relevância da “criação de programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS, por meio de capacitação/educação continuada, monitoramento dos trabalhadores e atores envolvidos no processo da Reforma” (Brasil, 2002c, p. 72). Dentre os diversos programas de educação, indica também como oportunas as residências multiprofissionais em saúde mental. O relatório pontua ainda que a

política de formação e capacitação deve criar espaços de troca baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa, construídos através de intercâmbio entre municípios, coordenadorias regionais e estados, e entre serviços e instituições formadoras, voltados para profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, considerando a competência técnica e política desejada (Brasil, 2002c, p. 73).

Antes dos anos 2000, existiam poucas experiências de residência multiprofissional em saúde mental 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 (Ensp/Fiocruz). É importante ressaltar que esse programa é, inclusive, reconhecido como o primeiro a integrar a formação dos profissionais da medicina com os demais profissionais de saúde de nível superior, em 1994 (Ceccim, Silva, Palombini & Fagundes, 2010)³⁵.

De acordo com Ceccim, Silva, Palombini e Fagundes (2010), “a designação Residência Integrada ficou popularizada pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul” (p. 135), que, em 1999, deu início ao Programa de Residência Integrada em Saúde (Dallegrave, 2008). Em 2002, o Rio Grande do Sul (RS) publicou a Lei Estadual 11.789, criando, no âmbito da Secretaria da Saúde do RS, o Programa de Bolsas de Estudos para a Residência Integrada em Saúde (Rio Grande do Sul, 2002). É importante lembrarmos que em

³⁵ Atualmente está em execução o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Municipal Philippe Pinel, no Rio de Janeiro, de acordo com Edital da Secretaria Municipal de Administração do Rio de Janeiro, de 2015, quando foram abertas 18 vagas para profissionais graduados em serviço social (5), enfermagem (5), terapia ocupacional (4) e psicologia (4). Esse programa, “integra a política de formação e educação permanente da Superintendência de Saúde Mental da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro”. Recuperado de: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5651167/4148595/EDITAL_SMA_N_201_SAUDE_MENTAL_CERTO.pdf

1978 o RS, através da Secretaria de Saúde, já havia, a partir da Residência em Medicina Comunitária, colocado em curso uma experiência de residência multiprofissional, envolvendo outros profissionais da saúde de nível superior, como afirmamos anteriormente (Brasil, 2006).

Outras experiências de destaque são o Programa de Residência Integrada em Saúde Mental do Hospital Psiquiátrico São Pedro, também no 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 (UFRGS), através do EducaSaúde – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (Ceccim, Silva, Palombini & Fagundes, 2010)³⁶.

Em 2006, teve início a elaboração da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com área de concentração em Saúde Mental, vinculada à Universidade Federal da Bahia, e que teve a sua primeira turma com entrada em 2008. Segundo Nunes (2015), o curso partiu dos pressupostos de que o trabalho deveria ser desenvolvido tendo como arcabouço teórico as produções da saúde coletiva, do modelo de atenção psicossocial e das estratégias de desinstitucionalização e suas práticas inseridas no SUS, de maneira a desenvolver práticas pautadas na integralidade e na humanização do cuidado. Em recente publicação organizada por Nunes, Torrenté & Prates (2015), é possível encontrar uma ampla sistematização das atividades desenvolvidas no âmbito deste programa, assim como pertinentes reflexões sobre a própria modalidade de formação.

Como informamos, existem atualmente mais de mil e quinhentos programas de residências multiprofissionais ou de áreas profissionais da saúde cadastrados no SisCNRMS³⁷. De acordo com nosso levantamento, aproximadamente noventa desses programas indica vinculação com o campo da saúde mental³⁸, sendo que a distribuição por regiões brasileiras está apresentada no Quadro 3:

³⁶ Desde 1997, o Programa de Pós-Graduação em Educação contempla estudos (teses e dissertações) sobre “o desencadeamento e os desdobramentos da Saúde Mental Coletiva no estado do Rio Grande do Sul (Ceccim, Silva, Palombini & Fagundes, 2010, 128)

³⁷ A título de informação, através de busca realizada em maio de 2016 no sistema interativo e-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior do MEC, localizamos cerca de 250 cursos pós-graduações *lato sensu* no formato de especializações, vinculados ao campo da saúde mental, que estão atualmente ativos. Em Minas Gerais são 22 cursos. Esse dado inclui, os programas de residência que estão cadastrados no MEC.

³⁸ Realizamos um recorte das informações a partir da vinculação dos programas à Área Temática/Conhecimento “Saúde Mental” ou “Atenção à Saúde Mental”. A pertinência dessa escolha deve-se ao fato de que alguns programas estejam vinculados à área da “Saúde Mental” ou “Atenção à Saúde Mental, embora não indiquem a informação em seus títulos, como veremos adiante o exemplo do Programa de Residência em Psicologia Hospitalar vinculado a Universidade Federal de Juiz de Fora.

Quadro 3: Programas de Residência cadastrados no SisCNRMS, vinculados à Área Temática/Conhecimento “Saúde Mental” ou “Atenção à Saúde Mental”, divisão por região do Brasil.

Região	Número de Programas
Centro-Oeste	2
Norte	8
Nordeste	22
Sul	28
Sudeste	31
Total	91

Fonte: Equipe Técnica da Residência Multiprofissional da Coordenação Geral de Residências em Saúde do MEC. Quadro elaborado pela pesquisadora em maio de 2016.

Em relação à localização, observamos, portanto, uma distribuição equilibrada, considerando as respectivas densidades populacionais das regiões, com destaque para a região Sul.

O documento Saúde Mental em Dados 12 apresenta também informações sobre as residências em psiquiatria e multiprofissionais em saúde mental. É interessante reproduzirmos aqui alguns dados, vejamos. O Quadro 4 apresenta o número de vagas em residências em psiquiatria e psiquiatria da infância e adolescência no país, por região:

Quadro 4: Número de vagas em residências em psiquiatria no Brasil, em 2014, por região.

Região	Vagas em Residências em Psiquiatria	Vagas em Residências em Psiquiatria da infância e adolescência
Centro-Oeste	29	-
Norte	49	-
Sul	94	10
Nordeste	116	24
Sudeste	317	51
Total	605	85

Fonte: Saúde Mental em Dados 12 (Brasil, 2015). Adaptado pela pesquisadora em novembro de 2016.

Já o Quadro 5 apresenta o número de vagas em residências multiprofissionais em saúde mental, por estado:

Quadro 5: Número de vagas em residências multiprofissionais em saúde mental no Brasil, em 2014, por estado.

Estado	Vagas
CE	63
PE*	5
MG	28
PA	9
PE*	10
RO	6
RS	24
SC	16
SP	87
TO	6
Total	254

* Como consta do documento.

Fonte: Saúde Mental em Dados 12 (Brasil, 2015).
Adaptado pela pesquisadora em novembro de 2016.

Ainda que a organização desses dados pareça apresentar alguns problemas, talvez em decorrência da própria dificuldade da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde em administrar os dados sobre os programas cadastrados, esse mapeamento aponta para algumas questões relevantes, sobretudo em relação à distribuição dos programas de residência multiprofissional em saúde mental pelo território brasileiro. Através dos dados, percebemos uma grande concentração destes programas nos estados de São Paulo e Ceará. Destacamos ainda o número baixo de programas de Psiquiatria da infância e adolescência.

Segundo o próprio documento, nos últimos anos, os editais para financiamento de vagas para residência têm priorizado a aprovação de propostas que indicam a realização de residências em serviços da RAPS e com proposta de formação na direção de superação do modelo manicomial. Entretanto, destaca a “necessidade de investimento nas residências multiprofissionais em saúde mental, que ainda são em número muito inferior às residências médicas em psiquiatria” (Brasil, 2015, p. 37). Ressaltamos que as vagas em residências multiprofissionais são destinadas a profissionais graduados em diferentes cursos, geralmente Psicologia, Enfermagem, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Embora o número de programas de residências multiprofissionais esteja crescendo e os Ministérios da Educação e da Saúde venham investindo no apoio e no financiamento dos programas de residência (Brasil, 2006), diversos autores apontam que ainda são insuficientes as pesquisas que buscam compreender e avaliar como esse recente processo de formação ocorre no país (Ceccim, 2009; Dallegrave & Kruse, 2009; Pasini, 2010; Gomes et al., 2013). Tal modalidade de formação, notadamente pouco analisada em pesquisas de pós-graduação (Dallegrave & Ceccim, 2013), embora conceituada como eficiente estratégia de formação em serviço (Gomes et al., 2013) e importante contexto de formação para o SUS (Dallegrave, 2008; 2013; Brasil, 2006).

Em recente análise, Dallegrave e Ceccim (2013) identificaram 94 teses e dissertações produzidas no Brasil, entre 1987 e 2011, sobre residências em saúde, incluindo pesquisas sobre residência médica. Do total da produção encontrada, foram identificadas cinco teses ou dissertações voltadas para a área/especialidade da Saúde Mental/Psiquiatria, de acordo com categorização proposta pelos autores. Dentre essas cinco, chamaram atenção duas dissertações: uma produzida no Rio Grande Sul, que busca, a partir de um programa de residência integrada, discutir a construção do trabalho multidisciplinar na saúde mental (Simoni, 2007), e uma dissertação produzida em São Paulo, que propôs conhecer e descrever os efeitos na formação de residentes médicos de psiquiatria e residentes multiprofissionais em saúde mental, que utilizaram a intervenção GAM (Gestão Autônoma da Medicação), como norteadora da prática clínica (Otanari, 2011).

Em nossas buscas, encontramos algumas publicações relevantes, dentre elas, uma dissertação defendida em 2001 no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Brasília, intitulada *Fundamentos para uma Clínica Ressocializadora: análise de uma experiência de Residência em Saúde Mental no DF*, de autoria de Antonio Carlos de Souza Leão Galvão França. Apesar de conseguirmos contatar o autor da publicação, não tivemos acesso à dissertação. Em 2013, no Programa de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro, foi defendida a dissertação *O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: uma reflexão sobre ensino, transmissão e formação em serviço* (Azevedo, 2013). Esta pesquisa investigou os processos de ensino-aprendizagem dos alunos do curso de residência multiprofissional do IPUB/UFRJ e sua relação com as orientações públicas para a formação em Saúde. Como uma das conclusões, a autora aponta que o programa de residência multiprofissional investigado promove um modelo de formação voltado para a produção de um profissional de Saúde Mental

comprometido com os princípios e as diretrizes do SUS e afinado com as transformações do campo da Educação em Saúde.

Mesmo que a pesquisa de Dallegrave e Ceccim (2013) esteja limitada a um banco de dados, a saber, o Banco de Teses e Dissertações da Capes³⁹, conclui-se que um baixo número de trabalhos produzidos sobre residências em saúde em programas de pós-graduação *lato sensu* tem focalizado o tema da saúde mental. A partir de nossas buscas, que, embora não tenham sido realizadas de maneira sistemática, mas abarcaram sistemas diversos de localização de produções acadêmicas, tivemos a mesma impressão.

Feuerwerker (2007) nos aponta ainda uma outra questão em relação às pesquisas no campo da educação em saúde. Segundo a autora, embora existam produções dos programas de pós-graduação *stricto sensu* (teses e dissertações), são poucos os programas de pós-graduação nomeadamente no campo da educação em saúde e poucas linhas de financiamento específicas.

Há poucas iniciativas de avaliação que dêem conta da complexidade dos processos. E as ferramentas/técnicas/referências tradicionais não se têm mostrado potentes para tanto. Nesse campo, da produção da mudança na formação, há que reconhecer a necessidade de novas “caixas de ferramentas” para a produção de conhecimento, levando em conta a implicação dos sujeitos – autores e atores dos processos em análise. (Feuerwerker, 2007, p. 4)

4.1 Programas de Residência em Saúde Mental em Minas Gerais

Especificamente em Minas Gerais, existem oito programas vinculados à Área Temática/Conhecimento “Saúde Mental” cadastrados no SisCNRMS, segundo dados disponibilizados pela Equipe Técnica da Residência Multiprofissional da Coordenação Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação. Realizaremos breves considerações em relação aos oito programas cadastrados no SisSNRMS, com o objetivo de contextualizar a situação das residências em saúde mental em Minas Gerais. Quatro programas cadastrados estão na Região Metropolitana de Belo Horizonte, dois na Zona da Mata, um no Triângulo Mineiro e um no Norte de Minas. Sete desses programas são programas multiprofissionais, e um deles é em área profissional da saúde. Quatro estão vinculados a universidades públicas. O Quadro 6, a seguir, detalha outras informações.

³⁹ Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Quadro 6: Programas de Residência cadastrados no SisCNRMS e vinculados à Área Temática/Conhecimento “Saúde Mental” ou “Atenção à Saúde Mental” em Minas Gerais

	Nome do Programa*	Ano de cadastro no SisCNRMS	Profissões	Instituição formadora	Instituição Executora	Tipo do Programa
1	Residência Multiprofissional em Saúde Mental ESP -MG/SMS Betim	2011	Enfermagem Psicologia Terapia Ocupacional Serviço Social	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais	Betim Prefeitura	Multiprofissional
2	Residência Multiprofissional em Saúde Mental	2013	Enfermagem Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais	Multiprofissional
3	Saúde Mental	2011	Enfermagem Psicologia Terapia Ocupacional Serviço Social	Faculdade Novos Horizontes	Hospital Municipal Odilon Behrens	Multiprofissional
4	Saude Mental	2012	Enfermagem Psicologia Terapia Ocupacional Serviço Social	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais	Fundo Municipal de Saúde de Betim	Multiprofissional
5	Residência Multiprofissional em Saúde Mental	2014	Enfermagem Psicologia Serviço Social	Universidade Estadual de Montes Claros	Universidade Estadual de Montes Claros	Multiprofissional
6	Programa de Residência em Psicologia Hospitalar	2010	Psicologia	Universidade Federal de Juiz de Fora	-	Em Área Profissional da Saúde
7	Residencia Multiprofissional em Saúde Mental	2015	Enfermagem Psicologia Serviço Social	Universidade Federal de Juiz de Fora	Universidade Federal de Juiz de Fora	Multiprofissional
8	Atenção em Saúde Menal	2010	Psicologia Enfermagem Serviço Social	Universidade Federal de Uberlândia	Universidade Federal de Uberlândia	Multiprofissional

*Grafia como consta no SisCNRMS.

Fonte: Equipe Técnica da Residência Multiprofissional da Coordenação Geral de Residências em Saúde do MEC. Quadro elaborado pela pesquisadora em abril de 2016.

O programa do tipo área profissional da saúde, como já indicamos, diferencia-se marcadamente dos outros, pois é um programa específico para profissionais da psicologia, não tendo a saúde mental e nem o trabalho multiprofissional com foco principal, sendo este o programa de residência pelo qual a pesquisadora passou. Segundo a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), o programa, que recebe dois profissionais por ano, objetiva o aprimoramento de habilidades técnicas e de raciocínio científico e clínico da psicologia, através do desenvolvimento de posturas que visam à assistência integral à saúde e ao treinamento adequado para a integração do psicólogo em equipes multiprofissionais⁴⁰.

O outro programa de residência situado no mesmo município de Juiz de Fora, o Multiprofissional em Saúde Mental, teve início neste ano de 2016 e, portanto, ainda não formou nenhuma turma de residentes. O edital de seleção (Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, 2016) não informa os objetivos do curso, embora indique que foram abertas nove vagas (distribuídas igualmente para graduados em Psicologia, Serviço Social e Enfermagem) e que os cenários de atividades práticas envolvem o Hospital Universitário da UFJF e a Rede de Atenção à Saúde local com destaque para o CAPS/HU-UFJF, CAPS Casa Viva, CAPS álcool e drogas, CAPS infantil, Serviço de Urgência Psiquiátrica/HPS.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental vinculado à Universidade Federal de Uberlândia, funciona, de acordo com o edital de seleção de 2016 (Universidade Federal de Uberlândia – UFU, 2016), com ênfases. Ou seja, no primeiro ano (Núcleo Comum), todos os residentes das diferentes profissões (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social) poderão atuar no Hospital Municipal e em Unidades de Saúde próprias e conveniadas à Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal de Uberlândia, Unidades (Setores) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Unidades (Setores) do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia e Unidades de Saúde conveniadas à Secretaria Municipal de Saúde de cidades conveniadas à UFU, da região de Uberlândia e demais equipamentos sociais e de saúde estabelecidos pelo programa. No segundo ano (Núcleo Específico), os residentes poderão desenvolver as atividades em Unidades de Atenção Primária e Secundária, permanecendo prioritariamente nos locais de prática específicos das áreas de concentração do programa. Uma das áreas de concentração (ênfase) é Atenção à Saúde Mental, que recebe anualmente oito residentes (enfermagem, psicologia, serviço social e farmácia). O objetivo geral do

⁴⁰ Disponível em: http://www.ufjf.br/huresidencias/coremu/area_profissional/residencia-em-psicologia-hospitalar-e-da-saude/

programa, segundo o PPP, é “formar profissionais de saúde, especialistas na área de concentração, com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificado para o exercício na especialidade escolhida, com base no rigor científico e intelectual, pautado em princípios éticos, conhecedor dos diferentes cenários da rede de saúde, capazes de atuar com competência na área específica de formação” (UFU, 2010).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental vinculado à Universidade Estadual de Montes Claros, de acordo com o edital de seleção de 2015 (Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, 2015) abre anualmente doze vagas, distribuídas igualmente para graduados em Psicologia, Enfermagem e Serviço Social. Não conseguimos localizar informações sobre o objetivo do curso.

A seguir apresentaremos, de modo destacado, os quatro programas da região metropolitana de Belo Horizonte que escolhemos para o estudo aprofundado de seus projetos político-pedagógicos.

4.2 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte

Na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), o primeiro programa de residência multiprofissional em saúde mental (RMSM) teve início no ano de 2010, em Betim, o que revela a novidade dessa modalidade de formação em nosso estado. Todavia, como explicamos, também em nível nacional, são poucas as experiências de residência em saúde mental que começaram antes dos anos 2000.

Antes de caracterizarmos os programas de residência que são objeto deste estudo, apresentaremos algumas informações sobre a RMBH e, especificamente sobre a RAPS de Belo Horizonte e de Betim, com a finalidade de tornar o contexto desses programas um pouco mais familiar.

A Constituição Federal determina que a União, mediante lei complementar, autorize o estabelecimento de regiões metropolitanas, para a realização de serviços comuns (Brasil, 1988). Essas regiões devem ser constituídas por municípios que, independentemente de sua vinculação administrativa, façam parte da mesma comunidade sócio-econômica. Assim, a

RMBH foi estabelecida em 1973, através da Lei Complementar 14 (Brasil, 1973), que também instituiu as regiões metropolitanas de São Paulo, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza. Na ocasião a RMBH foi constituída por quatorze municípios: Belo Horizonte, Betim, Caeté, Contagem, Ibirité, Lagoa Santa, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Luzia e Vespasiano. Entre 1989 e 2002, outros municípios foram progressivamente incorporados à RMBH⁴¹. De acordo com a mais recente estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), a população da RMBH é de mais de 5,8 milhões, sendo a terceira maior região metropolitana do país⁴².

Betim, segundo a mesma estimativa do IBGE de 2016, tem uma população de cerca de 420 mil habitantes. De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Betim (2014-2017), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município “tem como finalidade a substituição gradativa do modelo manicomial por outro de base territorial, comunitário e descentralizado, tendo como porta de entrada a Atenção Primária em Saúde para a população”, sendo que os serviços estão “estruturados a partir do conceito de Reabilitação Psicossocial” (Prefeitura de Betim, 2014, p. 51).

O Plano indica que Betim dispõe de quatro Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs)⁴³ para adultos, incluindo o CAPS-ad, e um CERSAMi, para crianças e adolescentes. Os CERSAMs Betim Central e Teresópolis funcionam 24 horas, e o CERSAM Citrolândia, de modo diurno, de segunda a sexta-feira. Os casos referentes ao abuso de álcool e outras drogas são referenciados para o CAPS-ad, que também funciona 24 horas. De acordo com o documento, os CERSAMs “são lugares de referência e acolhimento para o tratamento de crise psiquiátrica de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo” (Prefeitura de Betim, 2014, p. 52). Para as crianças e

⁴¹ Brumadinho, Esmeraldas, Igarapé, Mateus Leme, Juatuba, São José da Lapa, Florestal, Rio Manso, Confins, Mário Campos, São Joaquim de Bicas, Sarzedo, Baldim, Capim Branco, Jaboticatubas, Taquaraçu de Minas, Itaguara, Matozinhos, Nova União e Itatiaiuçu.

⁴² O IBGE inclui nessa estatística o Colar Metropolitano, que hoje é composto por 14 municípios do entorno da RMBH: Barão de Cocais, Belo Vale, Bonfim, Fortuna de Minas, Funilândia, Inhaúma, Itabirito, Itaúna, Moeda, Pará de Minas, Prudente de Moraes, Santa Bárbara, São José da Varginha e Sete Lagoas.

⁴³ Em Belo Horizonte e Betim, assim como em outros municípios, a existência desse serviço é anterior às legislações federais que normatizaram o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Assim, permaneceu a utilização de uma nomenclatura própria, no caso desses dois municípios – Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM). O mesmo ocorre para o CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes), chamado de CERSAMi. Em Betim, manteve-se a nomenclatura CAPS-ad para os serviços de referência para usuários de álcool e outras drogas, mas Belo Horizonte adota CERSAM-ad.

adolescentes em sofrimento mental, o município dispõe do CERSAMi, que funciona através de acolhimento, atendimento de urgência, atendimento ambulatorial, permanência-dia, módulos terapêuticos e grupos com familiares. Com relação aos Serviços Residenciais Terapêuticos/Moradias Protegidas, o município conta com duas casas: uma na região Central e outra na região do Citrolândia. Existe ainda um Centro de Convivência (Estação dos Sonhos), que oferece serviços que visam à reinserção social dos usuários por meio de oficinas diversas, atividades culturais e grupos para geração de trabalho e renda. O Plano Municipal de Saúde (2014-2017), aponta ainda que acolhe e apoia a criação de associações de usuários da saúde mental. Na atenção primária, o Plano assinala que o município possui quatro equipes de saúde mental regionalizadas, que acompanham os casos graves estabilizados de adultos e crianças, funcionando também como apoiadores matriciais para a Estratégia de Saúde da Família (Prefeitura de Betim, 2014).

Em relação à educação em saúde, o Plano, dentre outras relevantes questões, indica como objeto de priorização a ampliação do programa de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental (Prefeitura de Betim, 2014, p. 69). Entretanto, como já informamos, a RMSM foi interrompida em meados deste ano de 2016.

De acordo com Passos, Reinaldo, Barbosa, Braga e Ladeira (2016, prelo), “a rede de saúde mental [de Betim] e os seus serviços se orientam pelos princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Movimento da Luta Antimanicomial”. À época da pesquisa realizada pelas autoras (entre 2012 e 2014), o município contava, além dos serviços já apontados, com uma Casa de Acolhimento Transitório.

Belo Horizonte, o outro município que abriga as demais RMSM do estudo, de acordo com a mais recente estimativa populacional (IBGE, 2016), tem mais 2,5 milhões de habitantes, sendo o sexto município mais populoso do país.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2014-2017), a RAPS do município viabiliza o cuidado através de dispositivos diversificados. No nível da atenção primária em saúde, são 147 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cujas equipes têm, no mínimo um profissional da psicologia, e 60 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que dão suporte às 583 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), que cobre cerca de 83% da população do município. Além disso, existem nove equipes complementares de saúde mental, multiprofissionais, compostas por psiquiatra infantil e da adolescência, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, para assistência a crianças e adolescentes em sofrimento mental; uma para

cada uma das nove regionais de saúde da cidade. Também para crianças e adolescentes, existem 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. (Prefeitura de Belo Horizonte – PBH, 2014)

A RAPS conta ainda com sete CERSAMs funcionando 24 horas por dia (Barreiro, Leste, Pampulha, Oeste, Noroeste, Nordeste e Venda Nova), três CERSAMs-ad, que trabalham na lógica da redução de danos (Barreiro, Pampulha e Nordeste), e o atendimento infantil de segundo nível ocorre em um CERSAMi (Noroeste). Existem quatro Equipes de Consultórios na Rua, que desempenham atividades *in loco*, de forma itinerante, com equipes multiprofissionais e desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às equipes dos centros de saúde. Como uma unidade do Serviço Avançado de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), existe o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP). Cada um dos nove distritos sanitários do SUS-BH tem um Centro de Convivência, que funcionam como espaços de expressão e criação, tendo nas oficinas seu elemento organizador. A rede conta ainda com 29 Serviços Residenciais Terapêuticos em pontos diversos da cidade, destinados a pessoas com transtornos mentais persistentes e egressos dos leitos manicomiais. Por fim, existe uma Incubadora de Empreendimentos Solidários (SURICATO), que objetiva assegurar aos usuários em sofrimento mental o direito ao trabalho, a partir de suas habilidades para produzir objetos comercializáveis (PBH, 2014).

Apesar da riqueza da rede substitutiva municipal, ela utiliza do expediente de internações psiquiátricas realizadas em dois hospitais psiquiátricos para adultos e um infanto-juvenil, públicos e estaduais, pertencentes à rede hospitalar da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), além de contar com leitos psiquiátricos em outras instituições hospitalares.

Belo Horizonte e Betim já receberam diversos prêmios em reconhecimento de suas Redes de Atenção Psicossocial (Trajano & Silva, 2012; Silva, 2013; Passos et al., 2016). Após essa breve contextualização das RAPS dos dois municípios, apresentaremos a seguir os três programas de residência multiprofissional em saúde mental que estão ou estiveram em execução na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Antes, apresentamos o Quadro 7, que sintetiza algumas informações:

Quadro 7: Programas de Residência cadastrados no SisCNRMS e vinculados à Área Temática/Conhecimento “Saúde Mental” ou “Atenção à Saúde Mental” na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

	Nome do Programa*	Profissões	Instituição formadora	Instituição Executora
1 ⁴⁴	Residência Multiprofissional em Saúde Mental ESP - MG/SMS Betim	Enfermagem Psicologia Terapia Ocupacional Serviço Social	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais	Betim Prefeitura
	Saúde Mental	Enfermagem Psicologia Terapia Ocupacional Serviço Social	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais	Fundo Municipal de Saúde de Betim
2	Residência Multiprofissional em Saúde Mental	Enfermagem Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
3	Saúde Mental	Enfermagem Psicologia Terapia Ocupacional Serviço Social	Faculdade Novos Horizontes	Hospital Municipal Odilon Behrens

*Grafia como consta no SisCNRMS.

Fonte: Equipe Técnica da Residência Multiprofissional da Coordenação Geral de Residências em Saúde do MEC. Quadro elaborado pela pesquisadora em abril de 2016.

Neste momento, os programas serão apresentados em linhas gerais. Situaresmos historicamente cada um e traçaremos suas principais características em termos de número de vagas e profissões envolvidas, cenários de práticas e atividades teóricas previstas. Para tanto, utilizaremos fontes diversas, mas principalmente as informações procedentes de entrevistas com coordenadores e ex-coordenadores dos programas.

⁴⁴ Este Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental foi, em um primeiro momento foi vinculado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG) e, posteriormente, transferido para a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Por isso, está sendo compreendido por nós como um único programa, já que funcionou todo o tempo em parceria com a Prefeitura de Betim, através de sua Secretaria Municipal de Saúde.

4.2.1 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Betim

A RMSM de Betim teve início em agosto de 2010, com a aprovação dos Ministérios da Saúde e da Educação, conforme Portaria Conjunta 1, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e da Secretaria de Educação Superior, de fevereiro daquele mesmo ano. Este programa foi executado até 2016, quando foi encerrado em decorrência de impasses políticos e financeiros, como especificaremos adiante.

De 2010 a 2013 esta RMSM esteve vinculada à Escola de Saúde de Pública de Minas Gerais (ESP/MG) como instituição formadora. De 2013 a 2016 a instituição formadora responsável passou a ser a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Essa mudança ocorreu, de acordo com as entrevistas realizadas com as ex-coordenadoras, devido a uma exigência do Ministério da Educação, que através de uma resolução, determinava que os programas de residência multiprofissional deveriam necessariamente ter vínculo com uma Instituição de Ensino Superior (IES)⁴⁵.

Portanto, no caso deste programa específico, as análises serão fundamentadas em dois projetos político-pedagógicos (PPP), que, embora tenham uma continuidade, diferem-se em alguns aspectos. Também por este motivo, realizamos entrevistas com as duas ex-coordenadoras envolvidas, uma profissional vinculada à ESP/MG e uma vinculada à PUC Minas.

É necessário ressaltar um acontecimento curioso: no período de transição entre a ESP/MG e a PUC Minas, os trabalhadores de Betim assumiram todas as funções da RMSM: tutoria, preceptoria e coordenação. No PPP elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Betim em parceria com a PUC Minas, fica explícito o grande envolvimento da rede municipal com o programa:

⁴⁵ Em 2008, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE) publicou a Resolução 5 (Brasil, 2008), que estabelecia normas para o credenciamento especial de instituições não educacionais para oferta de cursos de especialização. Essa possibilidade existiu até 2011, quando o mesmo órgão, revogando a resolução anterior, publicou a Resolução 7 (Brasil, 2011b), determinando que apenas as Instituições de Ensino Superior poderiam ofertar cursos de especialização, sendo que, no caso das escolas de governo, como a ESP/MG, os cursos de especialização podem ser oferecidos, desde que a instituição se submeta a processo de credenciamento educacional pelo MEC. A CNRMS está estudando a regulamentação deste assunto para os programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde, porém, é de conhecimento que outras escolas de governo como a Escola de Saúde Pública do Ceará e a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul são instituições formadoras de programas de residência multiprofissionais.

(...) Já contamos com uma residência multiprofissional em Saúde Mental em parceria com a ESP-MG. No entanto, a mesma não poderá certificar estes residentes, pois a nova legislação pressupõe uma instituição de ensino superior. Visto a importância de continuarmos avançando na formação de novos profissionais para a Saúde Mental estabelecemos uma nova parceria com a PUC Minas. (...) (PUC Minas, [2013]).

Conversamos informalmente com uma profissional da Prefeitura de Betim que esteve na coordenação no período de transição e que atuou como preceptora durante todo o período de funcionamento da RMSM. Não foi possível entrevistá-la a tempo de concluir esta primeira parte da pesquisa, mas ela certamente será uma das entrevistadas no início da pesquisa de doutorado.

O objetivo geral do programa, de acordo com o PPP, era formar profissionais para atuarem nas redes de atenção à Saúde Mental, segundo seus núcleos de competência, nas áreas de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional e de acordo com as diretrizes das políticas nacional, estadual e municipal da área no âmbito do SUS, tendo como cenários de aprendizagem serviços de diversos níveis de atenção de uma rede de Saúde Mental constituída segundo essas diretrizes (Betim-ESP/MG, [2010], s.p.). De acordo com Edital 01/2010, da ESP/MG, “o trabalho proposto se inscreve nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, em prol da conquista dos direitos de cidadania dos portadores de sofrimento mental” (ESP/MG, 2010, p. 1).

Segundo os Editais de 2013 e 2014, da PUC Minas e da Secretaria de Saúde de Betim, o programa continuou com os mesmos objetivos gerais. A ex-coordenadora entrevistada afirma que depois da mudança, embora outros obstáculos tenham surgido, a orientação de trabalho permaneceu a mesma sem dificuldades:

(...) Porque se você for ler esse projeto cuidadosamente, me parece que ele é um projeto muito bem escrito, com diretrizes éticas, políticas e clínicas que são muito claras. Então quando esse projeto chegou na minha mão, eu não tive nenhuma dificuldade ao que diz respeito ao campo ético de acolher essa diretriz. Porque é a diretriz com a qual eu trabalho, que eu acredito nela. (...) Eu entendo que esse projeto... é um projeto que ele considera a importância de a gente pensar numa reforma psiquiátrica, operando com dispositivos na rede aberta de atenção em saúde mental, né? E que considere necessariamente o campo da cidadania do portador de sofrimento mental e o campo da subjetividade. Então é um projeto que eu acho que faz conversar... essas duas coisas que me parecem muito caras na reforma. Que é o campo da política e o campo da clínica, né? (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-PUC Minas)

Sobre o surgimento dessa experiência, a informação é a de que o projeto foi inicialmente elaborado pelo Grupo de Produção Temática em Saúde Mental da ESP/MG em parceria com a Coordenação de Saúde Mental de Betim para concorrer a um edital do

Ministério da Saúde. Desde sua concepção, o projeto teve como um ponto capital o fato de que a residência aconteceria de forma inteiramente independente do hospital psiquiátrico. Embora a entrevistada comente sobre a existência de uma outra experiência de RMSM em curso em Minas Gerais (a residência de Uberlândia, que começou no início de 2010), ela ressalta que foi justamente esse ponto, “no espírito mesmo do cuidado em liberdade”, que caracterizou o Programa de Betim como inovador.

(...) em momento algum o hospital psiquiátrico seria considerado como tendo alguma coisa de interessante ou de vivo para ensinar. (...) E isso era uma coisa muito curiosa porque depois é que eu fui ver... essa coisa tão simples, assim era uma coisa absolutamente pioneira. Todas as outras residências multiprofissionais para minha surpresa, elas tinham uma passagem... forte assim... de muito tempo... as pessoas ficavam muito tempo no hospital. E quando eu comecei a conversar com as pessoas... “Mas porquê?”... “Ah... porque senão eles não aprendem crise. Eles não têm contato com a crise.” “Mas como não? Vocês não atendem crise no CERSAM?”... No Rio, por exemplo, não. Tá certo? Quer dizer... Cidades que tem serviços substitutivos, mas que têm muitos hospitais psiquiátricos, como é o caso do Rio, para te dar um exemplo. Então na verdade eles atendem no CAPS... quando a coisa começa a apertar um pouquinho, interna. Então os residentes realmente não teriam oportunidade de trabalhar com casos graves. (...) Eu acho que se você pegar em termos de país, em termos de reforma, ela era a residência que mais que levava ao pé da letra essa ideia de uma rede não complementar, mas substitutiva ao hospital psiquiátrico. Então eu acho que isso coloca ela num lugar muito importante historicamente, sabe? De ter sido a primeira no Brasil que ousou levar isso até esse ponto. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-ESP/MG)

Em relação a configuração do PPP, a entrevistada ressalta a inseparabilidade das atividades práticas, teóricas e teórico-práticas, indicando que o objetivo não era formar para o trabalho em um serviço, mas para o trabalho realizado em rede, sendo necessário “trabalhar tanto do ponto de vista teórico, conceitual, como do ponto de vista prático essa noção: é uma rede de atenção psicossocial, com várias interfaces, com vários pontos, aspectos intersetoriais, até movimentos sociais” (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-ESP/MG).

Além disso, a ex-coordenadora aponta dimensões de ordem histórica da reforma psiquiátrica em Minas Gerais que também singularizam o processo:

Em Minas, a gente tem essa coisa que é meio sorte, meio privilégio, meio mérito, meio acaso, né? Que a gente tem municípios com redes muito consistentes que prescindem do hospital psiquiátrico. (...) A gente encontrou uma receptividade muito boa em Betim, que era um município que tinha essa coisa em comum com Belo Horizonte. Tinham várias diferenças que inclusive eu só fui percebendo, matizando melhor na medida que a residência acontecia, mas que era uma rede também que tinha como proposta dispensar o recurso da internação no hospital psiquiátrico. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-ESP/MG)

Durante todo o tempo em que a RMSM de Betim esteve em execução, os residentes tiveram como cenário de prática diversos serviços da RAPS de Betim. Passaram pela Atenção Básica, atuando junto às equipes de Saúde Mental e de Saúde da Família, nos CERSAMs, incluindo o CAPS-ad e o CERSAMi, e no Centro de Convivência. As atividades práticas foram pensadas, desde o princípio, em consonância com a proposta de uma formação na rede e não a partir de um serviço, assim, os residentes passavam simultaneamente por diversos equipamentos, de acordo com cada caso que estavam acompanhando. A ex-coordenadora vinculada à ESP/MG comenta que foi um formato bastante trabalhoso, que demandou um grande esforço, sobretudo por parte dos residentes. Porém, possibilitou que os próprios residentes desenvolvessem um conhecimento aprofundado da RAPS, que ia além da visão de um único serviço, que é tido muitas vezes como central na produção do cuidado em saúde mental, o CERSAM:

(...) Qual que era na verdade o objetivo disso? Uma coisa que é muito da minha experiência que eu acho que esses dispositivos tipo CERSAM, que são dispositivos fundamentais na rede, mas eles são muito absorventes e eles puxam muito os residentes para dentro, os profissionais em geral, para dentro deles. (...) é um serviço fundamental que eles têm que conhecer, mas eu não queria que eles passassem por isso só, eu não queria que eles comessem dentro, digamos, trancados no CERSAM. Eu queria que eles vissem ao mesmo tempo de dentro e de fora. Então eu acho que esse objetivo foi cumprido, sabe? (...) Então assim como os usuários circulam pela rede, os residentes começaram circulando. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-ESP/MG)

No período em que a PUC Minas assumiu como instituição formadora, questões financeiras estavam dificultando bastante o funcionamento da atenção à saúde no município de Betim⁴⁶, e a RMSM também foi atingida. Segundo a ex-coordenadora vinculada à PUC Minas, o número de preceptores vinculados à Prefeitura de Betim diminuiu de doze para quatro. Também por esses motivos, os cenários de prática foram modificados, mas a diversidade foi mantida. Os residentes deixaram de passar por todos os CERSAM do município, passavam por um CERSAM, pelo CERSAMi, pelo CAPS-ad, pelo Centro de Convivência e pela Atenção Básica. De acordo com a ex-coordenadora, a escolha pelo serviço que seria mantido relacionou-se com o perfil dos preceptores, sendo mantidos os preceptores mais engajados na residência, mais participativos. Também houve uma escolha de privilegiar um profissional de cada área do programa: um terapeuta ocupacional, um psicólogo, um enfermeiro e um assistente social.

⁴⁶ Como resultado da crise que vinha se intensificando, é de conhecimento público que em março de 2016, a Prefeitura de Betim decretou situação de calamidade financeira.

Em relação às atividades teóricas ou teórico-práticas, a ex-coordenadora vinculada à ESP/MG, afirma que os três seminários propostos no PPP abordam aspectos, que por serem fundamentais para a realização do trabalho no campo da saúde mental, os trabalhadores devem dominar:

(...) Os três pontos, eles eram muito solidários entre si na concepção de um cuidado a subjetividade em sofrimento que não considera a subjetividade nem como corpo nem como alma, né? Mas como alguma coisa o tempo todo atravessada pelo espaço histórico, político, social. E que, portanto, necessita de múltiplas respostas nesse ângulo. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-ESP/MG)

A ex-coordenadora esclarece que três profissionais vinculados à ESP/MG exerciam função de tutoria, e os trabalhadores de Betim desempenhavam a função de preceptoria. Os primeiros eram responsáveis pela formação teórica, pela articulação conceitual e não frequentavam a rede. Já os preceptores eram os profissionais que estavam na RAPS de Betim, acompanhando os residentes no cotidiano e que participavam das atividades teórico e teórico-práticas que ocorriam na ESP/MG. Trabalhadores da RAPS de Betim não vinculados à RMSM, mas interessados na temática da saúde mental, podiam inscrever-se para essas atividades teóricas. A entrevistada informou ainda que algumas dessas atividades aconteceram em articulação com um programa de residência em psiquiatria, como veremos no próximo capítulo.

No Quadro 8, estão descritas as atividades teóricas e teórico-práticas da RMSM de Betim tendo a ESP/MG como instituição formadora.

Quadro 8: Atividades teóricas e teórico-práticas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais em parceria com a Prefeitura de Betim.

Atividade	Carga horária	Descrição
Supervisão Clínico-Institucional	48h/semestre	Visa propiciar uma construção singularizada e reflexiva dos casos sob os cuidados de cada residente, aplicando os conceitos estudados nos seminários. A supervisão será oferecida por um tutor a cada 4 residentes, com 2 horas de duração, uma vez por semana.
Reuniões clínicas	48h/semestre	Pretendem possibilitar a discussão e o compartilhamento dos casos acompanhados pelos residentes, articulando os aspectos clínicos, sociais e institucionais. As reuniões, com 2 horas de duração, contarão com a participação de todos os residentes, tutores e preceptores, e de outros profissionais envolvidos no acompanhamento do caso.
Seminário: Psicopatologia	72h/semestre	Visa desenvolver o conhecimento dos residentes das diferentes áreas profissionais no campo da psicopatologia, capacitando-os a manejar conceitos essenciais à sua atuação no serviço, oriundos da psicopatologia clássica e psicanálise.
Seminário: Aspectos históricos e antropológicos da Saúde Mental	48h/semestre	Considerando o campo da Saúde Mental não como um dado natural, e sim construído histórica e socialmente, pretende-se estudar as determinações que o constituem, possibilitando uma crítica às formas reducionistas de abordagem do transtorno mental, e enfatizando as novas possibilidades de intervenção e atuação psicossocial
Seminário: Construção de redes em Saúde Mental	72h/semestre	Visa debater e discutir a construção de redes locais e regionais no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS para acolher e acompanhar os portadores de sofrimento mental em diferentes momentos de seu percurso. Além da dimensão das formas de cuidado, deve-se abordar também os aspectos relativos ao controle social, à gestão e ao financiamento das redes.

Fonte: ESP-MG, [2010].
Quadro adaptado pela pesquisadora em 2016.

Quando a RMSM de Betim passou a ter a PUC Minas como instituição formadora, um dos primeiros desafios, apontado pela ex-coordenadora vinculada à PUC Minas, foi a organização das atividades teóricas e teórico-práticas. Além das dificuldades com o formato dessas atividades, que se distancia bastante do formato das atividades de um curso de especialização habitual, que é muito mais acadêmico, surgiu também uma questão com a carga horária e conseqüentemente com a remuneração dos professores da instituição:

(...) quando a PUC encampou verdadeiramente a residência, o que que aconteceu? (...) A prefeitura e a PUC começaram a dizer o seguinte: (...) já que a PUC está assumindo, os professores precisam ser da PUC, não podem ser da prefeitura. E isso criou um problema, né? Porque se a PUC diz: Então todos os professores precisam ser da PUC e não mais os da prefeitura, ela precisa então ter como pagar esses professores. E aí isso traz um quadro muito complexo. Porque me parece que a PUC, ela não estava, vamos dizer, aparelhada para ela poder incorporar uma residência porque nunca, pelo menos que eu saiba, nunca houve esse modelo de uma residência dentro da PUC. E é um modelo que não tem nada a ver com o modelo acadêmico. (...) Então eu entendo que o seguinte: quando a PUC assume essa residência, a tentativa que a gente teve que trabalhar com ela foi mais ou menos o seguinte: foi como a gente tentar colocar Belo Horizonte dentro de Sabará, né? Ou seja, difícil demais. Esse modelo de formação em residência com quase cinco mil horas não cabe no modelo padrão de pós-graduação que a gente tem. Ainda que a residência seja considerada uma pós-graduação. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-PUC Minas)

Assim, as atividades teóricas e teórico-práticas se modificaram e passaram a acontecer em um outro formato, condizente com as possibilidades da PUC Minas. Estas atividades estão descritas no Quadro 9.

Quadro 9: Atividades teóricas e teórico-práticas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Betim.

Atividade	Carga horária	Descrição
Supervisão com preceptor	72h/semestre	Não consta.
Reunião Clínico Institucional	36h/semestre	Pretende possibilitar a discussão e o compartilhamento dos casos acompanhados pelos residentes com todos profissionais da rede e da residência, articulando os aspectos clínico/sociais e institucionais, a partir da construção do caso clínico e social, bem como da construção do Projeto Terapêutico Individual. Encontro semanal de cada residente com o tutor e preceptor de sua área e de um encontro mensal com todos os residentes, preceptores e tutores.
Saúde Pública	36h/semestre	Não consta.
Construção de Redes	48h/semestre	Visa debater e discutir a construção de redes locais e regionais no âmbito do SUS para acolher e acompanhar os portadores de sofrimento mental em diferentes momentos com ênfase no percurso histórico de Betim.
Psicopatologia	48h/semestre	Estudos nosológicos, psicopatológicos aplicado à realidade territorial dos contextos de vida da clientela do município de Betim.
Aspectos Históricos e Antropológicos do Sofrimento Mental	48h/semestre	Considerando o campo da Saúde Mental não como um dado natural, e sim construído histórica e socialmente, pretende-se estudar as determinações que o constituem, possibilitando uma crítica às formas reducionistas de abordagem do transtorno mental.

Fonte: PUC Minas, [2013].
Quadro adaptado pela pesquisadora em 2016.

No projeto da PUC Minas constam ainda descritos os seguintes “eixos temáticos”: Psicofarmacologia aplicada a necessidades do acolhimento da urgência e do acolhimento continuado e longitudinal; Introdução à psicanálise, Campo da Atenção Psicossocial, Cuidado em Saúde - Estudos referentes a teoria psicanalítica, ao campo da atenção psicossocial, ao cuidado em saúde que possibilitam ampliar o conceito de clínica e cuidado em saúde mental; Metodologia de Pesquisa Científica. Além de “disciplinas do eixo específico”: O cuidado na saúde mental; O uso da atividade como recurso terapêutico; A escuta da subjetividade no caso a caso e as questões sociais dos casos clínicos.

Durante a entrevista, a ex-coordenadora esclareceu como essas atividades funcionaram na prática, contando com a colaboração de professores convidados e algumas vezes acontecendo de forma aberta para trabalhadores da RAPS de Betim e para alunos dos cursos de graduação da PUC Minas:

(...) você não tinha uma disciplina que se chamava, por exemplo, Urgência em saúde mental. Não tinha uma disciplina que chamava Reabilitação psicossocial. Ou uma disciplina que chamasse Clínica da psicose ou Dispositivos de atenção psicossocial na atualidade. Haviam seminários com esses temas. (...) vamos supor que o tema da Urgência em saúde mental, ele era abordado nessa segunda-feira pelo técnico X da prefeitura. Na semana que vem, ele era abordado pelo outro técnico X da prefeitura. E assim iam acontecendo esses seminários. E eles persistiram mais ou menos assim até a residência terminar. Com a diferença de que a PUC assumiu. Então o que eu consegui fazer foi o seguinte. Depois que eu entrei e não podia mais ter professor da prefeitura, eu acabei assumindo praticamente todos os seminários. Então éramos eu e uma professora (...) Que tem uma trajetória longa na área de saúde mental e na área da psicopatologia (...). Então eu tinha uma carga horária X para poder assumir essas disciplinas. Além disso, a gente podia convidar algumas pessoas de fora da PUC para dar aula, mas qual era o problema? A gente não tinha como remunerar essas pessoas. (...) Mas já que eu não tinha a expertise para poder falar do assunto, nem a minha colega, a gente fazia esses convites para pessoas de fora. Algumas vezes essas pessoas e eu falávamos dentro da PUC. E outras vezes a gente utilizava, a gente chamava essas pessoas para ir no campo fazer essas palestras. No campo de práticas. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-PUC Minas)

Portanto, embora algumas características tenham se mantido, como a manutenção da diversidade de cenários de práticas e a possibilidade dos trabalhadores de Betim estarem presentes nas atividades teóricas e teórico-práticas, parece que, a mudança na configuração das atividades teóricas e teórico-práticas foi a mudança mais significativa com a troca da instituição formadora. As atividades que na ESP/MG tinham uma continuidade e um encadeamento, sendo compreendidos como indissociáveis das atividades práticas, na PUC Minas passaram a acontecer de forma mais livre, através da exposição de temas relacionados à saúde mental.

O Quadro 10 apresenta, de acordo com os editais publicados, o número de vagas abertas por turma da RMSM de Betim, especificando as profissões contempladas. Lembramos

que em 2010, 2011 e 2012 os editais foram publicados pela ESP/MG, instituição formadora responsável até 2013, quando a PUC Minas assumiu. Portanto, a ESP/MG formou duas turmas (com entrada em 2010 e 2011) e iniciou o curso da terceira (com entrada em 2012). A PUC Minas concluiu a formação da terceira turma e abriu mais duas (com entrada em 2013 e 2014).

Quadro 10: Número de vagas por turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Betim, distribuídas por áreas profissionais.

Áreas Profissionais	Vagas 2010	Vagas 2011	Vagas 2012	Vagas 2013	Vagas 2014
Enfermagem	01	01	01	01	01
Psicologia	01	01	01	01	01
Serviço social	01	01	01	01	01
Terapia Ocupacional	01	01	01	01	01
Total	04	04	04	04	04

Fonte: ESP-MG e SMS de Betim, 2010; 2011; 2012; PUC Minas e SMS de Betim, 2013; 2014. Quadro elaborado pela pesquisadora em 2015.

Não temos ainda informações confiáveis sobre quantas vagas foram preenchidas em cada turma, sobre o número de profissionais que concluíram o curso e sobre evasão. São informações que certamente serão exploradas na pesquisa de doutorado.

A ex-coordenadora vinculada à ESP/MG acredita que a qualidade da formação dos residentes foi influenciada pela escolha deliberada por um número de vagas pequeno e não se lembra de nenhum caso de desistência.

(...) Nós achamos que era uma experiência muito audaciosa, muito nova, e não queria ter um tanto de residente. A gente queria ter um pouco e ver como é que funcionaria. Até porque também é uma coisa que você tem que considerar, as redes não gostam de ser enchidas de residente. (...) então com um número menor a gente faria uma coisa mais artesanal e teria uma facilidade de diálogo com a rede melhor. Então nós optamos por quatro vagas, uma para cada profissão. (...) Para a gente era muito importante isso... porque assim a gente tinha uma relação muito próxima com cada residente. A gente acompanhava a trajetória clínica, a trajetória institucional, teórica muito de perto... sabe? Até os trabalhos finais... trabalho de conclusão de curso, né? Então a gente tinha muito tempo para cada residente. Singularizava muito, sabe? (...) Eu vejo que hoje muitos desses residentes são pessoas, assim, em posição de liderança na própria rede, no movimento social, sabe? São residentes que estão... depois que eles saíram... não é que eles estejam ocupando cargos, né? Mas eles têm... eles são profissionais muito importantes nas redes onde eles atuam, sabe? Muitos deles... (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-ESP/MG)

Em abril de 2016, a última turma de residentes, com entrada em 2014, concluiu o curso e a RMSM de Betim foi interrompida devido a questões políticas e financeiras do município de Betim, como dissemos, e da PUC Minas, que não teve condições de manter um curso de especialização no formato de residência, com a exigência de uma carga horária teórica e/ou teórico-prática muito alta. Para a ex-coordenadora, as possibilidades desse programa voltar a acontecer tendo a PUC Minas como instituição formadora são mínimas, principalmente pelo fato da alta carga horária exigida pela residência ser incompatível com as condições de viabilização pela instituição de ensino.

4.2.2 O Programa de Residência Integrada em Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte

A Residência Integrada em Saúde Mental (RISM) da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) teve início no ano de 2012, com processo homologado pela Portaria Conjunta 1/2012, que concede bolsas para residentes dos programas selecionados, com recursos da programação orçamentária do Ministério da Saúde, por meio da Funcional Programática que prevê Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação *Stricto e Lato Sensu* em Áreas Estratégicas para o SUS.

Embora conste nas informações enviadas pela Equipe Técnica da Residência Multiprofissional da Coordenação Geral de Residências em Saúde do MEC que a instituição formadora deste programa é a Faculdade Novos Horizontes (conferir Quadro 6, página 75), tal instituição não é referida em nenhum momento nos documentos do programa. Assim, tendo a Faculdade Novos Horizontes como instituição formadora apenas formalmente, é a instituição executora, Hospital Odilon Behrens, em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que desenvolvem todas as atividades da RISM-PBH, práticas, teóricas e teórico-práticas.

O PPP deste programa faz articulação com o projeto da Residência em Psiquiatria da PBH, com a qual realiza atividades práticas, teóricas e teórico-práticas. Essa característica distingue a RISM dos demais programas, que embora realizem ou tenham realizado algumas atividades em comum com a residência médica, não conseguiram empreender um processo de integração.

De acordo com o coordenador entrevistado, a ideia de criar essa residência de maneira integrada já existia desde o início da década passada, quando ele estava na Coordenação de Saúde Mental do município. Entretanto, avalia que naquele momento os esforços estavam concentrados em construir e fortalecer a RAPS. Como consequência da expansão da rede, inclusive de estratégias na atenção primária, ele afirma que o desafio da formação de recursos humanos tornou-se evidente, tanto em termos quanti como qualitativos.

(...) E aí não é só na saúde mental, não! Nas outras áreas também. Entre o que essas novas redes de cuidado exigem e o que as universidades e os centros formadores na graduação e na pós-graduação formam... Total dissonância e, quando não, contradição, né? Profissionais que se forma em total contradição com o perfil e até, inclusive, por isso se recusam trabalhar, não suportam trabalhar nessas redes... (Entrevista de pesquisa – Coordenador RISM PBH)

Em 2011, o entrevistado foi nomeado pelo Secretário Municipal de Saúde como coordenador do projeto, e durante meses a rede de Belo Horizonte discutiu a proposta de criação desse programa de residência integrada, que foi finalizada no final do ano. A ideia fundamental para pensar o projeto foi considerar que a residência médica deveria acontecer junto com a residência multiprofissional:

É uma ideia básica, mínima, não é isso? Se a gente quer que sejam profissionais na lógica do trabalho colaborativo, em equipe, em rede, eles têm que enfrentar as dificuldades do trabalho em equipe não só no sentido do conhecimento, das práticas, mas até de lidar com conflitos, com questões de poder corporativo desde o processo de formação. (Entrevista de pesquisa – Coordenador RISM PBH)

Diferente dos outros, o projeto político-pedagógico da RISM-PBH faz uma longa introdução, discorrendo sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira, incluindo marcos históricos e legais, e apresentando as suas fundamentações teórico-pedagógicas, através de referências bibliográficas. O objetivo geral do programa, segundo o 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 no contexto das Redes Complexas Balanceadas e Integradas de Saúde Mental. Na particularidade do nosso país, isto significa formar o profissional que vai efetivar 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 3088), ou seja, um profissional com as competências necessárias para o desenvolvimento das ações de saúde e reabilitação pertinentes à referida política pública. (PBH, [2011a], p. 15)

Dessa maneira, as atividades práticas, teóricas e teórico-práticas foram pensadas conjuntamente, sem deixar de considerar os campos que são obrigatórios para a residência de psiquiatria, mas não fazem parte da formação dos outros profissionais, como neurologia e toxicologia⁴⁷.

Os cenários de práticas previstos no PPP incluem diversos serviços da RAPS do município, a saber: Centros de Saúde, com equipes de Saúde Mental e equipes completares de Saúde Mental da criança e do adolescente, CERSAMs, CERSAMi, CERSAM-ad, Centros de Convivência, Núcleos do Arte da Saúde, Consultórios na Rua, Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), a Cooperativa Social dos Portadores de Saúde Mental (SURICATO), dentre outros.

Além desses cenários, o coordenador entrevistado informa que a RISM vem construindo uma rede de intercâmbios entre residentes. No Brasil, cita trocas com programas do Ceará, do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, segundo ele algumas das experiências mais consolidadas. No exterior, a RISM estabeleceu parcerias com Triste, na Itália, e com o Hospital Nacional em Red⁴⁸, na Argentina.

Não consta no PPP a informação detalhada sobre quem são os preceptores e tutores envolvidos com a RISM-PBH. Nos documentos anexos ao PPP, temos apenas a informação de que é uma preocupação da PBH a oferta de cursos de qualificação para os preceptores que atuam na RISM, conforme a política de educação permanente do município. Essa é uma questão que deverá ser melhor compreendida no doutorado, assim como a função da instituição formadora.

O Quadro 11, a seguir, apresenta as atividades teóricas e teórico-práticas da RISM da Prefeitura de Belo Horizonte.

⁴⁷ Além dessas diferenças, o programa de residência em psiquiatria tem duração maior, três anos. A configuração do programa é diferente, seguindo exigências da Comissão Nacional de Residência Médica.

⁴⁸ Em outubro de 2015, na ocasião em que foi realizado o evento 3ª Jornadas de Salud Mental y Adicciones, tive a oportunidade de realizar uma visita técnica ao Hospital Nacional em Red e conhecer um pouco do programa de residência. O programa argentino, intitulado Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), também é um programa de pós-graduação com remuneração, dura três anos, objetiva a formação interdisciplinar para o campo da saúde mental e recebe profissionais residentes de serviço social, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e psiquiatria.

Quadro 11: Atividades teóricas e teórico-práticas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Atividade	Carga horária	Descrição
Supervisão Clínica de casos e problemas clínicos	384 horas	Supervisão clínica no campo de produção do cuidado (UBS, CERSAMs, etc.) Atividade em tempo real, presencial no cotidiano dos atendimentos, semanal e sistematizada com a discussão e apresentação dos casos atendidos e problemas oriundos da prática, envolvendo o núcleo da profissão e campo ampliado cuidador (seja de acolhimento e referenciamento de PTS ou outras atividades multidisciplinares), realizada com o preceptor de campo.
Gestão da Clínica, dos Serviços e da Rede	768 horas	Participação nas Reuniões Clínicas e de Gestão das Unidades de Saúde e da Rede. Participação na Supervisão Clínico e Institucional e Reunião da Rede Distrital. As reuniões de serviço, de rede e a supervisão envolvem discussões, apresentação e construção de casos clínicos. Os residentes deverão se envolver nesta atividade, inclusive, apresentando casos clínicos sob seu referenciamento. A gestão do trabalho em equipe e em Rede é discutida amplamente nestas reuniões, quase sempre ilustrada pelo percurso de um PTS, o que se torna um ótimo recurso para adquirir competências clínicas e complexas do campo da Gestão e produção do trabalho em equipe e rede.
Seminário I: As Ciências e as Humanidades	44 horas	A Natureza e a Cultura, a unidade na complexidade do Homem Sujeito\indivíduo\espécie\sociedade. Aspectos translacionais das biociências, da genética e da neurociência contemporâneas. A vigência do campo das Humanidades para o campo da Saúde Mental: filosofia, psicologia social, antropologia e ciências políticas e sociais.
Seminário II: O campo da Saúde Mental na interseção do SUS e da Reforma Psiquiátrica	30 horas	História, arqueologia e genealogia do campo da Saúde Mental. História e modelos técnico-assistenciais do SUS e da Reforma. A configuração atual do SUS e da Reforma: princípios e diretrizes para a organização dos serviços, estratégias e do cuidado.
Seminário III: O Campo da Clínica e Cuidado na Saúde Mental	80 horas	Epistemologia e genealogia do campo da clínica e do cuidado. Fundamentos de psicopatologia, nosologia e nosografia. Fundamentos da construção de PTS e da gestão da clínica. Fundamentos da terapêutica: o lugar da medicação e das tecnologias médicas, o campo das práticas psicoterapêuticas, o campo da Reabilitação Psicossocial.
Seminário IV: Os fundamentos das Práticas Baseadas em Evidências e a Produção e Gestão do Conhecimento	24 horas	A epidemiologia geral e clínica. O acesso, a análise crítica, a gestão e produção do conhecimento. As Boas Práticas suas evidências e sustentação epistemológica e os desafios de sua translação ao cotidiano do trabalho. Promoção e prevenção em saúde mental, risco e vulnerabilidade em saúde mental e a construção de uma cultura de segurança centrada no usuário.

Seminário V: A Clínica da Saúde Mental na Atenção Primária	50 horas	Epidemiologia, psicopatologia e nosologia. Diretrizes clínicas para a construção de PTS. Articulação entre os núcleos profissionais e o campo transversal cuidador no cenário da atenção primária. Modelagens e gestão do cuidado na atenção primária. A articulação com o território e a rede social e intersetorial.
Seminário VI: A Clínica da Saúde Mental no Campo dos Transtornos Mentais Severos e/ou Persistentes	60 horas	Epidemiologia, psicopatologia e nosologia. Diretrizes clínicas para a construção de PTS. A abordagem de crise/urgência. Articulação entre os núcleos profissionais e o campo transversal cuidador no cenário da atenção contínua e integral dos portadores de transtornos mentais graves e persistentes. Modelagens e gestão do cuidado na atenção contínua, intensiva e integral dos transtornos mentais severos e persistentes, na perspectiva do trabalho em rede. Articulação com o território e a rede social e intersetorial.
Seminário VII: Novas Modelagens e Práticas Baseadas em Evidências na Clínica dos Transtornos Mentais Severos e/ou Persistentes	48 horas	Ênfase nas modelagens e gestão do cuidado na atenção contínua, intensiva e integral dos transtornos mentais severos e persistentes. Na perspectiva do trabalho em rede: atenção domiciliar de crise, intervenção precoce, atenção assertiva comunitária. Estratégias de abordagem familiar, reabilitação e reinserção psicossocial. O papel da experiência compartilhada dos portadores de sofrimento para o PTS. A gestão e manejo do medicamento e outros ingredientes ativos do trabalho. A abordagem e manejo de comorbidades clínicas e álcool e drogas.
Seminário VIII: A Política, organização do cuidado e a clínica dos transtornos de álcool e drogas	120 horas	História, sociologia e antropologia dos problemas de AD. História e modelo técnico-assistencial para AD no SUS e na Reforma. O campo da clínica e cuidado em AD. Epidemiologia e fundamentos de psicopatologia, nosologia e nosografia. Fundamentos da construção de PTS e da gestão da clínica dos transtornos de AD. Fundamentos da terapêutica: O lugar da medicação e das tecnologias médicas, o campo das práticas psicoterapêuticas, o campo da Reabilitação Psicossocial em AD.
Seminário IX: A Política, organização do cuidado e a clínica no campo dos transtornos mentais e criança e adolescentes	120 horas	Aspectos da história, sociologia e antropologia dos problemas e transtornos mentais de criança e adolescentes história e modelo técnico-assistencial para crianças e adolescentes no SUS e na Reforma Psiquiátrica. O campo da clínica e cuidado nos transtornos de criança e adolescente. Epidemiologia e fundamentos de psicopatologia, nosologia e nosografia. Fundamentos da construção de PTS e da gestão da clínica nos transtornos de crianças e adolescentes: a crise, os casos graves, a intervenção precoce (a tempo). Fundamentos da terapêutica: o lugar da medicação e das tecnologias médicas, o campo das práticas psicoterapêuticas, o campo da Reabilitação Psicossocial.

Fonte: PBH, [2011].
 Quadro adaptado pela pesquisadora em 2016.

Em entrevista, o coordenador da RISM-PBH explicou que as atividades teóricas e teórico-práticas, no entanto, acontecem em outro formato. Segundo ele, a organização do PPP desta forma decorre da exigência ministerial de que o projeto siga um formato muito mais acadêmico, que pouco corresponde à realidade da formação em um programa de residência. Assim, na prática, essas atividades acontecem com a presença de todos os residentes, ao longo de um dia durante a semana, através de oficinas teórico-práticas, centradas em construção e discussão de Projetos Terapêuticos Singulares.

Acontecendo de maneira ininterrupta desde 2012, a RISM é o programa de residência em saúde mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte que formou o maior número de residentes multiprofissionais até o momento. A primeira turma teve início em 2012, com vagas para oito residentes bolsistas, das seguintes áreas profissionais: Enfermagem (2), Psicologia (2), Serviço Social (2) e Terapia Ocupacional (2). Desde então, quatro novas turmas foram recebidas neste programa, que continuou com o mesmo número de vagas por turma, conforme descrito no Quadro 12. Destacamos que ainda não temos conhecimento sobre o número de vagas preenchidas em cada turma, assim como o número de profissionais que concluíram o curso e sobre evasão. Como dissemos, são informações que deverão ser exploradas na continuidade desta pesquisa, no doutorado.

Quadro 12: Número de vagas por turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte, distribuídas por áreas profissionais.

Áreas Profissionais	Vagas 2012	Vagas 2013	Vagas 2014	Vagas 2015	Vagas 2016
Enfermagem	02	02	02	02	02
Psicologia	02	02	02	02	02
Serviço social	02	02	02	02	02
Terapia Ocupacional	02	02	02	02	02
Total	08	08	08	08	08

Fonte: SMSBH, 2012; 2013; 2014; 2015; 2016.
Quadro elaborado pela pesquisadora em 01/06/2015.

4.2.3 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares

Dos programas em estudo, a RMSM do Instituto Raul Soares (IRS) foi o último a ter início, no ano de 2014. Segundo a coordenadora entrevistada, a RMSM foi criada a partir da estrutura da Residência em Psiquiatria, que existe desde 1977, ano em que ocorreu a vinculação do Instituto Raul Soares à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Assim, em 2013, o IRS/FHEMIG concorreu a um edital do Ministério da Saúde com o objetivo de abrir um novo programa de residência, desta vez, multiprofissional.

De acordo com a Portaria Conjunta 11, de 2013 do MS e MEC, este programa está vinculado ao IRS/FHEMIG enquanto instituição executora (Brasil, 2013). A vinculação à Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), como instituição formadora, deve-se à Resolução 7 (Brasil, 2011b), que, como já comentamos, exige uma IES para que o programa seja submetido ao processo de credenciamento pelo MEC. Segundo a coordenadora do programa, ainda que vinculado à FCMMG como instituição formadora, a RMSM do Instituto Raul Soares não utiliza os recursos daquela instituição em sua execução, seja da parte teórica, seja da parte prática. E ainda indica que a FHEMIG tem planos de reformular o atual projeto, pretendendo que a RMSM fique inteiramente sob sua responsabilidade:

Na verdade, é o seguinte... o que que a gente teve que fazer? A gente ainda pegou o edital que tinha que ter uma instituição de ensino superior assinando, dando a chancela docente. Agora não precisa mais disso. Agora a FHEMIG, que é a fundação hospitalar a que o Raul está vinculado, ela pode propor uma residência sem a chancela de uma instituição de ensino superior. Então quem chancela a gente? É a Ciências Médicas (...) E aqui é a unidade executora. (...) Qual que é a tendência? A tendência é que a gente passe agora para a FHEMIG. Entendeu? Mas aí a gente vai ter que entrar em outro edital para poder oferecer uma nova... que seria uma nova residência para ficar na FHEMIG. (Entrevista de pesquisa – Coordenadora RMSM IRS/FHEMIG)

O objetivo geral declarado da RMSM do Instituto Raul Soares é “formar especialistas em Saúde Mental, segundo as diretrizes da Política Nacional, Estadual e Municipal da área, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como cenários de aprendizagem os diversos níveis de atenção de uma rede de Saúde Mental constituída segundo essas diretrizes” (FHEMIG, 2016, s.p.).

A entrevistada relata que todos os envolvidos com a construção do PPP são trabalhadores da saúde mental vinculados ao Instituto Raul Soares, e que foi ao longo da construção do projeto, através de conversas com o MS, que a proposta da residência multiprofissional se tornou mais clara:

(...) Então na verdade o que que o Ministério da Saúde pede é o seguinte: “ok, você me fala um pouco como é que vai ser... vocês vão fazer academicamente com isso, mas nós queremos saber como que a formação da política de saúde mental do SUS... ela está contemplada, onde que no seu projeto você está contemplando essa formação”. Então você tem que descrever os cenários de prática, as orientações, política de álcool e drogas, política de infância e adolescência... então, por exemplo, essa residência é uma residência dentro de um hospital psiquiátrico. Isso não tem o menor problema, mas eu tenho que ter o segundo ano inteiro da residência na rede. Entendeu? R1 é aqui. R2 é fora daqui. E quando a gente terminou (...) porque nós ficamos de agosto até dezembro mexendo com isso. Sabe quando você tem a impressão de que agora é que você entende o que é o projeto da residência? “Gente, agora que eu saquei o que que é...”. Você pega o instrumento e aí você toma conta dele. (Entrevista de pesquisa – Coordenadora RMSM IRS/FHEMIG)

Para alcançar os objetivos propostos, sobretudo em relação às atividades que seriam fora do hospital, foi estabelecida uma parceria entre o IRS/FHEMIG e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/PBH), de maneira que parte da formação dos residentes acontecesse na RAPS do município de Belo Horizonte. De acordo com a coordenadora, essa parceria não se deu sem conflitos, embora tenha sido bem recebida pela PBH:

(...) Eu falo que fomos bem recebidos porque o pessoal lá é muito legal e sacou o projeto. [Algumas pessoas] tiveram algumas restrições em relação ao Raul. Por quê? Com toda razão! O Raul estava vivendo um momento muito difícil, com muita internação judiciária, a questão do *crack* estava muito difícil aqui dentro. Então eles estavam interpelando a gente. Olha: como é que vocês colocam residência num lugar que está funcionando desse jeito? Foi difícil, não foi fácil não. Aí... mas como a gente sempre foi muito parceiro de trabalho, tem uma história de parceria de trabalho, eu falei: “gente, mas a residência, mas a rede, ela tem que vir para dentro do hospital, senão a gente não consegue, não é?” Eu fui argumentando isso. Era necessário a gente ter uma residência aqui para poder fazer com que o programa de residência vazasse um pouco para o hospital nesse sentido... de ter residentes, de articular com a rede. E foi exatamente isso que aconteceu. (Entrevista de pesquisa – Coordenadora RMSM IRS/FHEMIG)

Assim, através dessa parceria, os cenários de práticas da RMSM do Instituto Raul Soares, incluem, além do próprio hospital psiquiátrico, alguns serviços da RAPS de Belo Horizonte. Os residentes passam todo o primeiro ano no Instituto Raul Soares, um serviço destinado a prestar assistência hospitalar de complexidade secundária e terciária. E no segundo ano, as atividades ocorrem em um CERSAM, em um CERSAM-ad, no CERSAMi e em uma UBS, onde o residente será inserido no trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) e das Equipes de Saúde Mental (ESM).

As atividades teóricas e teórico-práticas desenvolvidas na RMSM do Instituto Raul Soares estão descritas no Quadro 13.

Quadro 13: Atividades teóricas e teórico-práticas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares/FHEMIG.

Atividade	Carga horária	Descrição
Seminários de Pesquisa (Metodologia)	144 horas	Introdução à metodologia científica; Ciência e conhecimento científico; Métodos científicos; O processo de pesquisa: conceito, planejamento, elaboração e execução; Elaboração de projeto de pesquisa; Elaboração do TCC como relatório final de pesquisa.
Saúde Mental	72 horas	História da Loucura. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo. As Origens do Movimento Sanitário. As matrizes da Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária brasileira como projeto de mudança em saúde em um contexto de luta. O direito à saúde. Os princípios doutrinários e organizacionais do SUS. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: da década de 1980 aos dias atuais. Rede de cuidados e a utopia da Clínica Ampliada. A Política Nacional de Saúde Mental. Os CAPS. A Saúde Mental na Atenção Básica e o apoio matricial dos NASF. A complexidade da atenção às situações de crise: o papel do SAMU e das urgências/emergências dos hospitais gerais. O papel do hospital psiquiátrico e dos ambulatórios especializados. O papel do Programa “De Volta para Casa” e das residências terapêuticas na desinstitucionalização e reinserção social de pacientes crônicos.
Psicanálise I	72 horas	O curso pretende introduzir a psicanálise como instrumento de leitura de casos clínicos, estudando o mecanismo destacado por Freud e formalizado por Lacan para realizar o diagnóstico estrutural de psicose, em oposição àquele de neurose.
Psicanálise II	72 horas	O corpo para a psicanálise carrega uma distinção fundamental em relação ao corpo para a biologia. O conceito de pulsão forjado por Freud revela essa especificidade em sua distinção com o conceito de instinto, sustentando que o que se passa no corpo do humano é de outra ordem do que o natural. Com Lacan podemos sintetizar que o corpo no humano é o corpo afetado pela linguagem, um corpo tomado no registro da satisfação, mais especificamente no registro do gozo. Estabelecendo a diferença entre o estatuto de corpo existente entre a psicanálise e a biologia o curso pretende delinear os caminhos da clínica psicanalítica, e como esta pode se aplicar a psiquiatria.
Nosologia	72 horas	O curso de nosologia visa oferecer ao médico psiquiatra em formação um espaço de debate teórico para aquisição de estudo e atualização dos principais quadros nosológicos em Psiquiatria. A intenção é desenvolver esse estudo, embasado na literatura científica, e aplicado à prática clínica encontrada pelo médico residente em suas atividades nas enfermarias, na urgência e ambulatório.
Psicopatologia	72 horas	O normal e o patológico; Método fenomenológico; Formas do adoecer psíquico (processo/desenvolvimento/fase/broto); Consciência; Atenção; Orientação tempo/espacial; Memória; Afeto; Senso-percepção; Pensamento; Delírio; Impulso/vontade; Inteligência.

Seminários de Conexão I e II	216 horas	<p>Atenção Básica: matriciamento, referência e contra-referência, saúde mental e PSF, funcionamento e articulação da rede assistencial, territorialização, projeto terapêutico e articulação intersetorial; Atenção à saúde da infância e Adolescência: As ferramentas do cuidado à criança e ao adolescente; Interfaces do cuidado da criança e adolescente com transtornos psiquiátricos graves; O cuidado às crianças e adolescentes em situação de abuso e dependência de álcool e outras drogas; Políticas de Saúde, de Saúde Mental e a intersetorialidade; A clínica da Reforma Psiquiátrica e a integralidade da assistência. Política Nacional de Álcool e Droga, com ênfase na Redução de Danos: Intersetorialidade, Atenção integral, Prevenção, Promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas; Modelos de atenção – CAPS e redes assistenciais.</p> <p>Estratégias de segurança do paciente. Plano de Segurança do Paciente. A bioética e a ética profissional. Epidemiologia e bioestatística.</p> <p>A clínica da psicose. A clínica da toxicomania. A clínica do feminino.</p>
Disciplinas específicas de área profissional	120 horas	Enfermagem em Saúde Mental; Psicologia em Saúde Mental; Serviço Social em Saúde Mental; Terapia Ocupacional em Saúde Mental.

Fonte: FHEMIG, 2016.
Quadro adaptado pela pesquisadora em 2016.

A primeira turma teve início em março de 2014, com vagas para quatro residentes, das seguintes áreas profissionais: Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Desde então, duas novas turmas foram recebidas neste programa, a segunda em março de 2015 e a terceira turma em março de 2016. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares/FHEMIG abriu, em cada um dos editais, quatro vagas, conforme descrito no Quadro 14.

De acordo com a coordenação do programa, a primeira turma, que concluiu o curso em 2016, não teve todas as vagas preenchidas, já que não entrou nenhum profissional da enfermagem. Ao longo do curso duas residentes desistiram e apenas uma assistente social concluiu o programa até o momento. A coordenadora entrevistada informa ainda que há a previsão de que em 2017 as quatro residentes, que entraram em 2015, concluam o curso.

Quadro 14: Número de vagas por turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares/FHEMIG, distribuídas por áreas profissionais.

Áreas Profissionais	Vagas em 2014	Vagas em 2015	Vagas em 2016
Enfermagem	01	01	01
Psicologia	01	01	01
Serviço social	01	01	01
Terapia Ocupacional	01	01	01
Total	04	04	04

Fonte: IRS/FHEMIG, 2016.
Quadro elaborado pela pesquisadora em junho de 2015.

Sobre a evasão, por ser um número significativo, certamente retornaremos a esta questão no doutorado. A coordenadora relata que as residentes ficaram um ano na RMSM e assim que mudaram de cenário de prática, desistiram do curso. Ela relaciona o fato com a formação anterior dessas profissionais:

Uma delas falou: Olha, eu não vou para o Barreiro, é longe. (Risos) É... então eu acho que isso é a universidade. Entendeu? Não é "Isso é a universidade". Deixa eu retificar... Mas como que ela vem com isso? Como é que ela teve dúvida que em uma residência em Saúde Mental ela não iria para rede? Que ela ficaria num hospital psiquiátrico. Então assim... Claro que a universidade não se traduz nisso. Mas isso representa um pouco como esse sujeito não foi afetado na sua formação pelo discurso da Saúde Mental. E não só ela não... A TO também. A Psicóloga também. (...) Então eu acho que tem essa questão, é um ponto mesmo. (Entrevista de pesquisa – Coordenadora RMSM IRS/FHEMIG)

A entrevistada comenta ainda que existem iniciativas importantes em relação ao campo da saúde mental vindas das universidades, cita professoras da UFMG e cita a PUC Minas. Entretanto ela entende que são iniciativas isoladas, já que não chegam a se constituir como linhas de pesquisas, tendo um impacto restrito.

Esta primeira descrição geral sobre as RMSM em estudo, serve apenas para nos dar uma ideia inicial mais organizada e sintética sobre cada uma delas, onde algumas das diferenças ou particularidades já podem ser visualizadas. No próximo capítulo, propriamente analítico, teremos oportunidade de comentar algumas dessas particularidades ainda não exploradas aqui.

5 ANÁLISE CRÍTICA DOS PROJETOS POLÍTICO-PEDAGÓGICOS

Como descrito no capítulo sobre o percurso metodológico desta pesquisa, realizamos análise temática de conteúdo comparativa para o estudo dos projetos político-pedagógicos (PPP) dos programas de residência multiprofissional em saúde mental (RMSM) da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Neste capítulo apresentaremos as análises dos PPP utilizando categorias criadas a partir dos documentos estudados e considerando as diretrizes da política pública de saúde mental, especificamente a portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do SUS (Brasil, 2011a) e as produções teóricas do campo da atenção psicossocial, apresentadas no Capítulo 2. As categorias definidas por nós foram: Perspectiva teórico-pedagógica; Trabalho multiprofissional na lógica interdisciplinar; Diversificação das estratégias de cuidado. É preciso não perder de vista que estas categorias foram criadas para a realização da análise, mas que de maneira nenhuma podem ser compreendidas de maneira estanque. Ressaltamos ainda que estamos apresentando uma análise exploratória, que certamente será retomada de forma aprofundada e ampliada no doutorado.

A primeira particularidade importante para contextualizar esta análise é o fato de que os residentes dos programas estudados recebem ou receberam suas bolsas através de financiamento direto do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC). Essas bolsas são concedidas por meio de editais destinados aos programas, existindo, portanto, uma indução ministerial e uma configuração mínima do PPP que deve estar estritamente vinculado à política pública de saúde (Anexo C). Ou seja, o texto do PPP deve necessariamente contemplar algumas diretrizes a fim de conseguir sua aprovação e o financiamento das bolsas dos residentes. Dessa forma, encontramos em todos eles referências ao SUS e à RAPS, sobretudo nos objetivos, nos objetivos específicos e na definição do perfil do egresso. O que os diferencia parece ser a forma de apropriação que cada programa faz dessas referências a partir de sua relação efetiva com o projeto e com própria a RAPS, fato que se relaciona fortemente com o histórico e as condições das instituições formadoras e executoras envolvidas e com as pessoas que estiveram à frente da construção e condução dos projetos. Também por isso, a continuidade da pesquisa se mostra relevante, pois ouvir outros atores envolvidos com os programas estudados, como os residentes e alguns preceptores, certamente ampliará nossa possibilidade de compreender os processos de formação realizados e em curso.

Outra questão que precisa ser mencionada é o fato de que os projetos são enviados para o MEC e o MS, através da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), por meio de uma plataforma virtual, com campos para preenchimento. Um dos projetos estudados informa que essa plataforma tem uma lógica própria, com quesitos dispersos (PBH, [2011a]). Logo, o projeto enviado para os ministérios segue uma estruturação típica de formulário, sendo bem objetivo. Alguns programas disponibilizaram para esta pesquisa o projeto nesse formato. Outros disponibilizaram o projeto reformulado, com complementações para melhor compreensão da proposta, e com maior espaço reflexivo, o que possibilita a apresentação de sua fundamentação teórico-pedagógica de maneira detalhada. Percebendo isso, solicitamos aos outros programas os instrumentos de avaliação dos residentes e outros documentos que considerassem importantes para a pesquisa. No Quadro 1, apresentado no Capítulo 1 (p. 24), estão descritos todos os documentos aos quais tivemos acesso até o momento. Os documentos aos quais tivemos acesso apenas no mês de novembro não serão contemplados na presente análise, mas considerados para a pesquisa de doutorado.

Portanto, os documentos contemplados para a análise neste capítulo são: o projeto político-pedagógico da RMSM-Betim em sua forma concisa e objetiva, disponibilizado pela ESP/MG; o projeto político-pedagógico da RMSM-Betim em sua forma concisa e objetiva, disponibilizado pela PUC Minas; o projeto político-pedagógico da RMSM-IRS/FHEMIG em sua forma ampliada, contendo todos os planos de trabalho e os instrumentos de avaliação dos residentes, disponibilizado pelo IRS/FHEMIG; o projeto político-pedagógico da RISM-PBH em sua forma ampliada e o documento base para a criação do projeto de residência integrada, que apresenta de maneira detalhada a fundamentação teórico-metodológica, disponibilizados PBH. Além dos PPPs, os três programas (RMSM-Betim, RMSM-IRS/FHEMIG e RISM-PBH) nos enviaram alguns trabalhos de conclusão de curso, produção escrita obrigatória realizada pelo residente para a conclusão do programa e consequente titulação. Estes últimos não foram analisados em profundidade, mas recorreremos a eles em alguns momentos, para complementar as análises dos projetos. Novamente destacamos a importância do conteúdo das entrevistas realizadas com os coordenadores e ex-coordenadoras como fonte de esclarecimentos e de informações substantivas e complementares aos documentos escritos.

Todos os programas indicam em seus PPPs a necessidade de formação profissional específica para o trabalho no campo da atenção psicossocial, apontando como problemático o descompasso entre a demanda dos serviços e a formação qualificada nas instituições de ensino. Essa dificuldade, que aparece de maneira insistente em nossa revisão, é parte da

justificativa de todos os programas estudados, sendo que alguns consideram ainda as especificidades locais:

É notória a lacuna nos cursos de graduação universitários no que diz respeito à formação em Saúde Mental, não atendendo às demandas colocadas pela implantação das diretrizes das políticas estadual e nacional na área. (...) (Betim-ESP/MG, [2010], grifo nosso)

(...) Basta ver que a grade curricular dos cursos de graduação voltados para a saúde ainda não contemplam de forma suficiente a especificidade da realidade do cuidado da rede substitutiva de saúde mental. (Betim-PUC Minas, [2013], grifo nosso)

No caso da Saúde Mental a maioria das Universidades e Centros de Formação estão completamente dissociados do processo de reorientação da assistência psiquiátrica ocorrido no Brasil nos últimos 10 anos, formando um profissional completamente incapaz de entender e operar no novo paradigma, o que compromete todo o processo de expansão de rede e a qualidade da assistência. (PBH, [2011a], grifo nosso)

(...) os avanços obtidos na implementação destas redes contrastam agudamente com uma formação que reduz a aspectos estritamente técnicos a vasta gama de questões envolvidas no campo dos transtornos psíquicos, e relega ao segundo plano o estudo das políticas públicas necessárias para abordá-los devidamente, na perspectiva da atenção psicossocial e da promoção de cidadania. (IRS/FHEMIG, 2016, grifo nosso)

Nesse sentido, um dos entrevistados realizou uma breve análise, apontando que o investimento na formação de recursos humanos se tornou fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica, embora não deixe de considerar que, em determinado momento, os avanços na construção da RAPS foram fundamentais para um “efeito demonstração”, ou seja, para que as pessoas apostassem na efetividade das estratégias da atenção psicossocial. Assim, ao mesmo tempo em que, criticamente, indica que talvez o atraso em relação à formação profissional tenha sido um dos “erros da reforma”, ele também assinala questões práticas fundamentais sobre a construção da RAPS que talvez tenham, inevitavelmente, adiado um investimento vigoroso nos processos de formação. A seguir, apresentaremos as análises realizadas de acordo com as categorias.

5.1 Fundamentação teórico-pedagógica

De acordo com 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. Este autor afirma como

necessária a transformação radical na formação, que deveria fundamentar-se nas discussões sobre a forma de produção do conhecimento, incluindo as relações entre poder e saber, e sobre a complexidade da experiência humana, pois “não se ensina andar se não se ensina a fazer caminhos, a construir percursos e trajetórias” (Amarante, 2015, p. 102). Em consonância com essa reflexão, Rotelli (2008) assevera que precisamos construir novas instituições, novos saberes sobre a loucura; e, para isso, precisamos de novas instituições também para nos formarmos, instituições que se interessem pelo crescimento da liberdade dos indivíduos. Entendemos, portanto, que as estratégias pedagógicas apresentadas nos PPPs têm estreita relação com a dimensão teórico-conceitual.

De fato, ao analisarmos os PPPs dos programas de residência estudados, não encontramos, no geral, uma sustentação teórico-conceitual rigorosa e afinada com a complexidade do processo da reforma psiquiátrica brasileira e mesmo com a complexidade da experiência humana, ainda que nas outras categorias de análise tenham surgido conteúdos importantes, referentes à atenção psicossocial, que tendem a reafirmar a distinção da residência multiprofissional, em relação à especialização comum ou à formação desvinculada da prática na RAPS. Discutiremos a fundamentação teórico-pedagógica dos PPPs nesta primeira categoria de análise, por considerarmos que as categorias seguintes ficarão mais compreensíveis para o leitor após ter conhecimento da proposta pedagógica e da fundamentação teórico-conceitual dos projetos estudados.

Como já indicamos, devido às exigências ministeriais, todos os programas estudados apresentam em seus PPPs uma vinculação explícita com a política pública de saúde do Brasil, mesmo que alguns não tenham citado nenhuma normativa ou outro documento. Dessa forma, como será evidenciado nas categorias seguintes, todos os PPPs fundamentam-se, ainda que com diferenças razoáveis, em algumas diretrizes da política pública de saúde mental. Como exemplo, citamos o *trabalho multiprofissional em rede e no território, considerando o acolhimento, o vínculo e a responsabilização de cuidados, com o objetivo de atender as necessidades locais segundo os princípios do SUS e das diretrizes das políticas nacional, estadual e municipal*. Tal conteúdo encontra-se presente em todos os projetos. Para além do embasamento nos referenciais da política oficial, as fundamentações teórico-conceituais dos programas apresentam aproximações e distanciamentos, como veremos.

Já as perspectivas pedagógicas, variam razoavelmente. Neste ponto, uma questão que merece ser retomada refere-se à participação das instituições formadoras. Lembramos que o único programa que contou com a participação efetiva de instituições formadoras foi a

RMSM-Betim, através da ESP/MG e da PUC Minas. A RMSM-IRS/FHEMIG, embora esteja vinculada formalmente às Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais é conduzida exclusivamente pelo próprio hospital, que assume todas as atividades teóricas e teórico-práticas. E a RISM-PBH, apesar do vínculo com a Faculdade Novos Horizontes, tem todas as suas atividades teóricas e teórico-práticas conduzidas pela PBH. Ainda que essa diferenciação por si não determine a configuração das atividades, ela parece influenciar a construção dos PPPs.

A RMSM-Betim, como apresentamos no capítulo anterior, tem dois PPPs: o primeiro tendo a ESP/MG e o segundo tendo a PUC Minas como instituição formadora. Ambos não apresentam referências teóricas em seus textos e praticamente não oferecem indícios para o reconhecimento de sua fundamentação teórico-conceitual. Dessa maneira, as entrevistas tornaram-se fundamentais para uma melhor compreensão deste programa.

Os dois projetos indicam que a RMSM de Betim aconteceria na perspectiva da educação permanente, considerando os residentes como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho, organizando nesses moldes as suas atividades teóricas e práticas, através da utilização de metodologias participativas, como problematização, discussão de casos clínicos e situações-problema, apresentação e discussão de textos (Betim-ESP/MG, [2010]; Betim-PUC Minas, [2013]).

A promoção de estratégias de educação permanente, comentadas no segundo capítulo, também constitui importante diretriz da RAPS (Brasil, 2011a). 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, a modificação das estratégias educativas, a partir do reconhecimento da prática como fonte de conhecimento, o entendimento do sujeito como ator reflexivo e construtor do conhecimento e a abordagem em equipe para superar a fragmentação do trabalho (p. 137). Estes autores indicam ainda que a proposta metodológica da educação permanente se fundamenta na problematização do processo de trabalho.

De acordo com o PPP da RMSM de Betim-ESP/MG a perspectiva pedagógica da residência foi pensada em concordância com a Proposta Político Pedagógica geral da ESP/MG, que: “oferece um ensino orientado segundo o tripé ensino-pesquisa-serviços, com um grande investimento em Saúde Mental, segundo as diretrizes das políticas estadual e nacional, em parceria com o controle social (...)” (Betim-ESP/MG, [2010], s.p.). Lembramos que a ESP/MG tem grande importância para o processo mineiro de reforma psiquiátrica,

sendo pioneira na oferta de cursos de especialização interdisciplinares na área da saúde mental a partir da década de 1980 (Passos & Barboza, 2012). Além disso, é necessário comentar que os profissionais vinculados à ESP/MG envolvidos com a RMSM têm trajetória de ensino e militância no campo da saúde mental, sendo a ex-coordenadora uma importante referência para o movimento da luta manicomial.

A partir das entrevistas, entendemos que assumir essa perspectiva pedagógica não foi um problema para a ESP/MG, inclusive porque o PPP foi construído por esta instituição em parceria com a Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura de Betim, favorecendo a apropriação da proposta por ambas as instituições. As atividades teóricas, teórico-práticas e práticas foram pensadas para serem realizadas de maneira indissociável e com acompanhamento coletivo dos preceptores e tutores. Conforme a entrevista com a ex-coordenadora, desde a seleção à apresentação do trabalho de conclusão, os residentes eram convocados a participarem ativamente dos processos referentes à residência. As estratégias de avaliações dos residentes são descritas no PPP como participativas, baseadas em critérios como frequência, participação e compromisso com o usuário e com a rede, e incluem os diferentes atores envolvidos: os próprios residentes, as equipes dos serviços em que atuam, os preceptores, os tutores e os gestores da rede. Considerando os residentes como protagonistas, a qualidade do ensino e sua adequação às necessidades de aprendizagem surgidas a partir do acompanhamento dos usuários na RAPS também seriam avaliadas (Betim-ESP/MG, [2010]).

Ainda de acordo com a entrevistada, as atividades teóricas realizadas na ESP/MG eram abertas para todos os profissionais da RAPS de Betim envolvidos com o programa, e anualmente eram abertas vagas para que outros profissionais da RAPS pudessem acompanhar os Seminários. Esses Seminários não funcionavam em esquema de palestras ou atividades livres; havia uma sequência e um trabalho coletivo, e por isso não eram totalmente abertos, eram parte de um compromisso estabelecido entre a ESP/MG e a Prefeitura de Betim, na perspectiva da educação permanente.

É importante pensarmos que a promoção de estratégias de educação permanente, além de ser uma das diretrizes da RAPS, é uma forte aposta dos programas de residência. Como dissemos, essas estratégias devem pautar-se na problematização do processo de trabalho em saúde, tendo como objetivo a transformação de práticas e a própria organização do trabalho (Brasil, 2012b). Vemos com certo entusiasmo o protagonismo dos trabalhadores de Betim, que decidiram assumir a residência, no período de transição entre a ESP/MG e a PUC Minas,

e consideramos que talvez tenha sido um movimento possibilitado pela forma com que a residência foi construída junto ao município.

O PPP da RMSM-Betim-ESP/MG ao descrever as atividades teóricas e teórico-práticas (Quadro 8), informa que o seminário de Psicopatologia é embasado na psicopatologia clássica e na psicanálise. Já o seminário intitulado Aspectos Históricos e Antropológicos da Saúde Mental, aparentemente apresenta uma perspectiva crítica (Betim-ESP/MG, [2010]). Através da entrevista com a ex-coordenadora, pudemos perceber que a preocupação deste seminário era justamente a reflexão sobre as formas de produção de conhecimentos no campo da saúde mental e sobre a complexidade da experiência humana:

[o seminário] era o meu xodó (...) a gente examinava assim: como que a subjetividade se estrutura diferentemente conforme a época histórica, conforme o tipo de sociedade e como que isso se relaciona com formas diferentes de tratamento que são oferecidos, né? E esse seminário era de minha responsabilidade. (...) isso introduzia uma dimensão assim da historicidade humana das épocas, dos tempos, dos acontecimentos que davam uma vida muito grande para tudo que se discutia (...) (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-ESP/MG)

O seminário de Construção de Redes também não sugere nenhuma referência além das diretrizes da política pública, e o mesmo acontece com a Supervisão Clínico-Institucional e as Reuniões Clínicas: as atividades são descritas sem uma apresentação conceitual e sem indicação de referências, o que não nos permite a compreensão das descrições mais genéricas, como “propiciar uma construção singularizada e reflexiva dos casos”, “articulando os aspectos clínicos, sociais e institucionais” (Betim-ESP/MG, [2010]). Portanto, através do PPP percebemos apenas a referência explícita à psicopatologia clássica e à psicanálise. Contudo, é preciso considerar, como já informamos, que a ex-coordenadora do programa é uma profissional com longa trajetória de trabalho e militância na luta antimanicomial, também psicanalista e com livros publicados no campo da saúde mental. Certamente um pensamento de influência para o programa, ao menos em seu primeiro momento, quando vinculado à ESP/MG.

Ainda em relação a este momento da RMSM- Betim, notamos que alguns trabalhos de conclusão de curso, aos quais tivemos acesso, são produções que buscam, criticamente, discutir desafios para a consolidação da reforma psiquiátrica, a partir das experiências que tiveram enquanto residentes. Os trabalhos utilizam como referências, além de documentos oficiais, textos de autores que são críticos ao paradigma biomédico, e por consequência aos especialismos e ao modelo da clínica tradicional, como Benedetto Saraceno, Franco Basaglia,

Giuseppe Dell'acqua, Roberto Mezzina, Silvio Yasui, Abílio da Costa-Rosa, Ana Marta Lobosque, Antonio Lancetti e Gastão Wagner de Souza Campos.

O PPP elaborado pela RMSM-Betim em parceria com a PUC Minas, também não oferece informações suficientes em termos de fundamentação teórico-conceitual. O PPP apresenta apenas os eixos temáticos para as atividades teóricas e teórico-práticas, incluindo por exemplo, psicopatologia, psicanálise, atenção psicossocial, aspectos filosóficos e antropológicos da saúde mental, construção de redes e saúde pública. Como apontamos, por questões institucionais, as atividades ocorreram de maneira mais livre, os seminários não tinham um encadeamento como antes. As descrições das Reuniões clínicas das Supervisões clínico-institucional também não dão pistas sobre a fundamentação teórica. Entretanto através da entrevista com a ex-coordenadora do programa foi possível identificarmos que a psicanálise, de orientação lacaniana, era uma forte referência, embora produções de autores de outros campos também estivessem contempladas:

(...) por exemplo, com relação à Política de Saúde Mental, Paulo Amarante é um autor muito utilizado... Ana Marta Lobosque, Basaglia... E quando a gente precisava de tratar mais especificamente essa articulação clínica a gente usou muito Ana Cristina Figueiredo, Viganò, enfim... *Autores que tentam pensar, né? A perspectiva do sujeito no campo da clínica e não só da perspectiva da política.* E aí tentamos muitas vezes... fizemos isso muitas vezes... de tentar introduzir a questão, tratar a questão psicose, né? A gente, sem dúvida nenhuma, se utilizava sempre do arcabouço da psicanálise. Então a gente utilizou, algumas vezes, não exatamente o texto de Lacan, mas autores que eram leitores de Lacan. Para falar da esquizofrenia, da paranoia. Antonio Quinet foi um desses autores bastante utilizados. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-PUC Minas, grifos nossos)

Não tivemos acesso a nenhum trabalho de conclusão de curso, mas a entrevistada comentou que os trabalhos, pelo menos os orientados por ela, tiveram objetos e referências diversas. Ela cita manuais técnicos do CRP, textos oficiais e autores como Emerson Merhy, Oscar Cirino e Antonio Quinet:

(...) ele não é psicanalista, então ele não trabalhou com texto de psicanálise. Então ele trabalhou muito com esses manuais que o CRP tem produzido a respeito do lugar dos psicólogos nos CAPS. Trabalhou muito também com Merhy... com esse tipo de bibliografia. A outra pessoa, é uma terapeuta ocupacional. (...) [Ela] fez uma pesquisa de campo sobre o lugar do psicótico usuário de drogas na rede de Saúde Mental de Betim. Então ela não tinha uma intimidade com a psicanálise também, mas leu algumas coisas sobre a questão do lugar da droga para o paciente psicótico. Leu Oscar Cirino... quem mais que ela leu? Ai... não estou me lembrando de outros autores... Leu Quinet também, mas ela leu uma bibliografia enorme sobre a questão dos CAPS-ad. (...) Então a bibliografia dela ficou muito no campo da Saúde Pública também. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-PUC Minas)

A evidente separação entre política e clínica atrai a atenção. A política parece estar sendo compreendida como as publicações oficiais e a sistematização teórica da discussão sobre saúde coletiva, saúde pública e saúde mental, embora alguns autores citados também apresentem uma forte perspectiva clínica, entretanto não tradicional, em seus trabalhos.

A perspectiva pedagógica foi um complicador para a RMSM-Betim quando a PUC Minas assumiu como instituição formadora, principalmente porque, de acordo com a ex-coordenadora, o projeto de uma residência é incompatível com um curso de pós-graduação de uma universidade particular. Assim, vários impasses surgiram: desde a remuneração e encargos didáticos de professores, como indicamos, à avaliação de residentes. A entrevistada explica que como as atividades teóricas passaram a ocorrer de maneira mais livre, impossibilitando um acompanhamento e uma avaliação processual, as avaliações dentro do campo de prática foram priorizadas. Talvez por ser uma Instituição de Ensino Superior, com exigência de certo rigor acadêmico, a elaboração dos trabalhos de conclusão também foi apontada como uma questão pela ex-coordenadora:

(...) Porque os residentes têm uma certa concepção na cabeça deles de que eles têm que ficar só com a prática. Que essa coisa de formalizar não tem muita importância, né? (...) Então tem essa dificuldade de poder elaborar teoricamente o percurso que eles fizeram na prática. A impressão que eu tive o tempo inteiro é que eles podem até trabalhar muito bem na prática, podem até ter desenvoltura em ato no campo, mas falta capacidade de articulação teórica. E me parece que esse era um ponto interessante de ser revisto pelas residências. Ninguém pode fazer o que quiser na prática. Você precisar ter um certo estofo teórico para isso. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-PUC Minas)

A RMSM de Betim, portanto, passou por momentos bastante diferentes em relação à organização pedagógica. Isso fica constatado a partir dos PPPs e das entrevistas realizadas. Já a sustentação teórico-conceitual da proposta pedagógica não fica clara. Assim, esta é mais uma das questões que poderão ser exploradas no período do doutorado. Lembramos que este programa foi o que nos disponibilizou o menor número de documentos até o momento e que já estamos em contato com outros profissionais que estiveram a ele vinculados, para que possamos aprofundar nossas análises e esclarecer algumas questões decorrentes desta pesquisa.

Já o PPP da RMSM-IRS/FHEMIG, embora indique que a instituição participa do polo de educação permanente da região Macrocentro do Estado de Minas Gerais desde 2005, quando foi certificado como Hospital de Ensino, essa questão não reaparece no projeto. De acordo com o PPP, a abordagem pedagógica proposta é centrada nos princípios da formação em serviço, e se caracteriza por considerar os residentes como sujeitos do processo de ensino-

aprendizagem-trabalho (IRS/FHEMIG, 2016). Suas diretrizes pedagógicas estão baseadas em ações que comportam a integralidade, visando o atendimento ao cidadão, com atitudes menos reducionistas e fragmentárias; a integração ensino-serviço-comunidade, visando uma identidade profissional inovadora, que interpreta situações, que busca a origem de problemas, identifica possibilidades de solução, elabora estratégias de ação, intervêm e avalia o resultado de ações preventivas e resolutivas; a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, permitindo uma formação feita por muitos, onde a participação de diversos atores formadores constituem a realidade cotidiana do programa (IRS/FHEMIG, 2016).

As metodologias utilizadas nas atividades teóricas variam entre aulas expositivas, rodas de conversas, seminários de leitura, entrevistas de pacientes, discussão de textos e casos clínicos, exames de pacientes, exame do estado mental e discussão clínica (IRS/FHEMIG, 2016). Já as atividades práticas que “visam assegurar a passagem do residente por diferentes serviços e/ou dispositivos de atenção em saúde mental existentes na rede, acompanhado por profissional de sua mesma área de formação (preceptores), com os quais discutirão cotidianamente sua atuação profissional”, objetivando consolidar teoria e prática (IRS/FHEMIG, 2016, s.p.).

A RMSM-IRS/FHEMIG, assim como o programa anterior, não indica claramente no PPP sua fundamentação teórico-conceitual. Entretanto, neste caso, tivemos acesso a todos os planos de trabalhos das atividades realizadas. Não obstante a notável variedade de referências apresentadas nos diferentes planos, quem incluem autores e textos de campos diversos, como terapia ocupacional, enfermagem, serviço social, políticas públicas de saúde, atenção psicossocial, dentre outros, a perspectiva clínica tem presença expressiva. Dos dezoito planos disponibilizados, encontramos referências psicanalíticas em oito deles. Dos dezoito, dois são exclusivamente de psicopatologia e nosologia, e outros dois exclusivamente de psicanálise. Dentre os planos específicos da psicologia, em todos eles a referência é a psicanálise. Entretanto, em entrevista, a coordenadora afirma:

Eu sou psicanalista, sou lacaniana, sou da Sociedade Brasileira de Psicanálise, mas essa residência, não. Essa residência é uma residência dentro da residência de saúde mental. O discurso da psicanálise aparece? Aparece sim, mas aparece o discurso do serviço social, o discurso da política de saúde mental. O discurso da reabilitação social, o discurso da reforma, dos movimentos sociais, né? Então... porque nós somos um lugar público. Temos que privilegiar essas formações. (Entrevista de pesquisa – Coordenadora RMSM IRS/FHEMIG)

Também tivemos acesso ao trabalho de conclusão de curso da primeira e, até o momento, única profissional a finalizar o programa. O trabalho não é de orientação psicanalítica, trata-se de uma pesquisa sobre a representação social dos CERSAMs e as referências utilizadas são bem variadas: além dos documentos oficiais das políticas públicas de saúde, textos de Paulo Amarante, Gregório Baremlitt, Franco Basaglia, Robert Castel, Gilles Deleuze e Michel Foucault, dentre outros.

A contradição chama a atenção. Ainda que a coordenadora afirme a variedade de discursos presentes e ressalte a importância do ensino interdisciplinar, e embora o trabalho final produzido seja uma produção com referências diversificadas e críticas, continuamos com a impressão, a partir da análise dos documentos, de que esse programa vem na esteira do modelo biomédico de formação e a clínica tradicional aparece com muita força, talvez em decorrência do espaço hospitalar ou por ser um programa, como a coordenadora relatou, criado a partir do “aproveitamento da estrutura da residência médica”. A continuação desta pesquisa no doutorado, pretende analisar e compreender melhor essa contradição, a partir das experiências de ex-residentes do programa.

Por fim, a RISM- PBH, de forma muito diferente dos outros programas, apresenta claramente em seu PPP sua fundamentação teórico-pedagógica. A primeira diferença que notamos é que o PPP é construído a partir de referências aos documentos oficiais da política pública de saúde, além de referência a autores que discutem o trabalho na saúde coletiva (Emerson Merhy, Gastão Wagner de S. 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 no Brasil (Foucault, Rotelli, Dell’Acqua, Mezzina e Lobosque), dentre outros. De maneira detalhada, discute os conceitos utilizados e justifica as escolhas realizadas.

A partir dessas informações, entendemos que o projeto está bastante afinado com a perspectiva da atenção psicossocial, como é possível observar também nas categorias de análise seguintes. Essa consonância aparece no PPP, no documento já citado *Residência Integrada Saúde Mental: modelo, diretrizes de formação, domínios de competências e desfechos aprendido* (PBH, [2011b]) e na entrevista com o coordenador. Também neste caso é importante considerarmos que o coordenador tem longa trajetória de trabalho e militância no campo da saúde mental, já tendo assumido importantes cargos de gestão, como a Coordenação de Saúde Mental do município de Belo Horizonte.

O programa ampara-se de forma mais precisa nas discussões de Emerson Merhy e Gastão Wagner de Souza Campos, e utiliza, de forma adaptada para o contexto da RAPS de Belo Horizonte, um desenho metodológico de formação baseado em competências. Esse modelo, CanMEDS, foi desenvolvido no Canadá, a partir da década de 1990, e atualmente é utilizado em outros países (PBH, [2011b]). Como o coordenador esclareceu durante a entrevista, a escolha metodológica para o desenho pedagógico da RISM foi pensada a partir da perspectiva teórico-conceitual:

(...) eu acho que uma das coisas que foi dando substância a isso e a convicção de que era possível... quando a gente começou a pesquisar o que tinha de experiências de formações inovadoras na área de saúde no mundo inteiro, né? E que a gente encontrou o modelo lá do CanMEDS. E aí casou com as reflexões que já tinha no Brasil aqui... De Emerson Merhy, Gastão Wagner, né? (...) Quando eles vão colocar essa ideia muito clara que não adianta eu formar um profissional só com a expertise clínica, de profissão. (...) Nos deu uma cartografia político-pedagógica... Para estar adaptando para nossa realidade. (...) Eu disse: olha, as melhores experiências de formação no mundo inteiro hoje estão trabalhando com esse modelo, né? Então a gente tem uma certa segurança, inclusive de sair desse modelo curricular, de sala de aula, de aulas expositivas... Então essa ideia de que é via caso. Predominantemente via prática, os problemas reais, os casos clínicos que você vai puxando esses domínios de competência, não é isso? (Entrevista de pesquisa – Coordenador RISM-PBH)

São sete domínios de competência que configuram o PPP, já adaptados para a realidade da RAPS e da formação em saúde em Belo Horizonte: 1) Domínio da expertise profissional, que se relaciona com as competências essenciais de cada profissão, as quais no caso da saúde, dizem respeito ao exercício da clínica, da assistência e do cuidado; 2) Domínio das competências relativas, que dizem respeito à comunicação e vínculo com usuários, cuidadores, familiares; 3) Domínio de competências relativas ao cuidado colaborativo, a prática colaborativa em equipe e em rede; 4) Domínio das competências relativas à gestão do sistema, redes e dispositivos de cuidado e a liderança clínica profissional; 5) Domínio das competências relativas à promoção e defesa da Saúde dos indivíduos e população; 6) Domínio das Competências relativas à ética geral e profissional e ao exercício da profissão no contexto da lei e da regulação profissional existente; 7) Domínio educação/formação permanente, que se refere à aquisição de competências necessárias a contínua aquisição e manutenção de competências profissionais, entre elas as competências relativas à busca, análise crítica e translação do conhecimento à prática (PBH, [2011b]). Avaliamos que esses domínios podem ser equiparados a algumas diretrizes da RAPS (Brasil, 2011a), já apresentadas anteriormente.

É interessante o fato de que o próprio projeto já prevê que apesar da potência do modelo, existe um espaço entre a formatação teórica da matriz de competências e sua

conformação à prática concreta, o que exige constantes adequações e transformações práticas. Essa necessidade constante de autoavaliação e reformulação do processo de formação e de novas invenções, característica também da educação permanente, aparece algumas vezes na entrevista com o coordenador como uma das preocupações reais do programa, quando por exemplo, ele comenta sobre a mudança na organização das atividades teóricas e teórico-práticas, para que estejam de acordo com a forma de trabalho que vem sendo desenvolvida ou na mudança em relação à produção do trabalho de conclusão do curso, para que se torne um trabalho intimamente ligado à intervenção na rede.

Nesse sentido, ele faz uma crítica à discussão de caso de caso clínico na perspectiva tradicional, reconhecidamente habitual na RAPS de Belo Horizonte e aponta para a potencialidade de, através de um caso específico, trabalhar de forma ampliada a reflexão sobre o caso e a rede, possibilitando a formação através da utilização da análise crítica e da literatura especializada, sem focar apenas em diagnóstico e conduta:

(...) nossa rede tem esse hábito... tem essa prática antiga consolidada.... Discussão de caso, de supervisão clínica. Na maior parte das vezes se restringe em diagnóstico e conduta. Um modelo bem clássico. Então a ideia é ampliar esse modelo. Em que cada caso... cada caso ilustra como que a rede funciona, como que a equipe funciona. Cada caso traz questões éticas e profissionais embutidas neles. Cada caso gera necessidade de pesquisa, análise crítica da literatura, né? 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, né? (...) (Entrevista de pesquisa – Coordenador RISM-PBH)

Nesse sentido, a proposta teórico-pedagógica da RISM-PBH parece centralizar-se no Projeto Terapêutico Singular, entendido como dispositivo ordenador da formação na rede. Tal orientação sugere uma concepção de que a teoria é indissociável da prática, e reconhece a complexidade do cuidado em saúde:

(...) é necessário lembrar que as diretrizes que ordenam e dão direção ao cuidado e reabilitação, somente, tomam substância e materialidade no Projeto Terapêutico Singular (PTS) 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 Projeto Terapêutico Singular (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. É no PTS que se pode plasmar, dar vida ao multidisciplinar, ao multiprofissional e, quiçá ao transdisciplinar do ato de cuidar – o PTS é o espaço e o momento do encontro e desencontro dos saberes, poderes e possibilidades. E assim posto, podemos concluir que, do ponto de vista da formação, e estamos falando de um novo paradigma de formação, de dispositivos, no sentido de Foucault (Foucault, 1985, Foucault, 2010, Agamben, 2009) para a produção de novas subjetividades, de um novo perfil profissional. O Projeto Terapêutico Singular de cada usuário é o verdadeiro cenário de práticas de formação. E a sua construção em rede vai, ao mesmo tempo, agenciar e aportar competências que produzam um profissional com um novo nexos político, social, clínico e psicossocial de atuação, capaz de gerenciar e “navegar” redes complexas compostas de várias estações de cuidado e reabilitação. (PBH, [2011b], p. 12-13).

Em relação aos trabalhos de conclusão de curso dos residentes, o coordenador da RISM aponta que é privilegiada a construção de projetos de intervenção que tenham impacto na RAPS. Tal proposta, segundo o entrevistado, também é uma aposta na posição de protagonismo do residente que o programa estimula:

(...) Outra coisa que também do projeto que ficou claro desde o início foi a ideia de que o residente é como que um protagonista da própria rede, um ator em termos de inovação e de melhoria no cuidado. (...) Os trabalhos de conclusão de curso são voltados para a melhoria do cuidado. A partir de uma análise de um problema, de uma vulnerabilidade em termos de cuidado, ele 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. Isso foi um achado, sabe? Porque não são trabalhos de conclusão de curso que vão para a gaveta. (Entrevista de pesquisa – Coordenador RISM-PBH)

Percebemos que quando a rede do município acolhe e se envolve com o programa as práticas de formação permanente parecem acontecer de maneira mais articulada, como no caso da RMSM-Betim e da RISM-PBH. Talvez por ser um programa vinculado a um hospital e que acontece, na maior parte do tempo, dentro da própria instituição, a questão da formação permanente não apareça com tanta relevância no PPP do IRS/FHEMIG.

Em relação à configuração pedagógica, notamos que a ex-coordenadora da RMSM de Betim, vinculada à ESP/MG, e o atual coordenador da RISM da PBH apresentam com tranquilidade e entusiasmo as propostas de formação dos respectivos programas. Essas propostas, parece vir para formalizar ou consolidar uma aposta de formação para um determinado modelo de assistência. Apesar de suas diferenças, parece que a elaboração e a execução do projeto de maneira conjunta ou mesmo integralmente realizada pela rede impacta de maneira relevante sua realização. Esses dois coordenadores aparentemente ficaram mais seguros com as necessidades de adaptação das exigências ministeriais, para que os programas fossem conduzidos em uma perspectiva mais afinada com a educação permanente e com as práticas inovadoras no campo da saúde. Para a coordenadora da RMSM de Betim-ESP/MG, existia uma facilidade maior nesse sentido no momento em que o programa foi criado:

(...) era muito tranquilo. Quer dizer, você fazia o seu projeto no Ministério e dentro de uma legislação que era relativamente enxuta e fácil de cumprir, você tinha autonomia para fazer do seu jeito, sabe? Então a gente pode fazer assim... teve bastante liberdade para poder criar esses aspectos pedagógicos que a gente achava legal. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-ESP/MG)

Já o coordenador da RISM-PBH indica que a segurança para a condução da proposta, distanciando-se do modelo mais curricular requisitado pelo MS, veio da fundamentação teórico-pedagógica, como indicamos anteriormente. Assim na RISM-PBH, parece que a rede assume o papel de formadora:

(...) residência funciona, funciona bem, quando uma rede se coloca no lugar de produzir cuidado de qualidade, não é isso? E produzir ensino na medida que produz cuidado de qualidade. E isso implica que você... é um processo que empodera todo mundo. Todos os profissionais têm que estar envolvidos, né? Esse é o desafio. (...) Tem um profissional lá que o residente acompanha, já é um pouco a alma. Ou uma equipe que o residente possa acompanhar e ver trabalhando, produzindo cuidado. Isso já é o mínimo, né? Razoável. Mas se essa rede se coloca nesse lugar mesmo também de fazer isso e fazer com qualidade, né? Se interessar pela melhoria do cuidado e pensar essa formulação em cima do cuidado de uma maneira um pouco mais formalizada... (Entrevista de pesquisa – Coordenador RISM-PBH)

Dáí surge uma questão, não apenas em relação à RISM-PBH, que se refere à sobrecarga de trabalhado de preceptores e tutores. Esta questão afasta-se muito de nosso objetivo, contudo não poderíamos deixar de apontá-la.

A PUC Minas enquanto instituição formadora, assume uma perspectiva pedagógica aparentemente mais acadêmica, rigorosa com a questão teórica, mas não atinge um formato que a coordenação avalia como satisfatório. Uma das queixas fortes da entrevistada é a dificuldade de gerir um programa como este, com alta carga horária prática e teórica, dentro de uma instituição de ensino privada. Dente os programas estudados, a PUC Minas foi a única Instituição de Ensino Superior de fato envolvida.

O IRS/FHEMIG não parece ter muitas questões em relação à configuração pedagógica de seu programa, embora tenhamos identificado algumas questões que poderiam ser problematizadas, como a sobrevalorização do modelo clínico. É possível observar a diferença nas descrições das atividades teóricas e teórico-práticas, desde a forma da redação até o conteúdo visado, como apresentadas no capítulo anterior. No caso da RMSM do IRS/FHEMIG, além de estar explícita a filiação à psicanálise, a forma de apresentar as atividades é muito mais academicista, isto é, conteudista. Isto pode ser em decorrência dos materiais analisados, pois neste caso, tivemos acesso a todos os planos de curso, com objetivos, ementas e cronogramas. Assim, a continuidade da pesquisa será fundamental até mesmo como uma possibilidade de revisitar essas considerações.

Na categoria a seguir, exploraremos a temática da interdisciplinaridade e do trabalho multiprofissional.

5.2 Trabalho multiprofissional na lógica interdisciplinar

Talvez seja uma obviedade pensarmos que uma residência multiprofissional em saúde mental pretende formar para o trabalho pautado na oferta da assistência multiprofissional interdisciplinar, e possivelmente por isso, ainda que os PPPs estudados a indiquem como objetivo, alguns acabam não explicitando como realizar a formação nesse sentido. É possível que haja uma pressuposição de que a intensa carga horária prática resolveria automaticamente essa questão, afinal, de acordo com Rotelli, Leonardis e Mauri (2001/1986), mais que nas reuniões periódicas, é no “costume de trabalhar junto e na colaboração e confronto cotidianos” que o trabalho em equipe é construído (p. 45). Porém, se considerarmos as características atuais dos cursos de graduação, conforme discutimos no Capítulo 2, não é fácil imaginar que um profissional da saúde recém-formado tenha condições suficientes para sair espontaneamente da lógica fragmentada das especialidades e do trabalho individual. Poderíamos pensar no trabalho vivo em ato, segundo Merhy (2007), que embora seja um momento marcado pela possibilidade de agir com liberdade, relaciona-se simultaneamente com a presença de quatro dimensões: a matéria-prima, as ferramentas, a organização e os saberes tecnológicos. As duas primeiras, são produtos de um trabalho vivo em ato, mas que se tornaram trabalho morto – elas influenciam o trabalho vivo, mas tendem à repetição. Já a organização e os saberes tecnológicos, constituem-se de uma combinação entre trabalho vivo e morto, e permitem maior influência do trabalhador, através de sua história, suas habilidades, sua inteligência e sua capacidade inventiva. Portanto, o trabalho vivo em ato, mesmo atuando com um grau de liberdade, permitindo e exercício do protagonismo, também se relaciona com o trabalho que o antecedeu. Ou, ainda de acordo com o autor, o mundo do trabalho é lugar de captura e de liberdade (Merhy, 2010).

Já é um consenso que as práticas que emergiram através da reforma psiquiátrica na perspectiva da desinstitucionalização possibilitaram um enriquecimento das competências profissionais, principalmente pela centralidade do trabalho em equipe (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001/1986). Assim, esta categoria de análise que estamos propondo relaciona-se com o trabalho multiprofissional, na lógica interdisciplinar.

No modo asilar, os recursos multiprofissionais estão presentes, mas funcionam no modelo da divisão do trabalho, compreendendo e produzindo tarefas, e o que é mais grave, sujeitos, de modo fragmentado (Costa-Rosa, 2000). Nesse sentido, o mesmo autor afirma que no modo asilar os recursos que vão além do estritamente psiquiátrico são considerados como

auxiliares, como secundários. É fundamental lembrar que “a substituição da psiquiatria por outra disciplina, por exemplo a psicologia ou mesmo a psicanálise, não alteraria a natureza do paradigma asilar quanto a esse aspecto” (Costa-Rosa, 2000, p. 153). De maneira contraditória ao modo asilar, no modo psicossocial, o trabalho é realizado por equipes multi ou interprofissionais, que em suas constituições atuais já superam em muitos aspectos o grupo comum dos especialistas, e das quais são esperadas formas de intercâmbio de visões teórico-técnicas e de suas práticas, que sejam capazes de 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 (Merhy, 2013).

A primeira característica que iremos explorar diz respeito à relação que os programas estudados estabelecem com outros programas de residência, incluindo as residências médicas, já que todos os entrevistados apontaram a integração como desejável e necessária. Tal integração é fundamental para pensarmos a interdisciplinaridade, além tratar-se de uma proposta ousada, pois como indicamos no Capítulo 3, existem fortes movimentos de resistência por parte de algumas organizações da medicina em relação às residências multiprofissionais em saúde. Portanto, considerando essa resistência e o fato de que são poucos os programas de residência integrada em saúde mental em curso no país, não é surpreendente que apenas um dos programas estudados tenha conseguido concretizar tal proposta, embora os outros dois indiquem a existência de atividades realizadas conjuntamente, como veremos.

O PPP da RMSM de Betim-ESP/MG não explicita a questão da integração entre programas de residência, porém algumas publicações indicam esse objetivo (Lobosque, 2013) e, em entrevista, a ex-coordenadora comentou sobre como algumas atividades aconteceram em conjunto. De acordo com ela, não foi um movimento tranquilo:

(...) a posição dos psiquiatras que seriam nossos parceiros me parecia uma posição muito difícil, muito fechada... (...) O que o que os psiquiatras tinham que ter de diferente era um curso de psicofarmacologia e algumas coisas que faziam parte da formação deles, está certo? Estágio no hospital geral, estágio em neurologia... isso aí tem que ter mesmo. E o conhecimento psicofarmacológico. No mais... por exemplo, psicopatologia dá para aprender junto, percebe? Você não precisa de ensinar a parte. Os colegas pensavam diferente... então nós achamos uma solução de compromisso (...) parte das atividades eles faziam conosco (...) O [seminário] de Construção de Redes, eles não faziam. Por quê? Porque eles tinham aulas com os preceptores de Betim nesse horário. Mas tinham aula de psicopatologia. Entendeu? Que a gente poderia dar... e o que eles mais precisam e que eles não sabiam nada, era construção de redes... então a formação da psiquiatria em termos de construção de redes ficou praticamente zero. (...) Houve algum grau de integração, mas ainda muito aquém do que eu entendo que seria recomendável, que seria necessário. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-ESP/MG)

Quando a RMSM de Betim passou para a PUC Minas, a questão da integração entre diferentes programas de residência passou a constar no PPP, que “propõe a agregação de outras bases de produção de conhecimentos, através da inclusão de disciplinas voltadas para o SUS em integração com a residência multiprofissional da saúde da família” (Betim-PUC Minas, [2013]). Porém a articulação da RMSM com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), embora pareça ter contribuído para a formação dos residentes envolvidos, aconteceu mais em decorrência de uma necessidade organizacional do que de uma intencionalidade teórico-pedagógica. Em determinado momento, já próximo ao seu encerramento, a RMSM de Betim contava com apenas dois residentes, pois um havia desistido e outra saiu de licença. Dessa maneira, a coordenação optou por realizar conjuntamente suas atividades com a RMSF. As atividades práticas continuaram ocorrendo de maneira independente, mas a articulação dos programas foi bem avaliada pela coordenadora, que destacou a maior aproximação com questões da atenção primária à saúde. Por outro lado, a articulação com a Residência de Psiquiatria, que estava sendo construída, com algumas dificuldades desde quando a ESP/MG esteve envolvida, perdeu forças a partir de dificuldades oriundas da prática:

(...) quando eu cheguei, tinham os R2 da Saúde Mental e R1 da Saúde Mental e os R1 da Psiquiatria. Todos juntos na mesma sala. (...) Foi de agosto até mais ou menos novembro ou dezembro. No outro ano isso já não aconteceu mais. A parceria não vingou. (...) Eles vinham nesse esquema de seminários. E a aula de metodologia, por exemplo, eles tinham junto com a Residência de Psiquiatria. (...) Parece que eles tinham também uma aula uma vez na semana que era dada pelos psiquiatras... (...) Depois que eu entrei, a gente avaliou, os próprios residentes me disseram que isso não funcionava bem. Porque a metodologia de trabalho científico da psiquiatria é completamente diferente da metodologia da saúde mental. Então a gente acabou se separando da Residência de Psiquiatria. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-PUC Minas)

Ela levanta a hipótese de que essa integração com os residentes médicos não tenha tido êxito porque “talvez os profissionais da saúde mental sejam realmente mais próximos de um discurso da Terapia Ocupacional, do Serviço Social, da Enfermagem... do que propriamente da psiquiatria” (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-PUC Minas). De acordo com sua avaliação, seria mais interessante um programa integrado que conseguisse reunir todos os profissionais da área da saúde, incluindo médicos, o que o programa, devido às suas particularidades, não conseguiu fazer com êxito no período de sua execução.

Já o PPP da RMSM do Instituto Raul Soares/FHEMIG, embora deixe claro que a estrutura da Residência em Psiquiatria foi utilizada para a configuração da RMSM, não menciona a questão da integração entre os programas. Em entrevista, a coordenadora da

RMSM relata que em algumas ocasiões as atividades são conjuntas: “(...) todo o primeiro [ano] teórico são as duas residências juntas. Então nós aproveitamos a estrutura da residência médica que a gente tem aqui para psicopatologia, nosologia, saúde mental, psicanálise” (Entrevista de pesquisa – Coordenadora RMSM IRS/FHEMIG). Entretanto, é curioso o fato de que o Seminário de Conexão, que contempla alguns conteúdos relevantes para o trabalho multiprofissional interdisciplinar em rede, a exemplo do Seminário de Construção de Redes da RMSM-Betim-ESP/MG, não conta com a participação dos médicos: “Se os meninos quiserem ir, podem, mas não vem nada. Médico não tem o menor tempo para isso...” (Entrevista de pesquisa – Coordenadora RMSM IRS/FHEMIG).

A única experiência que está conseguindo consolidar a proposta de integração é a RISM-PBH. De acordo com o seu coordenador, esta proposta foi discutida desde o período em que o projeto começou a ser elaborado com a RAPS de Belo Horizonte. E, dessa maneira, o próprio PPP já se apresenta como um projeto de residência integrada em saúde mental, incluindo em seu texto os residentes multiprofissionais e os residentes médicos. Todas as atividades teóricas e teórico-práticas acontecem com a presença de todos os residentes e muitas das atividades práticas são desenvolvidas conjuntamente. Existem diferenças que se devem às especificidades da residência em psiquiatria, cujo programa tem duração de três anos, como os estágios em neurologia e em toxicologia.

Destacamos que até a psicofarmacologia, que havia sido apontada pela ex-coordenadora da RMSM-Betim-ESP/MG como uma temática específica dos residentes médicos, acabou sendo uma atividade compartilhada na RISM-PBH. O coordenador deste programa aponta que a demanda em relação ao estudo da psicofarmacologia veio dos próprios residentes multiprofissionais, mas que o programa aceitou bem, sobretudo porque, além o uso de medicamentos ser uma questão se relaciona com o PTS, existe o enorme problema da medicalização que decorre, segundo ele, de uma falha na formação:

(...) Esse é um dos problemas graves nossos porque quando se fala em medicalização e psiquiatrização da prática, os atores principais desse problema não são os médicos, às vezes. É um profissional de nível superior, que em função de lacunas na formação, inclusive com relação ao lugar da medicação dentro do projeto terapêutico, passa a exigir do médico repetidamente uma intervenção farmacológica como que se ela fosse a salvação de tudo. (...) Então é... acabou que nesse ponto também... a gente falou: “não... não tem que porquê. A formação tem que ser única também”. (Entrevista de pesquisa – Coordenador RISM-PBH)

Devido a essa diferença fundamental na estruturação do projeto político-pedagógico, a RISM-PBH apresenta, nas análises que estamos realizando nesta pesquisa, pontos marcadamente diferentes dos outros programas da RMBH.

O PPP da RMSM de Betim-ESP/MG indica como seus objetivos específicos “ofertar um ensino que articule os diferentes núcleos de competência, através da atuação em equipe interdisciplinar, considerando a integralidade da atenção em Saúde Mental” e “desenvolver conhecimentos básicos para uma clínica ampliada em Saúde Mental”, dentre outros. Dessa forma, o residente egresso deve ter habilidade para atuar “de forma participativa na construção de uma rede de Saúde Mental apta a atender as necessidades locais, segundo os princípios do SUS e as diretrizes das políticas nacional e estadual da área” (Betim-ESP/MG, [2010]). O projeto, entretanto, como informamos anteriormente, é muito conciso e não discute a partir de sua orientação teórico-conceitual o que seria a “articulação entre os núcleos de competência” e não explica a atuação “participativa” esperada do profissional egresso. Mas já apresenta esses indicativos da clínica ampliada e da atuação em equipe interdisciplinar.

As descrições das atividades teóricas e teórico-práticas não contemplam diretamente a questão do trabalho multiprofissional, mas como pudemos esclarecer na entrevista, esse era um dos pontos importantes da proposta de formação. Já as atividades práticas descritas remetem ao trabalho multiprofissional, embora sem nomeá-lo como tal, por exemplo: “os residentes irão atuar junto às equipes de Saúde Mental e de Saúde da Família, em atividades de acolhimento e matriciamento”, “participarão, ainda, da reunião semanal de equipe e da reunião mensal de Saúde Mental”.

De acordo com a ex-coordenadora, deliberadamente, a residência tentava escapar de definições por especialidades: “antes de você ser um psicólogo, um TO, um enfermeiro, você está aqui como trabalhador de saúde mental e você precisa de aprender as coisas que um trabalhador de saúde mental de qualquer que seja a sua profissão tem que saber” (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-ESP/MG). Essa escolha não pretendia eliminar o caráter particular de cada profissão, mas enfatizar o campo do trabalho em saúde mental, que é interdisciplinar. Portanto, essa era a perspectiva que orientava as atividades teóricas e teórico-práticas. A entrevistada sugere também que havia, na prática, uma preocupação com a formação para o trabalho sob a lógica da interdisciplinaridade, e inclusive, uma preocupação com os psiquiatras que estavam se formando na mesma rede municipal, apesar de não haver uma explicitação quanto a isso no PPP.

A partir do PPP e da entrevista com a coordenadora, percebemos na proposta dessa RMSM uma valorização do trabalho multiprofissional com objetivo de superar a visão clássica de divisão do trabalho e os especialismos. As atividades teóricas e teórico-práticas aparentemente estavam bem equilibradas, buscando um intercâmbio de visões teórico-técnicas, por exemplo, ao não dissociar os três eixos propostos, colocando-os em relação.

(...) esse tipo de concepção de um cuidado singularizado para o sofrimento pessoal, subjetivo... (...) Isso é importante saber, mas é importante saber só, e apenas só, se você consegue articular isso com um conjunto de dispositivos e não num centramento institucional como é o caso do hospital psiquiátrico ou como pode ser o caso de qualquer equipamento que você colocar nesse lugar. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-ESP/MG)

Ela sugere, portanto, que a formação relacionada à clínica, na perspectiva da psicanálise e da psicopatologia clássica, tinha no programa um peso equivalente às problematizações sobre o paradigma psiquiátrico e às discussões sobre a construção de redes no âmbito do SUS, incluindo aí os aspectos relativos ao controle social, à gestão e ao financiamento. Como não tivemos acesso aos planos de curso ou outro material análogo, não temos conhecimento dos referenciais teóricos utilizados para a reflexão sobre o trabalho interdisciplinar.

Já o PPP da RMSM da PUC Minas em parceria com Prefeitura de Betim apresenta em seus objetivos a proposta de “qualificar profissionais para atuar nas redes de Atenção à Saúde Mental, segundo seus núcleos de competência, nas áreas de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional”, “ofertar um ensino que articule os diferentes núcleos de competência, através da atuação em equipe interdisciplinar, considerando a integralidade da atenção em Saúde Mental” e “construir os conceitos básicos para uma clínica ampliada em Saúde Mental”, dentre outros (PUC Minas, [2013]). Da mesma forma que o PPP anterior, o projeto da PUC Minas em parceria com Prefeitura de Betim, não discute o que seria a “articulação entre os núcleos de competência” e nem quais seriam os conceitos básicos para a clínica ampliada em Saúde Mental.

As descrições das atividades teóricas e teórico-práticas não contemplam diretamente a questão do trabalho multiprofissional e nem trazem explicitamente “a questão da articulação entre os núcleos de competência”. As atividades são: 1) Psicopatologia e Nosologia; 2) Psicofarmacologia; 3) Introdução à psicanálise, Campo da Atenção Psicossocial, Cuidado em Saúde; 4) Aspectos filosóficos e antropológicos da Saúde Mental; 5) Construção de redes/Saúde Pública; 6) Reunião Clínica; 7) Supervisão clínico-institucional e 8) Metodologia

de Pesquisa Científica. Além disso, são elencadas como disciplinas específicas: O cuidado na saúde mental; O uso da atividade como recurso terapêutico; A escuta da subjetividade no caso a caso e as questões sociais dos casos clínicos (Betim-PUC Minas, [2013]). De toda forma, a ex-coordenadora entrevistada esclareceu que na prática, devido a necessidades da instituição desencadeadas por uma certa dificuldade em gerir um programa de residência, essas atividades funcionaram de outra forma, contando com a colaboração de professores convidados e algumas vezes acontecendo de forma aberta para trabalhadores da rede e alunos dos cursos de graduação:

(...) você não tinha uma disciplina que se chamava, por exemplo, urgência em saúde mental. Não tinha uma disciplina que chamava reabilitação psicossocial. Ou uma disciplina que chamasse clínica da psicose ou dispositivos de atenção psicossocial na atualidade. Haviam seminários com esses temas. (...) vamos supor que o tema da Urgência em Saúde mental, ele era abordado nessa segunda-feira pelo técnico X da prefeitura. Na semana que vem, ele era abordado pelo outro técnico X da prefeitura. E assim iam acontecendo esses seminários. E eles persistiram mais ou menos assim até a residência terminar. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-PUC Minas)

A entrevistada afirma que as atividades teóricas aconteciam com a presença de todos os residentes da RMSM e que a referência teórica utilizada se pautava bastante na psicanálise, embora não fosse um conteúdo tranquilamente assimilado por todos os residentes envolvidos:

(...) Era rico. Quando se tratava de um conteúdo que dizia respeito mais a questão da saúde pública e das políticas de saúde mental... eu acho que essa inserção era mais tranquila para todo mundo. Mas quando a gente precisa trabalhar temas correlativos a questão da subjetividade, do portador de sofrimento psíquico, a referência que era utilizada era muito baseada na psicanálise. Quase sempre. Então me parece que nesse ponto, os residentes tinham uma dificuldade maior. (...) Embora a psicanálise já seja uma parceira da Rede de Saúde Mental de Betim, inclusive. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-PUC Minas)

Já as atividades práticas descritas apontam para o trabalho multiprofissional sem nomeá-lo como tal, por exemplo: “os residentes irão atuar junto às equipes de Saúde Mental e de Saúde da Família, em atividades de acolhimento e matriciamento”, “participarão, ainda, da reunião semanal de equipe e da reunião mensal de Saúde Mental” (PUC Minas, [2013]).

O PPP da RMSM da PUC Minas em parceria com a Prefeitura de Betim ao descrever o perfil do residente egresso, indica a expectativa de que profissional egresso “possua conhecimentos consistentes das políticas públicas, especialmente do SUS, da saúde mental e de modo especial, da reforma psiquiátrica, que lhe permitam conceber, implantar e atuar em redes de cuidados de serviços abertos de saúde mental. Espera-se também que possuam conhecimentos clínicos, políticos e de atenção psicossocial necessários à prática do cuidado

em saúde mental” (PUC Minas, [2013]). Esse PPP, diferentemente dos outros, indica perfis específicos para cada área profissional, por exemplo:

o assistente social deverá articular os conhecimentos adquiridos no eixo transversal com os conhecimentos específicos do Serviço Social a partir de situações vivenciadas no cotidiano do trabalho. Como profissional de saúde mental deve ter um perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz desenvolver ações de acolhimento, atendimento a urgência e emergência, referência/condução do caso, planejamento e execução de atividades coletivas, oficinas, atendimento a familiares, desenvolvimento de ações de matriciamento e intersetoriais. No trabalho em equipe o assistente social deverá colaborar a partir de sua especificidade, trazendo as questões sociais que contribuem para a escuta dos sujeitos e para a construção dos projetos terapêuticos dos portadores de sofrimento mental. Deverá ainda, colaborar com a formulação e implementação de propostas de intervenção para o enfrentamento das questões sociais dos casos atendidos, contribuindo com o exercício pleno da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários da saúde mental no conjunto das relações sociais. (PUC Minas, [2013], s.p.)

(...) No trabalho em equipe o terapeuta ocupacional deverá colaborar a partir de sua especificidade, ajudando a equipe a entender como as atividades e oficinas contribuem para a condução dos casos clínicos e colaboram para a organização psíquica dos portadores de sofrimento mental. (PUC Minas, [2013], s.p.)

De acordo com Henz, Garcia, Rosa e Maximino (2013) os “atos exclusivos, identificados com determinada técnica ou protocolos parecem ser o último bastião da certeza clínica e do pertencimento profissional” (p. 180). Para esses autores, existe uma grande dificuldade na construção do trabalho em equipe, justamente por ser um trabalho conflituoso, que questiona, sobretudo, as fronteiras disciplinares estabelecidas.

Nesse sentido, pensamos que a distinção dos perfis apresentada por esse PPP é, à primeira vista, interessante, pois marca as especificidades do trabalho de cada profissional, talvez se referindo ao que anteriormente havia sido chamado de “núcleos de competência”. Entretanto, parece haver nessas descrições, além da defesa das fronteiras disciplinares e a tentativa de oferecer certa segurança nesse sentido, uma tendência à fragmentação das tarefas e dos sujeitos. A definição acima explicitada como habilidade esperada para o profissional do Serviço Social, por exemplo, também se constitui como competência esperada para outros profissionais do campo da saúde mental, assim como a “escuta da subjetividade”, que aparece descrita como característica relacionada apenas ao profissional da Psicologia. A definição da especificidade do profissional de Enfermagem também é complicada, pois, afinal, todos os trabalhadores envolvidos com a saúde deveriam “atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (PUC Minas, [2013], s.p.).

A experiência na qual Henz, Garcia, Rosa e Maximino (2013) se fundamentam para as reflexões apresentadas relaciona-se com a formação interprofissional que acontece na Unifesp Baixada Santista. Embora seja um processo de formação que guarda algumas diferenças em relação à residência, por tratar-se de cursos de graduação, percebemos como um ponto em comum, o fato da construção do trabalho em equipe ser um desafio constante e isento de tranquilidade. Em relação a algumas das residências estudadas nesta pesquisa, o trabalho em equipe parece ser uma questão que gera logo de início alguns embaraços, como a própria definição do trabalho multiprofissional na lógica interdisciplinar que os projetos político-pedagógicos apresentam.

Da mesma forma que os anteriores, o PPP da RMSM do Instituto Raul Soares (IRS/FHEMIG) indica como objetivos específicos “ofertar um ensino que articule os diferentes núcleos de competência, através da atuação em equipe interdisciplinar, considerando a integralidade da atenção em Saúde Mental”, além de propor, “através da abordagem pedagógica que considere os residentes como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho, transmitir-lhes conceitos básicos para uma clínica ampliada em Saúde Mental”. O PPP explicita ainda que o residente egresso deve estar apto a atuar em “equipes multidisciplinares na perspectiva da interdisciplinaridade, pautado nos princípios do SUS, aprimorando as competências específicas das profissões”. Em suas diretrizes pedagógicas considera como um dos eixos a “Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade”, descrito da seguinte maneira: “a residência multiprofissional tem como seu eixo principal a formação integrada de diversos profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde mental. Assim, deverá permitir uma formação feita por muitos, onde a participação de diversos atores formadores constituem a realidade cotidiana do programa” (IRS/FHEMIG, 2016, s.p.).

A RMSM do IRS/FHEMIG disponibilizou para a nossa pesquisa os planos de trabalho de todas as atividades, assim a análise se estendeu a esses documentos. A questão da interdisciplinaridade foi contemplada em muitos deles, através da preocupação da integração entre núcleos de saberes e de práticas, embora não tenham sido definidos, e da necessidade de articulação entre residentes e seus pares vinculados a outros programas. Entretanto a perspectiva clínica tradicional (através da psicopatologia, nosologia e psicanálise) tem destaque nas ementas.

Inicialmente comentaremos os planos de trabalhos das atividades de tutoria e das atividades teóricas específicas: Psicologia e Saúde Mental, Terapia Ocupacional e Saúde Mental, Enfermagem e Saúde Mental, Serviço Social e Saúde Mental. Os planos da

Enfermagem contemplam muitas referências oriundas da atenção psicossocial, além de alguns textos sobre psicopatologia e enfermagem psiquiátrica. No caso da Psicologia, pelos termos usados e pelas referências bibliográficas indicadas, há uma predominância da psicanálise, embora sejam também contemplados textos oficiais sobre as políticas de saúde. Os planos do Serviço Social trazem como referências indicadas inúmeros textos sobre trabalho em equipe interdisciplinar e serviço social, incluindo documentos oficiais. Os planos dessas três áreas deixam claro nos objetivos a necessidade de integração entre núcleos de saberes e práticas, através da articulação ensino-serviço, e necessidade de desenvolver o trabalho em equipe. Em outra direção, os planos da Terapia Ocupacional não apresentam declaradamente a integração de saberes e práticas e o trabalho interdisciplinar em seus objetivos ou na ementa. Contudo, o conteúdo programático aponta que será abordada a temática da construção do PTS e do trabalho em rede, atividades, que por definição dependem do trabalho em equipe, além das diversas referências bibliográficas indicadas, que contemplam textos sobre desinstitucionalização e integralidade de ações em saúde, dentre outros. (IRS/FHEMIG, 2016)

Os planos das atividades teóricas do eixo transversal, que são aquelas que todos os residentes do programa participam (e, em algumas, os residentes médicos), são mais diversificados, embora apontem para uma perspectiva acentuadamente clínica. São duas disciplinas de Psicanálise de orientação lacaniana, totalizando 144 horas, a primeira destina-se ao estudo da relação entre psicanálise e psiquiatria, da apresentação de pacientes e diagnóstico “estrutural de psicose, em oposição àquele de neurose”, dentre outros. A segunda, de acordo com ementa é voltada para médicos residentes, e centra-se na questão do corpo. Uma disciplina de psicopatologia, de 72 horas, cuja a ementa propõe a discussão do normal e patológico e o estudo do exame do estado mental para o raciocínio clínico e nosológico. Uma disciplina de Nosologia, de 72 horas, voltada para médicos residentes e que pretende desenvolver habilidades críticas para o diagnóstico em psiquiatria, amparando-se nas atuais discussões sobre o aprimoramento dos sistemas classificatórios. Uma de Saúde Mental, de 72 horas, que tem o foco nas políticas públicas, incluindo uma discussão sobre reforma sanitária e reforma psiquiátrica. Dentro da disciplina de saúde mental existem duas listas de referências bibliográficas: uma intitulada “saúde mental” e uma intitulada “psiquiatria”, com sugestão de textos críticos. Não são indicados documentos oficiais, como as normativas do campo da saúde mental, e não fica explicitada a temática do trabalho interdisciplinar, embora a ementa comente sobre “Rede de cuidados e a utopia da Clínica Ampliada” e “A Saúde mental na atenção básica e o apoio matricial dos Núcleos de atenção em saúde da família”. Existem ainda dois Seminários de Conexão, que totalizam 216 horas. A ementa do primeiro refere-se

às políticas públicas de saúde, incluindo atenção básica, atenção à saúde de crianças e adolescentes, política de álcool e outras drogas, intersetorialidade, epidemiologia, bioestatística e bioética dentre outros. O segundo Seminário de Conexão tem orientação psicanalítica (de acordo com as terminologias e com as referências indicadas) e a ementa prevê o estudo da clínica da toxicomania, da clínica da psicose, da clínica do feminino, além de estratégias de segurança do paciente, bioética, bioestatística e epidemiologia (IRS/FHEMIG, 2016). Sobre o Seminário de Conexão, a coordenadora entrevistada relata:

(...) uma vez no calendário, no cronograma, elas têm que apresentar um caso... (...) aí elas ficam: "Ah, mas eu não sei fazer caso de psicanálise!" "Mas ninguém falou que vai ser psicanálise... pode apresentar outro caso. Você não está trabalhando com clínica? Então você vai apresentar do ponto de vista seu de clínica. Se você tem uma orientação dentro da clínica social, você vai fazer isso". Então é assim que a gente tem trabalhado. (...) Você pode até discutir um caso de psicanálise na supervisão, mas também você vai discutir, por exemplo, o funcionamento de rede numa outra supervisão. (Entrevista de pesquisa – Coordenadora RMSM IRS/FHEMIG).

Embora ela indique a variedade de perspectivas dentro do programa, marcando a psicopatologia clássica e psicanálise como apenas um dos vários discursos presentes, ela descreve que durante o Seminário de Conexão, o recurso da apresentação de caso também é utilizado e que parece haver um certo desconforto das residentes em relação a isso ("mas eu não sei fazer caso de psicanálise"). Como já indicamos, esta parece ser uma das muitas questões que precisarão ser retomadas no doutorado.

O programa de residência vinculado à Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), diferente dos outros, é um programa de Residência Integrada em Saúde Mental (RISM) e, talvez por isso, a questão do trabalho multiprofissional interdisciplinar apareça de maneira mais clara em seu PPP. Por exemplo, os objetivos específicos da RISM da PBH também se referem à necessidade de articulação entre núcleos de competências, entretanto, o PPP é mais minucioso e explicita o significado de núcleos de competência, assim como a perspectiva teórica que está embasando essa escolha e com o qual trabalhará ao longo de todo o projeto. De acordo com o PPP um dos objetivos do programa é formar profissionais:

(...) no nível de pós-graduação *lato sensu* nas áreas de enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional capazes de articular o seu núcleo de expertise específico da profissão com o campo cuidador amplo, ou seja, as do domínio das competências comuns, inter e transdisciplinares, envolvidos no ato de cuidar de todo profissional da Saúde (Campos, 2000; Merhy, 2005). Um domínio de competências centrais neste campo cuidador ampliado são aquelas relativas ao vínculo interpessoal e à comunicação efetiva e sensível com os usuários, familiares, pares e outros profissionais da rede de atenção, são nucleares e estende-se às competências necessária ao exercício da prática da psicoterapia. Este domínio é fundamental para que exerça o papel e a competência de referenciamento e gestão clínica dos Projetos Terapêuticos Singulares de cada usuário. (PBH, [2011a], p. 3)

Dessa maneira, o tema do trabalho em equipe e em rede aparece ao longo do projeto, sempre articulado com outras conceituações importantes para o campo da saúde, como o PTS e a rede intersetorial.

O conceito de competência é definido no PPP como “um amálgama entre conhecimento, habilidades e atitudes”, uma definição, segundo o próprio documento, “que a despeito das críticas, algumas bem fundamentadas, acabou se firmando como um conceito organizador e operativo no campo da capacitação e formação em geral (MILLER 1990; RCPS Canada, 1996; ACGME, 1999; Epstein et al 2002, Lima, 2005, RCP 2010)” (PBH, 2011a).

Outro documento disponibilizado pela PBH, *Residência Integrada Saúde Mental: modelo, diretrizes de formação, domínios de competências e desfechos aprendido* (PBH, [2011b]), conceitua núcleos de expertise profissional:

A estrutura do modelo baseado em competências nos remete em primeiro lugar ao domínio da formação e expertise específica de cada profissional. Cada profissão exige a formação de um conjunto de competências nucleares que lhes dá a estrutura e substância. Estas competências são estabelecidas considerando a genealogia, a constituição e evolução histórica da matriz teórica e prática de cada profissão. No entanto, este domínio específico e suas competências são reformulados e se modificam, historicamente, pelo contexto dado pelas necessidades concretas do usuário, da sociedade e populações. Não é um processo linear e simples, e muito menos rápido, considerando que a própria força da tradição, a resistência à mudança em geral e por parte das instituições e corporações criam obstáculos à transformação dos processos de formação. (PBH, [2011b], p. 18-19)

Para além do núcleo de expertise profissional, duas das competências consideradas como essenciais para o bom exercício da profissão, de acordo com o PPP são:

(...) c) O domínio das competências necessárias para o trabalho em redes complexas de assistência e intersetoriais, para a produção de assistência e cuidado em equipes multiprofissionais e na efetivação de um modelo de assistência centrado no usuário; d) Deve-se ressaltar que é desejável que se adquira não apenas as competências para trabalhar em rede e em equipe, mas que se apreendam, também, as ferramentas e conhecimentos de gerenciamento desta mesma rede e equipe. (PBH, [2011a], p. 10)

Em relação às atividades teóricas, o PPP da RISM-PBH indica que os seminários, distribuídos ao longo dos dois anos, abordam com destaque temáticas que são colocadas como secundárias em outros PPPs (conferir capítulo anterior). A psicopatologia, por exemplo, que em outros projetos apresenta-se na perspectiva tradicional, incluindo apresentação de pacientes e de certa forma descolada do campo da política pública de saúde mental, aparece neste PPP como um dos eixos de diferentes seminários. O Seminário V, intitulado A Clínica

da Saúde Mental na Atenção Primária, como um exemplo, pretende trabalhar: Epidemiologia, psicopatologia e nosologia; Diretrizes clínicas para a construção de PTS; A articulação entre os núcleos profissionais e o campo transversal cuidador no cenário da atenção primária à saúde mental; Modelagens e gestão do cuidado na atenção primária, na perspectiva do trabalho em rede; A articulação com o território e a rede social e intersetorial.

O coordenador da RISM explica que, assim como no caso da RMSM de Betim-PUC Minas, os seminários foram modificados e não ocorrem como descritos no PPP. Porém, no caso da RISM, a modificação não é decorrente exclusivamente das necessidades de reorganização do programa devido a limitações, foi aparentemente uma escolha pedagógica com estreita relação com o trabalho interdisciplinar:

(...) tem umas oficinas que são de introdução, né? Eles têm aulas... (...) a gente está adquirindo experiência de extrair tudo até os conteúdos ser sempre em cima do caso... a gente ainda tem esse receio, ainda faz curso introdutório ao campo. Eu não sei... Daqui um ano, dois anos... Vou criar coragem e nem isso vai ter. (...) mesmo que eles participem muito ativamente, eles são responsabilizados por apresentar a literatura, mas ainda tem esse modelo é ainda um pouco... Meio curricular. (...) Aqueles seminários... (...) aquilo ali mudou, nem nome tem. A gente chama de oficinas... É um desenho completamente diferente... aquilo ali foi até um pouco exigência da própria plataforma lá do Ministério, muito curricular demais e a gente tem que dar uma resposta para a plataforma senão não teria nem jeito de entrar com o projeto. (...) Isso é uma coisa completamente... isso não é residência... um modelo muito mais acadêmico, né? A residência não é isso... a aula da residência é caso, responsabilidade clínica, casos reais puxando conteúdo teórico (...) E completamente... assim... Insatisfatório... Não responde as necessidades de formação dessa rede. (Entrevista de pesquisa – Coordenador RISM-PBH)

Não só de acordo com a análise do PPP, mas também através da entrevista com o coordenador, consideramos que a RISM da PBH parece ter de fato incorporado a proposta do trabalho em equipe multiprofissional, na perspectiva interdisciplinar:

(...) tem alguma coisa na produção de cuidado que é um desafio... Que é essa questão de fazer junto... (...) Viver junto na adversidade mesmo, na formação dos profissionais, na adversidade dos poderes corporativos, né? Disciplinares, né? Nessa questão de lidar com os conflitos, com o poder mesmo dentro do trabalho em equipe... (...) Agora só é possível ousar abordar e responder a esse desafio fazendo tudo isso junto. (...) não há essa ideia do multi, do inter, do transdisciplinar em abstrato. (...) é na prática que de fato você vai encontrar esse caminho... o exercício teórico, dialógico de confrontar os saberes, de fazer eles dialogarem entre si ... isso não é tanto problema. É mesmo isso... em traduzir isso na prática que é o desafio. E é isso que nós estamos aprendendo a fazer... pouco a pouco. (Entrevista de pesquisa – Coordenador RISM-PBH)

Percebemos que todos os programas realizam um esforço no sentido de realizar de fato a proposta de formação para o trabalho multiprofissional em saúde mental, ainda que os PPP não apresentem de maneira consistente os embasamentos teóricos que apontem para essa direção. As entrevistas tornaram um pouco mais acessível a compreensão dos programas

estudados, mas também apontam para questões em aberto, que deverão ser aprofundadas no doutorado. Sobretudo a questão central: Considerando que o diferencial da formação *lato sensu* na modalidade residência é a formação no trabalho, como o trabalho em equipe se realiza em ato para os residentes envolvidos nesses programas? É um trabalho, de fato, interdisciplinar? É um trabalho na perspectiva da atenção psicossocial?

Não podemos perder de vista que, ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, pois trata-se de um campo de conhecimento e atuação complexo, plural, intersetorial e constituído através da transversalidade de saberes – “saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais...” (Amarante, 2011, p. 16). Assim, seria interessante que os conteúdos dos projetos contemplassem de forma mais explícita outros saberes e perspectivas.

Quantos saberes que tratam do humano, da subjetividade, das relações sociais, nos são tremendamente úteis, além daqueles especificamente psis? O quanto utilizamos das contribuições provenientes da filosofia, da filologia, da antropologia, da sociologia, da geografia, da história, ou mesmo da literatura e das artes e da cultura? (Amarante, 2015, p. 102)

5.3 Diversificação das estratégias de cuidado

Em estreita relação com duas anteriores, esta última categoria refere-se à diversificação das estratégias de cuidado. Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001/1986) as diferentes formas de “terapia” são consideradas, na lógica da desinstitucionalização, como momentos importantes, mas redutivos e parciais. Como consequência, a relação terapêutica deveria ocupar-se de questões diversas (afetivas, econômicas, jurídicas, da família, do trabalho...) sem cindir estas questões e sem confiá-las a profissionalidades separadas. Sendo preciso ainda considerar que “a perspectiva clínica mostra, junto com sua potencialidade prático-teórica, seus limites sociopolíticos”, decorrentes de seu “caráter intrínseco de saber setorial e histórico” (Passos, 2009b, p. 230)

Nessa lógica, existe um dispositivo que almeja romper com modos de relação manicomial, propiciando uma atuação integrada em equipe e valorizando aspectos no tratamento que vão além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013), trata-se do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um conjunto de

propostas construídas por uma equipe interdisciplinar, a partir da análise do caso e através do vínculo e da responsabilização dos profissionais envolvidos, “uma variação da discussão de caso clínico, que se desdobra num conjunto de propostas terapêuticas [não necessariamente clínicas] articuladas para a atenção a um sujeito, uma família, um grupo ou um coletivo” (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p. 94)

A atenção psicossocial, na perspectiva da desinstitucionalização, entende que a transformação da instituição psiquiátrica tem implicações em toda a organização dos cuidados em saúde (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001/1986; Amarante, 2011). Nesse sentido, as práticas de ensino em hospitais psiquiátricos são consideradas um entrave, pois o modelo asilar, de acordo com Costa-Rosa (2000) pauta-se em um trabalho em que não há diálogo entre os profissionais e em que “a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica” (p. 153).

Portanto, analisaremos como os projetos político-pedagógicos dos programas estudados explicitam a diversificação das estratégias de cuidado, que devem ser pensadas a partir da variedade de questões sobre as quais as relações terapêuticas se ocupam, e também a partir da variedade de cenários de práticas. Consideraremos também para as análises as entrevistas realizadas.

De acordo com os objetivos específicos declarados em seu PPP, a RMSM de Betim-ESP/MG pretende “desenvolver conhecimentos básicos para uma *clínica ampliada* em Saúde Mental” e “incentivar os residentes a um trabalho em Saúde que leva em conta o *acolhimento, o vínculo e a responsabilização de cuidados*”. Assim, o residente egresso deverá ser capaz de “identificar os transtornos mentais em suas diferentes manifestações e graus de gravidade, tornando-se apto a acolher e acompanhar os portadores destes transtornos” e de constituir “vínculos consistentes com os usuários, responsabilizando-se efetivamente por seu cuidado”. O PPP indica que os cenários de práticas incluem diferentes pontos de cuidado da rede de Saúde Mental de Betim: CERSAMs II e III, CERSAMi, CAPS-ad, equipamentos da atenção básica, Centro de Convivência e as moradias protegidas⁴⁹.

As atividades descritas incluem atuação junto às equipes de Saúde Mental e de Saúde da Família, em *atividades de acolhimento e matriciamento* dos portadores de sofrimento mental; desenvolvimento de *atividades coletivas de cultura, lazer e socialização* no âmbito da

⁴⁹ Como descrevemos no capítulo anterior, as moradias protegidas não fizeram parte dos equipamentos que receberam residentes.

atenção básica; atuação segundo os núcleos de competência específica, participando do acolhimento e do acompanhamento dos usuários em crise e portadores de transtornos psíquicos severos e persistentes, assim como de seus familiares, participação em *oficinas, passeios e outras atividades de recreação e cultura, assembleias de usuários, reuniões de famílias*, no âmbito dos CERSAMs; participação em reunião semanal de equipe e em reunião mensal de Saúde Mental do município; *acolhimento de casos de urgência*, acompanhamento aos usuários que se encontrem em regime de cuidado intensivo, incluindo pernoite; em *oficinas de arte, atividades esportivas e culturais, projetos de geração de renda, projetos intersetoriais, assembleias de usuários, reuniões de equipe, reuniões da associação de usuários e familiares e intervenções junto à comunidade* no âmbito do Centro de Convivência.

Dentre as atividades teóricas e teórico-práticas, destacamos o Seminário de Construção de redes em Saúde Mental, que visa debater e *discutir a construção de redes locais e regionais* no âmbito SUS para *acolher e acompanhar os portadores de sofrimento mental em diferentes momentos de seu percurso*, sendo que além da dimensão das formas de cuidado, aborda também os aspectos relativos ao *controle social*, à *gestão* e ao *financiamento das redes*, e as Reuniões clínicas, voltadas para discussões e o compartilhamento de casos acompanhados pelos residentes, *articulando os aspectos clínicos, sociais e institucionais*. (ESP, [2010], grifos nossos)

Em entrevista, a ex-coordenadora do programa destaca que o trabalho em rede, centrado no usuário era uma das marcas dessa RMSM:

(...) Não é serviço, é rede. É um conjunto de pontos. Então trabalhar tanto do ponto de vista teórico... conceitual, como do ponto de vista prático para trabalhar essa noção: é uma rede de atenção psicossocial, com várias interfaces, com vários pontos, aspectos intersetoriais, até movimentos sociais. Por exemplo, no sábado eles levavam os usuários de Betim para a reunião do Fórum Mineiro de Saúde Mental. Então isso era uma... circular pela rede era isso também: participar de uma reunião do movimento social. É ver tudo que tem de fora, que se articula, que se interpõe, para favorecer o trânsito do próprio usuário. Então assim como os usuários circulam pela rede, os residentes começaram circulando. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-ESP/MG)

A partir do texto do PP e das falas da ex-coordenadora, podemos avaliar que a RMSM da ESP/MG em parceria com a Prefeitura de Betim estava afinada com a proposta de diversificação das estratégias de cuidado, desde a proposta de ser uma residência construída com a rede e realizada na lógica territorial à perspectiva da construção do caso a partir do trabalho interdisciplinar e considerando as diversas questões que perpassam a vida do usuário.

Lembramos que esse programa foi um dos primeiros a prescindir completamente do hospital psiquiátrico para sua realização e tal escolha, assim como a organização das atividades práticas, que buscavam uma inserção transversal do residente na rede, parecem ter um impacto positivo em relação às estratégias de cuidado:

(...) qual era na verdade o objetivo disso? Uma coisa que é muito da minha experiência que eu acho que esses dispositivos tipo CERSAM, que são dispositivos fundamentais na rede, mas eles são muito absorventes e eles puxam muito os residentes para dentro, os profissionais em geral, para dentro deles. (...) é um serviço indispensável, é um serviço fundamental que eles têm que conhecer, mas eu não queria que eles passassem por isso só, eu não queria que eles comessem dentro, digamos, trancados no CERSAM. Eu queria que eles vissem ao mesmo tempo de dentro e de fora. Então eu acho que esse objetivo foi cumprido, sabe? (...) atendeu ao objetivo que era de proporcionar uma visão do cuidado que não fosse a visão, da ótica de determinado serviço. Que fosse uma visão de quem transita na rede. Então nesse ponto... era difícil para eles, repito. Então se fosse considerar o interesse organizacional deles não seria assim... porque dava trabalho para eles, mas eles mesmos compreendiam que era uma forma mais viva de conhecer o território, sabe? (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-ESP/MG)

Por ser, ainda que com as suas especificidades, uma continuidade desse programa, a RMSM da PUC Minas em parceria com a Prefeitura de Betim, manteve a organização das atividades práticas, que permaneceram, portanto, realizadas no território e recusando o recurso ao hospital psiquiátrico. A ex-coordenadora entrevistada ressalta que a perspectiva da atenção psicossocial apresentada no primeiro projeto, vinculado à ESP/MG, era clara e foi sustentada pela PUC Minas em parceria com a Prefeitura de Betim:

(...) Porque se você for ler esse projeto cuidadosamente, me parece que ele é um projeto muito bem escrito, com diretrizes éticas, políticas e clínicas que são muito claras. Então quando esse projeto chegou na minha mão, eu não tive nenhuma dificuldade, no que diz respeito ao campo ético, de acolher essa diretriz. Porque é a diretriz com a qual eu trabalho, que eu acredito nela. Então não teria modificações para fazer nesse sentido ético e político do projeto. Isso a gente conseguiu manter essa orientação. (...) Eu entendo que esse projeto... é um projeto que ele considera a importância de a gente pensar numa reforça psiquiátrica, operando com dispositivos na rede aberta de atenção em saúde mental, né? E que considere necessariamente o campo da cidadania e o campo da subjetividade. Então é um projeto que eu acho que faz conversar... essas duas coisas que me parecem muito caras à Reforma. Que é o campo da política e o campo da clínica, né? (...) A gente, sem dúvida nenhuma, se utilizava sempre do arcabouço da psicanálise. (Entrevista de pesquisa – Ex-coordenadora RMSM Betim-PUC Minas)

No subtítulo anterior, avaliamos que a forma como foi apresentada a distinção entre os perfis dos profissionais egressos nesse PPP poderia indicar uma tendência à fragmentação das tarefas e dos sujeitos. Também indicamos que na perspectiva teórico-pedagógica a separação entre clínica e política chamou atenção. No trecho acima transcrito, aparece novamente uma significativa separação entre o campo da política e o campo da clínica que se distancia da

proposta apresentada pela RMSM da ESP/MG. Essa separação, comentada brevemente no segundo capítulo, deverá ser retomada de maneira aprofundada no doutorado.

Ressaltamos ainda que a acentuada presença da perspectiva clínica e da psicanálise também é notada no PPP da RMSM do IRS/FHEMIG e na entrevista com a coordenadora, como apontamos anteriormente, ao discutirmos o trabalho multiprofissional na lógica interdisciplinar, o que reforça a necessidade de explorarmos essa questão.

Em relação aos cenários de práticas, a RMSM-IRS/FHEMIG diferencia-se muito dos outros programas, pois durante um ano as atividades são desenvolvidas exclusivamente dentro do hospital psiquiátrico. Ou seja, enquanto os residentes de outros programas são inseridos de maneira transversal na RAPS, frequentando diversos serviços ao mesmo tempo e tendo acesso a diferentes estratégias de cuidado, os residentes do IRS/FHEMIG passam a metade do período do curso em uma instituição asilar. Apenas no segundo ano parte das atividades acontecem na RAPS de Belo Horizonte, os plantões continuam sendo realizados no hospital.

Os cenários de práticas são: o Instituto Raul Soares/FHEMIG, descrito como um serviço de urgência e emergência em saúde mental, destinado a prestar assistência hospitalar de complexidade secundária e terciária, onde os residentes participarão de *plantões semanais no serviço de urgência e das reuniões semanais das equipes multiprofissionais*, realizarão *atividades técnico-assistenciais* conforme expertise de cada profissão específica, dentre outras atividades; um CERSAM, voltado para o *acolhimento e acompanhamento* dos portadores de transtornos mentais graves e persistentes, inclusive, em situações de crises, e atuarão nas equipes multiprofissionais de atenção à saúde mental, prestando *atendimento aos portadores de transtornos mentais e a seus familiares*; um CERSAM-ad, destinado ao *acolhimento e acompanhamento* dos casos dos portadores de transtornos mentais relacionados a álcool e outras drogas em apresentações de abuso, dependência e abstinência que requeiram ambientes de continência e/ou manejo clínico de nível não hospitalar; o CERSAMi, voltado para o *acolhimento e acompanhamento* dos casos dos portadores de transtornos mentais de crianças e adolescentes, particularmente, os casos graves que requeiram atenção de nível ambulatorial e comunitário, incluindo os que necessitem de atenção domiciliar e intervenção precoce; e uma Unidade Básica de Saúde, onde os residentes realizarão *acolhimento e acompanhamento* dos portadores de transtornos mentais, incluindo *atendimento domiciliar e de rua, no âmbito da atenção primária à Saúde*. Neste cenário o residente vai se inserir no *trabalho das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Saúde Mental*, sob supervisão de um preceptor, entrando em contato com os usuários e famílias em seu território. (IRS/FHEMIG, 2016)

Este projeto, portanto, se comparado com o projeto anterior, prevê uma diversificação baixa de atividades para o residente, sobretudo aquelas relacionadas às atividades territoriais. Pela descrição, o residente desenvolveria quase que exclusivamente atividades de acolhimento e acompanhamento. Levantamos a seguinte hipótese: por ser um projeto escrito dentro de um hospital psiquiátrico, talvez esteja sendo subestimada a variedade de atividades de trabalho que o profissional inserido nos equipamentos da RAPS pode desenvolver. Talvez seja o caso de manter essa dúvida no horizonte, para retomá-la na futuramente, em outro momento desta pesquisa.

De acordo com a coordenadora, a RMSM traz um potencial de transformação expressivo para o hospital, numa perspectiva modificar a função da instituição:

(...) Era necessário a gente ter uma residência aqui para poder fazer com que o programa de residência vazasse um pouco para o hospital nesse sentido... de ter residentes, de articular com a rede. E foi exatamente isso que aconteceu. (...) Sabe assim... eu vejo algumas reuniões de equipes, equipe muito antiga do hospital, muito cheia de manias, equipe engessada. Então as meninas começam a interpelar alguns pontos e aí: "pode deixar que nós vamos fazer, nós levamos". Nossa... isso para a desospitalização dos pacientes que estavam aqui há três anos, essas meninas foram fundamentais. (...) Agora nós estamos querendo cada vez mais que elas fiquem cada vez mais nas portas de urgências e na rede. E menos dentro dos hospitais... não é fácil tirar uma residente da internação e colocar ela numa... para organizar a casa dos pacientes... isso tem mais a ver com a orientação do projeto. Acho que agora a gente já pode fazer mais isso... até isso aqui virar uma grande urgência... E terminar com as internações... terminar assim... os pacientes ficam, ne? Os graves ficam, mas não enquanto internação no sentido da internação, do confinamento... vamos ver... vamos ver se a gente consegue isso. (Entrevista de pesquisa – Coordenadora RMSM IRS/FHEMIG)

Por outro lado, existe uma intenção já em discussão de transformar a RMSM em um programa da FHEMIG, que utilizará como cenários de práticas seus outros equipamentos:

(...) agora nós temos uma encomenda do presidente da FHEMIG de a gente fazer uma residência... esse programa ampliar... (...) incluir o CMT [Centro Mineiro de Toxicomania], incluir o CEPAI [Centro Psíquico da Adolescência e da Infância] e incluir o Galba [Hospital Galba Velloso] nele. Como a gente vai fazer isso, eu não sei. (...) Possivelmente eu vou tirar a residência do [CAPS] ad do Barreiro e passar para o CMT. (...) Estou com o coração na mão... (...) vamos ver... porque o infantil do CERSAMi é maravilhoso. Uma riqueza absurda. (...) São experiências assim... inestimáveis, entendeu? Vamos ver... Nós vamos começar a conversar... porque também tem que conversar com os parceiros para ver a proposta que eles têm. Porque a gente tem muita ideia, muita proposta e tenho certeza que eles têm também. (...) E eu acho que a gente tem que estar lá, fazendo transversalidade legal. Acho que a gente tem que ajudar o infantil [CEPAI]. (Entrevista de pesquisa – Coordenadora RMSM IRS/FHEMIG)

Assim, a RMSM IRS/FHEMIG parece estar em uma contradição: ao mesmo tempo em que surge com uma proposta de “vazar a rede para dentro do hospital” apresenta a perspectiva de ser um modelo de formação que acontece predominantemente dentro de instituições hospitalares ou ambulatoriais.

Por fim, o projeto da RISM da PBH, indica em seus objetivos que pretende trabalhar competências relativas ao *vínculo interpessoal* e à *comunicação efetiva e sensível com os usuários, familiares, pares e outros profissionais da rede de atenção*, sendo este domínio fundamental para que se exerça o papel e a competência de *referenciamento, coordenação e gestão clínica dos Projetos Terapêuticos Singulares* de cada usuário *no contexto do trabalho em equipe e em rede (incluído a social e intersetorial)* no plano transversal e longitudinal do percurso do usuário, suas necessidades, demandas e desejo. E ainda formar e capacitar profissionais para desempenhar o domínio das competências complexas necessárias a *efetivação do cuidado e reabilitação centrados no usuário enquanto sujeito, pessoa, e cidadão seja no plano subjetivo, seja como sujeito histórico e político*, valorizando as demandas e necessidades do usuário em termos de sofrimento mental, mas também os aspectos particulares relativos à cultura, gênero, sexo, ciclo de vida e a singularidade dos portadores de transtornos mentais, seus familiares e cuidadores. De acordo com o PPP, “este domínio de competências complexas demanda um profissional capaz de compreender que a atenção centrada no usuário *implica valorizar e atuar no ambiente da democracia, considerando o usuário como cidadão, sujeito de direitos e deveres, e como protagonista político capaz de participar, decidir e controlar a política pública de saúde e saúde mental*” (PBH, [2011], p. 4). O cenário de práticas é a RAPS do município de Belo Horizonte, descrita no capítulo anterior, sendo que os equipamentos descritos no PPP são os Centros de Saúde, o Serviço de Urgência Psiquiátrica da Prefeitura, as Unidades de Pronto Atendimento, os Consultório de Rua, os CERSAMs (incluindo ad e infantojuvenil), as Equipes Distritais de Saúde Mental da Criança e Adolescente, os Centros de Convivência e Arte para Crianças e Adolescentes portadores de sofrimento mental (Arte da Saúde), a rede de Reabilitação e Reinserção Social abrange os Centros de Convivência e a SURICATO (Cooperativa social dos portadores de saúde mental de Belo Horizonte) e, finalmente, os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Aparentemente em contraposição aos modelos de residência que utilizam um único serviço, geralmente hospital (muitas vezes intitulado hospital escola ou hospital universitário), o PPP afirma: “a nossa Rede como um todo e não um serviço ou unidade Escola nos dá o cenário e campos de prática necessários ao nosso programa de Residência. A Escola é a Rede concreta com suas virtudes, defeitos, ruídos, potências, encontros e desencontros” (PBH, [2011a], p.12). Em entrevista, o coordenador, ao comentar a proposta da residência, explica seu funcionamento na prática:

(...) os residentes, eles são inseridos em todos os campos. Então... no primeiro ano: o campo de prática deles, teórico-prática, é o campo do cuidado do portador de sofrimento mental grave. Recovery, reabilitação, inclusão psicossocial desses usuários. (...) nos CERSAMS, no SUP - que é nosso serviço de urgência e emergência – e nos nossos equipamentos de inclusão e reabilitação psicossocial: Centros de convivências, SUP, CAPS, residências terapêuticas. No primeiro ano, é o campo... todos os residentes. Tanto da médica e da multi entram... e já entram assumindo condução de casos, não é isso? (...) E passam nos últimos quatro meses em que o foco é formulação de projeto terapêutico e eles vão também para os campos de recovery, dentro da inclusão e da reabilitação psicossocial, né? Essa é a ideia (Entrevista de pesquisa – Coordenador RISM-PBH)

O trecho transcrito parece indicar que a formação na RISM da PBH abarca uma qualidade diferente de ações no território e de diversificação das estratégias de cuidado em saúde. O PPP justifica tal escolha:

(...) As instituições e programas de formação em saúde mental, no mundo inteiro, são centrados nos hospitais psiquiátricos clássicos. Mesmo as Universidades, de fato, recorrem ao campo de formação manicomial. Não é preciso dizer que não possuem o campo adequado para a aquisição de tão diversas e amplas competências (Ramos, 2009; Lobosque, 2009). A mera “plotagem” dos alunos, dos profissionais e residentes, como fazem alguns programas, nas redes de atenção disponíveis não tem resolvido o problema - como é bem documentado na área médica por exemplo (Royal College Canadá, 2011 - Competency by Design.). Portanto, a questão do cenário e campo de formação é estratégica, um argumento imperativo para a necessidade do nosso programa de Residência. (PBH, [2011], p.11)

Recentemente, Amarante (2015) lançou as seguintes questões: “Por que os programas de formação nos moldes das residências? Podemos pensar em superá-las? As residências são programas de formação que nasceram do princípio de que o profissional em formação deveria residir no hospital para aprender a profissão. (...) Porque não começarmos com programas de formação intensiva no território?” (p.107). A partir dessa análise exploratória das estratégias de diversificação de cuidados, parece pertinente afirmar que as residências enquanto modalidade de formação em serviço têm uma grande importância para a qualificação dos trabalhadores para o campo da saúde mental, desde que, de fato, estejam fora dos hospitais psiquiátricos. A experiência executada em Betim e a experiência, ainda em curso, conduzida e executada pela PBH indicam as potencialidades dessa modalidade de formação, sobretudo quando são acolhidas pela rede que as recebe. Retomando a categoria de análise anterior, essa afirmação torna-se ainda mais consistente, já que a residência que acontece predominantemente dentro do hospital apresenta, ao menos como descrito no PPP, um desenho teórico-pedagógico muito mais voltado para a clínica tradicional. Por outro lado, interrogamos se realmente o potencial questionador dos profissionais residentes poderia exercer algum tipo de impacto em um hospital psiquiátrico, como indicou a coordenadora entrevistada. São reflexões que precisarão ser atualizadas no doutorado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

E então, a formação que precisamos é a formação para se construir novas instituições.

Franco Rotelli

Assim como entendemos, no campo da saúde mental, que a reforma psiquiátrica é muito mais que a reestruturação de serviços (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001; Amarante, 2011; 2012; Dimenstein e Alverga, 2005), no campo da formação em saúde, percebemos que a formação extrapola em muito o domínio técnico-científico de uma determinada profissão (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Campos, Cunha & Figueiredo, 2013). Assim, as residências multiprofissionais em saúde, como pudemos ver, apresentam-se como estratégias que, além de constituírem-se como espaços privilegiados de formação para o SUS, possibilitam uma formação potencialmente inovadora desde que os cenários de práticas não se restrinjam às instituições hospitalares e desde que a formação teórica esteja vinculada às práticas e afinadas com um trabalho em equipe na lógica interdisciplinar.

Em relação às experiências contempladas nesta pesquisa, identificamos que, em geral, embora seus projetos político-pedagógicos indiquem o trabalho multidisciplinar e o desenvolvimento de práticas em equipamentos territoriais como fundamentais, não é explicitado um arcabouço teórico-pedagógico que justifique tal escolha. Inicialmente isso pode nos dar a impressão de que os conteúdos apresentados nos PPPs são elaborados apenas para cumprirem as exigências do governo federal. Todavia, através das entrevistas realizadas, pudemos perceber que existe uma apropriação que cada programa faz das demandas ministeriais, que se vincula às suas próprias condições institucionais.

A RMSM de Betim, como vimos, tem importância histórica incontestável. Sendo ou não a primeira residência em saúde mental totalmente fora do hospital psiquiátrico, certamente trata-se de uma experiência pioneira. Além disso, parece ter tido impacto na formação de atores que hoje continuam trabalhando na RAPS do município, de acordo com a ex-coordenadora. O seu PPP, no entanto, não explicita a fundamentação teórico-pedagógica de suas propostas, o que certamente deverá ser retomado na pesquisa de doutorado. Através

das entrevistas realizadas com duas ex-coordenadoras deste programa, foi possível perceber que havia, declaradamente, um compromisso com a formação para o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial, valorizando, por exemplo, a diversificação das estratégias de cuidado, a educação permanente, a lógica da produção de cuidado centrada no usuário, e o trabalho multidisciplinar. Vemos com pesar a interrupção deste programa, sobretudo ao considerarmos o evidente envolvimento dos trabalhadores da RAPS de Betim com a RMSM.

A RMSM do IRS/FHEMIG, talvez por ter sido idealizada a partir da estrutura de uma residência médica, apresenta um perfil tradicionalmente clínico, embora realize esforços no sentido de propiciar uma formação em consonância com a perspectiva da atenção psicossocial, como a configuração da parceria com o município de Belo Horizonte, para que parte de suas atividades práticas possam ser realizadas na RAPS. Assim, nos parece que existe uma preocupação de adequar o projeto ao que o Ministério da Saúde demanda, ao passo que os outros programas parecem constatar que na proposta ministerial seria possível imprimir conteúdos e diretrizes da construção da RAPS, já tidos como fundamentais. A ideia de que uma residência multiprofissional em saúde mental seja importante para, de alguma forma, aproximar o hospital psiquiátrico da RAPS, conforme a coordenadora indica, é válida. Entretanto, fazer esse movimento e ao mesmo tempo manter a formação teórica fortemente dentro de um enquadre clínico tradicional, é muito contraditório. Apesar de ser um programa recente e até o momento apenas uma profissional ter concluído o curso, será importante explorar essa questão na pesquisa de doutorado (até lá, serão, provavelmente, cinco ex-residentes deste programa).

Atualmente a RISM da PBH destaca-se em relação às outras experiências estudadas, principalmente pela elaboração da fundamentação teórico-pedagógica no PPP de maneira integrada com a residência médica e pela concretização na prática de tal integração. É muito interessante que a definição do campo de prática não apareça como uma questão nem no PPP e nem na entrevista com o coordenador da RISM. Já se parte da ideia de que não teria outro campo de práticas possível para a formação em saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial, que não fosse a RAPS. Logo, preocupação central do PPP é a questão do trabalho em equipe, na lógica interdisciplinar, muito coerente, com a proposta da integração entre as residências médica e multiprofissional.

Com relação ao campo de práticas, todos os PPPs e todas as pessoas entrevistadas não consideram a possibilidade de tomar o hospital psiquiátrico como campo de formação pertinente para o trabalho em saúde mental. Mesmo a RMSM do IRS/FHEMIG deixa isso

claro, ainda que seja obviamente conflitante. Nesse sentido, chega a ser absurda a insistência da utilização do ambiente manicomial para o ensino de psicopatologia em cursos de graduação.

A presença da psicanálise nessa modalidade de formação ainda precisa ser melhor compreendida. A referência à teoria psicanalítica aparece explicitamente no PPP da RMSM de Betim e no da RMSM do IRS/FHEMIG, assim como nas entrevistas realizadas. Não consta, porém, no PPP da RISM da PBH, embora uma breve passagem nos anexos indique que há mais de uma década existe uma parceria entre a Prefeitura de Belo Horizonte e o Instituto de Psicanálise da Escola Brasileira de Psicanálise, através da qual são realizados cursos e seminários de construção de casos clínicos. Justamente por isso, o silenciamento a respeito da psicanálise no PPP da RISM-PBH causa certo estranhamento. Parece ser importante, a partir da discussão que apresentamos, sobretudo segundo Costa Rosa (2000), sustentar a questão: a psicanálise aparece nesse contexto como um saber que coloca os outros saberes como secundários?

Outro tema que aparece nas entrevistas e que poderá ser retomado no doutorado refere-se ao fato de os Ministério da Saúde e da Educação privilegiarem as universidades públicas como instituições formadoras, e por vezes, executoras, através de Hospitais Universitários. Se é verdade que a universidade ainda precisa aprender muito sobre a reforma psiquiátrica, também é verdade que uma modalidade de formação como a residência, desde que aconteça de forma pactuada com a instituição executora e com o gestor, pode ser uma possibilidade de aprendizagens mútuas e de transformação. O que deve ser mantido como fundamental é que a residência, para ser concretizada em toda a sua potencialidade, não pode, de maneira nenhuma, assumir um formato estritamente acadêmico de especialização.

Embora possa existir, como uma das coordenadoras entrevistadas indicou, certa proximidade do MS no momento de elaboração do PPP e da submissão da proposta para editais, essa aproximação parece não ter continuidade ao longo do período de execução dos programas. Outra entrevistada vê esse distanciamento como uma das principais questões das residências. Segundo ela, é um grande problema o fato de que o MEC e o MS tenham pouquíssimo conhecimento do que acontece de fato no cotidiano dos programas em execução, apesar do alto investimento financeiro. No mesmo sentido, é de conhecimento que os programas ainda não passaram por uma avaliação sistemática, sendo que a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde ainda está, neste momento, realizando a capacitação das pessoas que empreenderão tal avaliação. Assim, as pesquisas acadêmicas

mostram-se relevantes para a compreensão desses processos que estão em curso. Sobretudo porque trata-se de uma modalidade de formação inovadora e complexa, que, por vezes, por questões políticas e financeiras, não consegue se estender por um longo período de tempo, como foi o caso da RMSM de Betim.

Como já mencionamos, Santos (2010), aponta para a necessidade de estudos que abordem egressos dos cursos em funcionamento. A partir das análises e conclusões desta pesquisa de mestrado, pretendemos, no doutorado, investigar a percepção dos ex-residentes sobre como os programas de RMSM da RMBH dialogam com a perspectiva da desinstitucionalização proposta no processo da reforma psiquiátrica e conhecer como descrevem os impactos da formação realizada nos respectivos programas. Pretendemos ainda conhecer a apropriação realizada pelos ex-residentes dos três programas em estudo acerca do arcabouço teórico-pedagógico descritos nos seus respectivos PPPs.

Considerando que o tipo de inferência realizada a partir da análise de conteúdo se relaciona com a competência “do investigador no que diz respeito a seu maior ou menor conhecimento acerca de diferentes abordagens teóricas” (Franco, 2003, p.25), lembramos que este estudo não tem a pretensão de estabelecer um saber inabalável sobre os projetos político-pedagógicos dos programas de residência em saúde mental da RMBH. Trata-se tão somente de apresentar possíveis interpretações, a partir de um olhar ancorado na produção teórica de autores da saúde mental e da saúde coletiva, sobre esses projetos político-pedagógicos. Entendemos ainda que o PPP é um documento elaborado a partir de objetivos que se pretende implementar, mas que a execução da proposta, inevitavelmente, se transformará na prática. Justamente por isso, procuramos valorizar a informações procedentes das entrevistas. A continuidade desta pesquisa no doutorado pretende compreender experiências de outros atores envolvidos na execução do PPP, sobretudo os ex-residentes, mas também preceptores e tutores.

Por fim, retomamos o pensamento de Amarante (2008), referência básica desta dissertação, para reafirmamos o quanto é importante que essa modalidade de formação esteja bem fundamentada teórica e pedagogicamente na perspectiva da atenção psicossocial, para que não haja o risco de saberes e fazeres aprendidos no campo manicomial e psiquiátrico tradicional se reproduzam nos serviços e estruturas que se pretendem substitutivos.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. L., & Miranda, A. B. (2013) Espaço Saúde: a presença do movimento estudantil na formação. In: Lobosque, A. M. e Silva, C. R. *Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática*. Belo Horizonte: CRP 04, p.120-123.
- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2005) A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: Amarante, P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU.
- Amarante, P. (2001) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz. [Publicação original: 1995]
- Amarante, P. (2008) Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: Amarante, P. e Cruz, L. B. (Orgs.) *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps.
- Amarante, P. (2010) Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental. In: Lobosque, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Amarante, P. (2011) *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3.ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz. [Publicação original: 2007]
- Amarante, P. (2012) Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: Giovanella, L. et al (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2015) *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni.
- Azevedo C. C., Hennington E. A., & Bernardes J. S. (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/nuspamed/article/view/2572> Acesso em: 02 out. 2016.
- Azevedo, F. F. M. (2013) *O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: uma reflexão sobre ensino, transmissão e formação em serviço* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Bardin, L. (2016) *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. [Original publicado em 1977]
- Batista, C. B. (2013) Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. *Barbaroi*, (38), 97-125. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n38/n38a07.pdf> Acesso em: 04 set. 2016.
- Beato, M. S. da F. (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.

- Bezerra Jr. B. (2007) Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf> Acesso em: 05 fev. 2016.
- Birman, J., & Costa, J. F. (2010). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In P. Amarante (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz. [Original publicado em 1976]
- Braga, G. A. R. (2014) *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Saúde Mental: três experiências da Região Metropolitana de Belo Horizonte* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Brasil (1961) Presidência da República. Casa Civil. *Lei 4.024*, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4024.htm Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (1965) Conselho Federal de Educação. *Parecer 977/65*. Disponível em https://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/Parecer_CESU_977_1965.pdf Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (1973) Presidência da República. Casa Civil. *Lei complementar 14*, de 8 de junho de 1973. Estabelece as regiões metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp14.htm Acesso em: 27 out. 2016.
- Brasil (1986) *8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório final*. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (1988) Presidência da República. Casa Civil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (1990) Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (1992) *9ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório final*. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (1994) Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *2ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório final*. Disponível em: http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3703 Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (1996) Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei 9.394*, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm Acesso em: 02 out. 2016.

- 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html Acesso em: 02 out. 2016.
- 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/L10216.htm Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (2002a) Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2002b) Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Parecer 364/2002*. Disponível em http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/parecer_cne_0364_sesu.pdf Acesso em: 20 mar. 2016.
- Brasil (2002c) *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf Acesso em: 8 set. 2016.
- 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf Acesso em: 02 out. 2016.
- 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm Acesso em: 02 out. 2016.
- 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf Acesso em: 20 mar. 2016.
- Brasil (2007a) 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. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (2007b) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). *Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios*. Brasília: CONASEMS.

- Brasil (2007c) Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução 1*, de 8 de Junho de 2007. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização. Disponível em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf Acesso em: 20 mar. 2016.
- 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. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8826-rces005-08-pdf&category_slug=setembro-2011-pdf&Itemid=30192 Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (2009a) Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18). http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (2009b) 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. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192 Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (2009c) Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – Exercício 2007/2009. Brasília, DF, Outubro/2009. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br/portal/pdf/Relatorio%20Atividades%20CNRMS%202007%202009.pdf> Acesso em: 15 set. 2016.
- 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. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf> Acesso em: 27 nov. 2016
- 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. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8824-rces007-11-pdf&category_slug=setembro-2011-pdf&Itemid=30192 Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (2012a) Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução CNRM 5, de 23 de novembro de 2012. Disponível em: http://www.editoramagister.com/legis_23997117_RESOLUCAO_N_5_DE_23_DE_NOV_EMBRO_DE_2012.aspx Acesso em: 27 nov. 2016.

- Brasil (2012b) Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução CNRM 2, de 13 de abril de 2012. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-n2-13abril-2012&Itemid=30192 Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (2012c) Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (2012d) *Resolução 466*, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 15 fev. 2016.
- Brasil (2013) Ministério da Educação. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Portaria Interministerial MEC/MS 11*. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde nos termos do Edital de Convocação n.28/SGTES-MS/SESu-MEC, de 27 de junho de 2013. Disponível em: http://sigresidencias.saude.gov.br/documentos/PT_CONJUNTA_MULTI_11_18122013_RESULTADO.pdf Acesso em: 02 out. 2016.
- Brasil (2015) Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12*, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf> Acesso em: 3 nov. 2016.
- Campos, F. E., Aguiar, R. A. T., & Belisário, A. S. (2012) A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella et al. (Orgs.) *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Campos, G. W. de S. (2000) Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002 Acesso em: 02 out. 2016.
- Campos, G. W. S., Cunha, G. T. & Figueiredo, M. D. (2013) *Práxis e Formação Paidéia: apoio e co-gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Carta de Ottawa (1986) *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Canadá. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf Acesso em: 02 out. 2016.
- Carvalho, Y. M., & Ceccim, R. B. (2012). Formação e educação em saúde: aprendizagens com a Saúde Coletiva. In: Campos, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. (2ed revista e aumentada) São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- 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> Acesso em: 04 mar. 2016.

- 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. (2006) Residência e Educação Permanente em Saúde no Cenário do Sistema Único de Saúde. In. *V Congresso Internacional de Saúde Mental e Direitos Humanos e I Fórum Social de Saúde Coletiva*. Universidad Popular de las Madres de La Plaza de Mayo, Buenos Aires, Argentina. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/noticia/residencia-integrada-multiprofissional-em-saude-mental-coletiva-formacao-em-area-profissional-da-saude-na-modalidade-educacao-pos-graduada-em-servico/view> Acesso em: 03 out. 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. (2010b) Prefácio. In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha, & V. L. Pasini (Orgs.), *Residências em saúde. Fazeres e saberes na formação em saúde* (pp.17-22), Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. (Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição (GHC).
- 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. Fazeres e saberes na formação em saúde* (pp.127-144), Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. (Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição (GHC).
- Cellard, A. (2008) A análise documental. In: Poupart J. et al. (Orgs.) *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- Cerqueira, L. (1984) *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro, São Paulo: Livraria Atheneu.
- Chaves, M., & Kisil, M. (1999) Origens, concepção e desenvolvimento. In. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina. Teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo I – um olhar analítico*. M. Almeida, L. Feuerweker, & M. Llanos (Orgs.). São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial, Londrina: Ed. UEL.
- 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 Acesso em: 02 out. 2016.

- Cordeiro, M. P., Freitas, T. R., Conejo, S. P. & Luiz, G. M. (2014) Como pensamos ética em pesquisa. In: Spink, M. J. P, Brigagão, J. I. M., Nascimento, V. L. V., & Cordeiro, M. P. (Orgs.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Costa-Rosa, A. (2000) O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (Org.). *Ensaaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dal Poz, M. R., Lima, J. C. de S., & Perazzi, S. (2012) Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 22(2), 621-639. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/12.pdf> Acesso em: 30 nov. 2016
- Dallegrave, D., & Kruse, M. H. L. (2009) No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 13(28), 213-226. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a18.pdf> Acesso em: 04 fev. 2016.
- Dallegrave, D. (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, D. (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, 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> Acesso em: 26 out. 2016.
- Duarte, M. J. O. (2014) Residência multiprofissional em Saúde Mental: trabalho e formação profissional. In: R. S. Veloso, P. R. M. de Carvalho, N. L. T. de Almeida, & A. I. S. C. de Melo (Orgs.). *Trajatória da Faculdade de Serviço Social da UERJ: 70 anos de história* (pp.295-318). Rio de Janeiro: Ed UERJ.
- Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (2010) Edital de processo seletivo público nº 001/2010. Processo seletivo público de Residência Multiprofissional para preenchimento de vagas no Programa de Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Betim-MG. Disponível em: <http://esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2010/05/edital.pdf> Acesso em: 30 nov. 2016.
- Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (2011a) Edital de seleção de candidatos ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Disponível em: http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/EDITAL_RESIDENCIA_SAUDE_MENTAL;03;20110523.pdf Acesso em: 30 nov. 2016.
- Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (2011b) Edital 002/2011 de seleção de candidatos ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Disponível em: http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/MINUTA%20ESP;20120102.pdf Acesso em: 30 nov. 2016.

- 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.
- Escorel, S. (1998) *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ferreira, S. R., & Olschowsky, A. (2010). Residências: uma modalidade de ensino. In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha, & V. L. Pasini (Orgs.) *Residências em saúde*. Fazeres e saberes na formação em saúde (pp. 23-34), Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. (Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição (GHC).
- Feuerwerker, L. C. M., & Sena R. (1999) A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina*. Teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo I – um olhar analítico. M. Almeida, L. Feuerweker, & M. Llanos (Orgs). São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial, Londrina: Ed. UEL.
- Feuerwerker, L. C. M. (2007). Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(1), 3-4. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000100001> Acesso em: 6 set. 2016.
- Foucault, M. (1989) O nascimento do hospital. In. Foucault, M. *A microfísica do poder*. 8ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Franco, M. L. P. B. (2003) *Análise de conteúdo*. Brasília: Plano Editora.
- Freire, P. (1996) *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra. Coleção Leitura. 37ed.
- 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).
- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG (2014) Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA). *Edital de Processo Seletivo para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares/FHEMIG*. Disponível em: <http://www.cmmg.edu.br/wp-content/uploads/2014/03/Edital-Instituto-Raul-Soares.pdf> Acesso em: 30 nov. 2016.
- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG (2015) Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA). *Edital de Processo Seletivo para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares/FHEMIG*. Disponível em: http://www.cmmg.edu.br/wp-content/uploads/2014/03/Edital-Resid%C3%Aancia-Multi-2015-Raul-1_etapa.pdf Acesso em: 30 nov. 2016.
- Gomes, A. P. C., Abrahão, A. L., Azevedo F. F. M., & Louzada, R. C. R. (2013) *Formação e qualificação: um estudo sobre a dinâmica educativa nas equipes de saúde mental do Rio de Janeiro, Brasil*. Interface (Botucatu) [online]. 17(47), 835-845. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/aop4213.pdf> Acesso em: 27 nov. 2016.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2015) *Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm Acesso em: 25 out. 2016.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2016) *Estimativas da população residente nos municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2016*. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=3244> Acesso em: 25 out. 2016.
- Kind, L., Orsini, M. L. P., Nepomuceno, V., Silveira, L. A.; Rocha, V. N., & Carvalho, R. C. (2012) (Inter)Disciplinaridade e violência contra mulheres na Atenção Primária à Saúde. In: Machado, L. R. De S., & Afonso, M. L. M. (Org.). *Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local: instrumentos para a transformação social*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Lampert, J. B. (2002) *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil* (Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Lima, I. C. B. F., & Passos, I. C. F. (2013) Formação cruzada: uma metodologia para o aperfeiçoamento do trabalho em rede intersetorial no campo da saúde. In: L. R. de S. Machado, & M. L. M. Affonso (Orgs.). *Gestão Social, Educação e desenvolvimento local: instrumentos para a transformação social* (pp.133-154). Belo Horizonte, MG: Autêntica
- Lima, M. & Santos, L. (2012). Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 126-141.
- Lobosque, A. M. (2001) *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.
- Lobosque, A. M. (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, A. M. (2012) Uma experiência de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: desterritorializando saberes, descentralizando práticas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 4(10), 197-200.
- Lourau, R. (2004) O instituído contra o instituinte. In: Altoé, S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec. [Original publicado em1969]
- 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. Fazeres e saberes na formação em saúde* (pp. 75-90), Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. (Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição (GHC).
- Medeiros, R. H. A. de. (2010) A construção de um dispositivo que permita estudar os discursos que organizam o campo da saúde: um ensaio sobre os efeitos discursivos e a formação do profissional em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(2), 497-514. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a09v20n2.pdf> Acesso em: 29 ago. 2016.

- Merhy, E. E. (2007) *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ªed. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (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, M. C. S. (2007) O desafio da pesquisa social. In: Minayo, M. C. S (Org.) *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2010) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Nunes, M. (2015) Refletindo sobre a prática de uma residência multiprofissional em saúde mental – produções epistemológicas e pedagógicas. In: M. Nunes, M. de Torrenté, & A. Prates (Orgs.). *O otimismo das práticas - Inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental*. Salvador: EDUFBA.
- Oliveira, M. M. (2007) *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- Oliveira, M. V. (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.
- Olschowsky, A. (2001) *O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise de pós-graduação "Lato sensu"* (Tese de Doutorado). Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Otanari, T. M. C. (2011) *A experiência de participação dos residentes de Psiquiatria e Saúde Mental nos grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): possíveis efeitos na formação* (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Pagliosa, F. L., & Da Ros, M. A. (2008). O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 492-499. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012> Acesso em: 02 out. 2016.
- Parente, J. R. F., Dias, M. S. A., Chagas, M. I. O., & Craveiro (2006) A Trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral. In: Ministério da Saúde. (Org.). *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Pasini, V. L. (2010) *Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS* (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- 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, I. C. F., & Dias, F. W. S. (2013) A importância da pesquisa e da extensão acadêmicas junto aos serviços de saúde mental para a formação continuada. In: Lobosque, A. M. & Silva, S. R. (Orgs.). *Saúde mental: marcos conceituais e campos de práticas*. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia.

- Passos, I. C. F. (2009a) *Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais*. Belo Horizonte: Argvmentvm.
- Passos, I. C. F. (2009b) *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Passos, I. C. F., Reinaldo, A.M.S., Barboza, M.A.G., Braga, G.A.R., & Ladeira, K.E. 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, prelo.
- Patto, M. H. S. (1999) Formação profissional, compromisso político e luta antimanicomial. In: Fernandes, M. I. A., Scarcelli, I. R., & Costa, El. S. (Orgs.) *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP.
- Pereira, S. M. (2009) Luta Antimanicomial: um movimento que faz o que não existe. In: Lobosque, A. M. (Org.) *Caderno de Saúde Mental - Universidade e Reforma Psiquiátrica: interrogando a distância*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Pereira, S. M. (2010) Tudo que existe merece perecer. In: Lobosque, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Perreault, M. et al. (2008) *Évaluation d'un programme novateur de formation croisée dans le contexte de continuité des services pour troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie – Rapport Final*. Montreal, 2008.
- Pires, A. P. (2008) Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais. In: Poupart J. et al. (Orgs.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- Pitta, A. M. F. (2011) Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002> Acesso em: 13 out. 2016.
- Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas (2013) *Seleção de candidatos ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental - Edital 001/2013*. Disponível em: http://www.fumarc.com.br/imgDB/concursos/edital_saude_mental-20130307-134533.pdf Acesso em: 30 nov. 2016
- Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas (2014) *Seleção de candidatos ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental*. Edital 002/2014. Disponível em: http://www.fumarc.com.br/imgDB/concursos/edital_02_2014_saude_mental_final_alterada_em_23_01_2014-20140124-153939.pdf Acesso em: 30 nov. 2016.
- Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas [2013] *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*.
- Prefeitura de Belo Horizonte (2014) Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2014-2017)*. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=pms-2014-2017-aprovado-18-dez-14.pdf> Acesso em: 30 nov. 2016.

- Prefeitura de Belo Horizonte [2011a] *Projeto de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental da Rede Municipal de Saúde – PBH*.
- Prefeitura de Belo Horizonte [2011b] RISM. Residência Integrada Saúde Mental. *Modelo, diretrizes de formação, domínios de competências e desfechos aprendizado*. A formação no contexto da reforma psiquiátrica e da Rede de atenção psicossocial. Texto base - segundo os PCP (Projetos de Credenciamento Provisório) da residência em 2011.
- Prefeitura de Belo Horizonte (2011) Secretaria Municipal de Saúde. Hospital Municipal Odilon Behrens. *Edital para o Processo Seletivo Residência Multiprofissional 2012 – HOB*. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1067551> Acesso em: 30 nov. 2016.
- Prefeitura de Belo Horizonte (2013) *Edital de Processo Seletivo 01/2013*. Residência Multiprofissional. Secretaria Municipal De Saúde De Belo Horizonte. Hospital Municipal Odilon Behrens. Disponível em: <http://legitimusassessoria.com.br/arquivos/anexos/fcc366da70685309d905a4988c7bfd03.pdf> Acesso em: 30 nov. 2016.
- Prefeitura de Belo Horizonte (2014) *Edital de Processo Seletivo 01/2014*. Residência Multiprofissional. Secretaria Municipal De Saúde De Belo Horizonte. Hospital Municipal Odilon Behrens. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1114956> Acesso em: 30 nov. 2016.
- Prefeitura de Belo Horizonte (2015) *Edital de Processo Seletivo 01/2015*. Residência Multiprofissional. Secretaria Municipal De Saúde De Belo Horizonte. Hospital Municipal Odilon Behrens. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/Files/dom03022015-hob3.rtf> Acesso em: 30 nov. 2016.
- Prefeitura de Belo Horizonte (2016) *Edital de Processo Seletivo 01/2015*. Residência Multiprofissional. Secretaria Municipal De Saúde De Belo Horizonte. Hospital Municipal Odilon Behrens. Disponível em: http://makiyama.net.br/ckm/PUB/212_1444_EDITAL%20SEM%20ANEXOS%2008_01.pdf Acesso em: 30 nov. 2016.
- Prefeitura de Betim (2014) Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Betim (2014-2017)*. Disponível em: http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Plano_Municipal_de_Saude;;20150213.pdf Acesso em: 03 out. 2016.
- Queiroz, M. I. P (2008). O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: C. T. Lucena, M. C. S. S. Campos & Z. B. F. Demartini (Orgs.). *Pesquisa em Ciências Sociais: olhares de Maria Isaura Pereira de Queiroz*. São Paulo: CERU: Humanitas.
- Resende, H. (1992) Política de saúde mental no Brasil: Uma visão histórica. In: Tundis, S. A. e Costa, N. R. (Orgs.). *Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes. Co-edição: ABRASCO.
- Rio Grande do Sul (2002). *Lei 11.789*, de 17 de maio de 2002. Cria, no âmbito da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, o Programa de Bolsas de Estudos para a Residência Integrada em Saúde. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/11.789.pdf> Acesso em: 25 out. 2016.

- Rosa, S. D., & Lopes, R. E. (2009) Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, 7(3), 479-498. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/06.pdf> Acesso em: 17 set. 2016.
- Rotelli, F. (2008) Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In. Amarante, P., & Cruz, L. B. *Saúde Mental, Formação e Crítica*. (pp.37-50) Rio de Janeiro: Laps.
- Rotelli, F., Leonardis, O. de, & Mauri, D. (2001) A instituição inventada. In. F. Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec. 2ed.
- Santos, F. A. (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.
- Silva, C. R. (2013) *A extensão universitária em saúde mental: por uma formação crítica* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Simoni, A. C. R. (2007) *A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Souza E. R., Minayo M. C. S., Deslandes S. F., & Veiga J. P. C (2005). Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo M. C. S, Assis S. G., & Souza E. R., (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Tavares, G. M. (2010) *Breves notas sobre a ciência*. Florianópolis: Ed. da UFSC: Ed. Da Casa.
- Torrenté, M, Prates, A., & Borges, A. (2015) O lugar e o papel do cientista social nas equipes interdisciplinares em saúde mental. In. M. Nunes, M. de Torrenté, & A. Prates (Orgs.). *O otimismo das práticas - Inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental*. Salvador: EDUFBA.
- Torres, O. M. (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, A. R. C., & Silva, R. A. (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> Acesso em: 30 nov. 2016.
- Uebel, A. C., Rocha, C. M., & Mello, V. R. C. (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.

- Universidade Estadual de Montes Claros (2015) *Edital de Processo Seletivo para Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde*. Edital 01/2015. Disponível em: http://cotec.unimontes.br/processos/residencia/12015/EDITAL_2015.pdf Acesso em: 02 out. 2016.
- Universidade Federal de Juiz de Fora (2016) *Edital de Convocação 10/2016*. Processo seletivo de Residência Multiprofissional em Saúde Mental 2016. Disponível em: <http://www.ufjf.br/huresidencias/files/2016/01/Edital-N%C2%B0-10-Programa-de-Sa%C3%BAde-Mental-19-fev-2016.pdf> Acesso em: 07 jul 2016.
- Universidade Federal de Uberlândia (2010) *Projeto Pedagógico. Programa de Residência Multiprofissional. Atenção em Saúde Mental*. Disponível em: http://www.coremu.famed.ufu.br/sites/coremu.famed.ufu.br/files/projeto_pedagogico_saude_mental.pdf Acesso em: 02 out. 2016.
- Universidade Federal de Uberlândia (2016) Pró-Reitoria de Graduação. Diretoria de Processos Seletivos. *Edital UFU/PROGRAD/DIRPS 14/2015*. Processo Seletivo para Ingresso no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - 2016. Disponível em: http://www.ingresso.ufu.br/sites/default/files/anexos/residencia/2016/Residencia2016_Edit_al_Multiprofissional.pdf Acesso em: 02 out. 2016.
- Valadares, F. C. (2013) Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, p. 573-574. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/29.pdf> Acesso em: 17 out. 2016.
- Vasconcelos, C. M., & Pasche, D. F. (2012) O SUS em perspectiva. In: Campos, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. (2ed revista e aumentada) São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Veiga, I. P. de A. (1998) Perspectivas para a reflexão em torno do projeto político pedagógico. In: Veiga, I. P. de A., Resende, L. M. G. *Escola: espaços do projeto político-pedagógico*. Campinas: Papyrus.
- Yin, R. (2001) *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista para coordenadores de programas de residência

- 1) Quando o Programa teve início?
- 2) Você está na Coordenação desde quando?
- 3) Quais atividades você desenvolve na função de Coordenador(a)?
- 4) Já ocupou outras funções no Programa além da Coordenação?
- 5) Qual é a atual situação do Programa no Ministério da Educação?

- 6) Qual é o objetivo do Programa?
- 7) Quem são os preceptores?
- 8) Em quais lugares os residentes inseridos no Programa desenvolvem as atividades práticas atualmente?
- 9) Quem são os docentes envolvidos?
- 10) Como são desenvolvidas as atividades teóricas ou teórico-práticas do Programa?

- 11) O número de ingressantes que concluí o Programa é satisfatório?
- 12) Como o Programa de vocês avalia seus resultados?
- 13) A Coordenação identifica alguma dificuldade ou algum problema para a execução do Programa?

- 14) Para você, qual é a importância dos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde Mental?
- 15) Em relação à Reforma Psiquiátrica brasileira, qual a importância dos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde Mental?

- Lista dos residentes que concluíram o Programa?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) _____

Vimos convidá-lo(a) a participar 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*, que tem como objetivo principal 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. 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 Multiprofissionais 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.

Ao concordar em participar, você será entrevistado(a) em um local de sua preferência. Para garantir a qualidade dos dados, solicitamos a sua aprovação para que a entrevista seja gravada. A pesquisadora fará 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.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, no Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais da Universidade Federal de Minas Gerais (sala 4040 da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas), e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade _____, fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios 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*“, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Concordo que minha entrevista seja utilizada somente para esta pesquisa.

Concordo que minha entrevista possa ser utilizada em outras pesquisas, mas serei comunicado(a) pela pesquisadora novamente e assinarei outro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que explique para que será utilizado o material.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Local: _____ Data: _____

Nome completo do participante: _____

Assinatura do participante: _____

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

Assinatura da pesquisadora responsável: _____ Data: _____

Nome completo da **Pesquisadora (mestranda)**: Isabella Cristina Barral Faria Lima

Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Sala 4040

Tel: (31) 3409-6281 - E-mail: isa.farialima@gmail.com

Assinatura da pesquisadora (mestranda): _____ Data: _____

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

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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: 2

CAAE: 56054316.1.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.622.478

Apresentação do Projeto:

O objetivo principal desta pesquisa é 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. Utilizaremos estatística descritiva e, com base no instrumental teórico-metodológico foucaultiano, realizaremos a análise das práticas discursivas.

Objetivo da Pesquisa:

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

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.622.478

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:

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 monetários para sua participação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área da saúde mental. Projeto bem descrito e executável. Previsão de término janeiro de 2017. As solicitações do COEP foram atendidas: foi anexado modelo de pedido de anuência das coordenações dos dois programas de residência, o 3º programa foi cancelado. Foi justificado que o projeto possui 2 instituições participantes. Foi acrescentado no TCLE que será aplicado um questionário e que o COEP deve ser consultado em caso de dúvidas éticas.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.622.478

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.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação 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:

Aprovado conforme parecer. 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:

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.622.478

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_696249.pdf	27/06/2016 21:14:45		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
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	13/05/2016 09:45:37	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
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	13/04/2016 23:00:35	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Outros	560543161aprovacao.pdf	05/07/2016 13:27:00	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Outros	560543161parece.pdf	05/07/2016 13:27:19	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.622.478

BELO HORIZONTE, 04 de Julho de 2016

Assinado por:
Telma Campos Medeiros Lorentz
(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

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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: 1

CAAE: 56054316.1.3001.5119

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.708.315

Apresentação do Projeto:

Projeto devidamente encaminhado, contando com aprovação do CEP da Instituição Proponente – UFMG - Parecer 1.697.398.

O objetivo principal desta pesquisa é 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.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender, a partir da percepção de ex-residentes, como os Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde Mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte dialogam com a

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100	
Bairro: Bairro Santa Efigênia	CEP: 30.150-260
UF: MG	Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552	Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 1.708.315

perspectiva da desinstitucionalização proposta no processo da Reforma Psiquiátrica.

Objetivo Secundário:

- 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:

- RISCOS: o estudo apresenta baixos riscos, pois se baseia em entrevistas e preenchimento de questionários, sem intervenção clínica.
- BENEFÍCIOS: não há benefícios diretos para os participantes, mas há para a comunidade científica em geral e para a FHEMIG.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.466/2012 do CNS-MS.

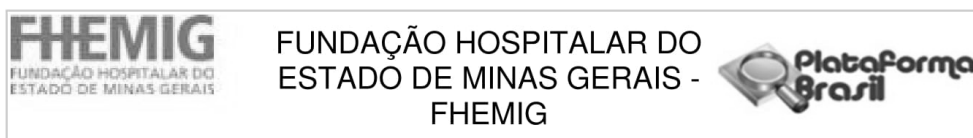
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Projeto: devidamente descrito;
- TCLE: adequado para o perfil da amostra (faltando incluir os dados do CEP-FHEMIG);
- FR: devidamente preenchida e assinada;
- Parecer GEP: aprovado.

Recomendações:

- Enviar semestralmente ao CEP-FHEMIG os relatórios parciais e/ou final da pesquisa via

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-260
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 1.708.315

Plataforma Brasil.

- Incluir no TCLE o contato do CEP-FHEMIG: Alameda Álvaro Celso, 100, Sta. Efigênia, BH-MG. Telefone: (31)3239-9552. e-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

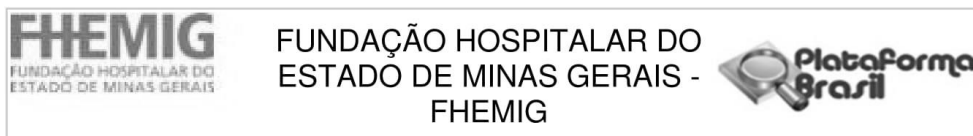
- O estudo pode ser realizado com base na metodologia e nos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	56054316aprovacao.pdf	26/08/2016 10:22:28	Vivian Resende	Aceito
Outros	56054316parecer.pdf	26/08/2016 10:22:16	Vivian Resende	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_764985 E1.pdf	28/07/2016 10:06:42		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
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	13/05/2016 09:45:37	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito
Outros	Questionario_online.pdf	26/04/2016 19:05:34	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-260
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 1.708.315

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
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	13/04/2016 23:00:35	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 01 de Setembro de 2016

Assinado por:
Vanderson Assis Romualdo
(Coordenador)

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-260
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br

ANEXO C

Modelo de Projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde

Fonte: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/modelo_projeto.pdf

1- Identificação do Programa de Residência Multiprofissional

- 1.1 - Instituição Formadora:
- 1.2 - Unidade Responsável/ Instituição Executora:
- 1.3 - Nome do Programa:
- 1.4 - Coordenador do Programa:
 - 1.4.1 - E-mail:
 - 1.4.2 - Telefones: Comercial: Celular:
 - 1.4.3 - Formação:
 - 1.4.4 - Titulação:
 - 1.4.5 - Registro Profissional:
- *Link para currículo na plataforma Lattes
- 1.5 - Preceptores/ Tutores/ Docentes do Programa: (Especificar área)

2- Caracterização do Programa

- 2.1 - Área de Concentração:
- 2.2 - Período de Realização:
- 2.3 - Carga Horária Total (da Área de Concentração):
 - 2.3.1 - Carga Horária Teórica:
 - 2.3.2 - Carga Horária Prática:
- 2.4 - Modalidade do Curso: Tempo Integral
- 2.5 - Número de Vagas Anuais:
 - Áreas Profissionais:
 - Biologia
 - Medicina Veterinária
 - Enfermagem
 - Serviço Social
 - Terapia Ocupacional
 - Nutrição
 - Educação Física
 - Psicologia
 - Fisioterapia
 - Biomedicina
 - Odontologia
 - Farmácia
 - Fonoaudiologia
- Total: ()

3- Projeto Político Pedagógico (PPP)

- 3.1 - Justificativa:
 - (Caracterização da sua localregião, utilizando dados do IBGE, MS, MEC e outros oficiais disponíveis; justificar a necessidade do programa, embasando-se no seu perfil epidemiológico; indicar a função formadora do Hospital Universitário através de sua caracterização, inserção no SUS e articulação com a gestão local)
- 3.2 - Objetivos:
 - 3.2.1 - Objetivo Geral:
 - 3.2.2 - Objetivos Específicos:

- 3.3 - Diretrizes Pedagógicas:
- 3.4 - Articulação com as Políticas de Saúde Locorregionais:
- 3.5 - Parcerias:
- 3.6 - Núcleo Docente Estruturante:
- 3.7 - Cenários de Prática:
- 3.8 - Infraestrutura do Programa:
(Apoio Administrativo, Salas de Aulas, Biblioteca, Acervo Bibliográfico, Equipamentos, Recursos Audiovisuais, Laboratórios. Toda infraestrutura necessária para o desenvolvimento do programa proposto, considerando sua amplitude e especificidades.)
- 3.9 - Metodologia de Avaliação:
- 3.10 - Perfil de Egresso:
- 3.11 - Matriz Curricular:
 - 3.11.1- Programa de Residência:
 - 3.11.1.1- Eixo Transversal:
 - 3.11.1.1.1- Conteúdo Teórico:
Carga Horária
Metodologias de Ensino
Metodologias de Avaliação
 - 3.11.1.1.2- Conteúdo Prático:
Carga Horária
Metodologias de Ensino
Metodologias de Avaliação
 - 3.11.2 - Área de Concentração:
 - 3.11.2.1 - Eixo Transversal:
 - 3.11.2.1.1 - Conteúdo Teórico:
Carga Horária
Metodologias de Ensino
Metodologias de Avaliação
 - 3.11.2.1.2 - Conteúdo Prático:
Carga Horária
Metodologias de Ensino
Metodologias de Avaliação
 - 3.11.2.2 - Eixo Específico:
 - 3.11.2.2.1 - Conteúdo Teórico:
Carga Horária
Metodologias de Ensino
Metodologias de Avaliação
 - 3.11.2.2.2 - Conteúdo Prático:
Carga Horária
Metodologias de Ensino
Metodologias de Avaliação
 - 3.11.3 - Semana Padrão:
(Atividades desenvolvidas pelos residentes em cada período e dia da semana.)

4- Processo Seletivo:

- 4.1 - Período de Inscrição:
- 4.2 - Perfil Inicial dos Candidatos para Ingresso:
- 4.3 - Documentação Necessária:
- 4.4 - Critérios/ Etapas de seleção:
(Prova, Entrevista, Análise Curricular...)

