

Formação para o cuidado em liberdade: reflexões sobre uma residência multiprofissional em Saúde Mental Coletiva

Training for care in freedom: reflections on a multidisciplinary residency in mental health collective

Ronaldo Rodrigues Pires

Psicólogo, Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Endereço: Rua das Gaivotas, 114. CEP 60821-160. Jardim das Oliveiras - Fortaleza- Ceará. E-mail: ronrodpires@bol.com.br

Camila Alves Soares

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará - UFC, Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: camila.alves@esp.ce.gov.br

Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva

Terapeuta Ocupacional, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. E-mail: vaninatereza@gmail.com

Núbia Dias Costa Caetano

Psicóloga, Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. E-mail: nubiadccaetano@gmail.com

Francisca Marcia Araújo Lustosa Cabral

Assistente Social, Especialista em Saúde Mental, Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: marciasmaraujo@gmail.com

Maria Janaína Norões de Sousa

Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva - UECE, Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: janainoroes14@gmail.com

Alexsandro Batista de Alencar

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB. E-mail: alexsandro.alencar@hotmail.com

Resumo

A formação de profissionais para o trabalho em saúde mental é uma questão importante para a construção de uma política de saúde mental antimanicomial no Sistema Único de Saúde. Os programas de residência multiprofissional mostram-se capazes de instrumentalizar essa mudança ao fomentar uma formação que aposta no trabalho em rede, nas potencialidades do território e na autonomia dos sujeitos como condição essencial para o cuidado. Assim, a reflexão sobre os processos formativos das residências tornam-se relevantes para o aperfeiçoamento e a avaliação destes programas. Nosso objetivo é apresentar o relato da experiência de formação de uma residência multiprofissional com ênfase em Saúde Mental Coletiva. Abordamos neste relato as atividades vivenciadas, refletindo sobre avanços e desafios encontrados. Concluimos que, apesar das dificuldades apresentadas, a residência se mostrou agenciadora de mudanças positivas no cotidiano dos serviços e colaborou na formação de profissionais implicados com o cuidado em liberdade.

Palabras-chave: Saúde mental; educação continuada; internato não médico.

Abstract

The training of professionals for work in mental health is an important issue for the construction of an anti-psychiatric mental health policy in the Unified Health System. Multiprofessional residency programs show themselves able to instrumentalize this change by fomenting training that focuses on

the networking, the potential of the territory and the autonomy of the subjects as an essential condition for care. Thus, reflection on the training processes of residences become relevant for the improvement and evaluation of these programs. Our objective is to present the report of the experience of the formation of a multiprofessional residence with emphasis on Collective Mental Health. We address in this report the activities

experienced, reflecting on the advances and challenges encountered. We conclude that, despite the difficulties presented, the residence proved to be a positive change in the daily services and collaborated in the training of professionals involved with care in freedom.

Keywords: Mental health; continuing education; internship nonmedical

1. Introdução

A política de saúde mental, que se orienta pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, pretende ser capaz de substituir o paradigma asilar manicomial. Esse modelo é fundado em uma lógica que se baseia no isolamento, na percepção do sofrimento psíquico como causa exclusivamente orgânica, na verticalização das relações e centralidade da instituição hospitalar.

Sendo assim, a proposta do modelo psicossocial que se quer implantar¹, aposta na produção de práticas que retomem o sujeito em sua autonomia e liberdade, contextualizando-o em seu território e numa rede de serviços, com base em uma concepção ampliada da clínica e do sofrimento humano^{2,3,4}.

Assim, há a necessidade de que a formação dos trabalhadores em saúde mental esteja alinhada com os projetos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Desse modo, o processo formativo precisa reinventar-se e ser capaz de produzir profissionais que considerem a saúde como direito, reconheçam as suas múltiplas

d e t e r m i n a ç õ e s e a d o t e m a interprofissionalidade e a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), tão caras ao projeto da Reforma Sanitária brasileira, como eixos fundamentais de sua atuação⁵.

Além disso, os profissionais devem ser capazes de operacionalizar a “desinstitucionalização” do manicômio⁶, que implica na superação dos espaços com características asilares em sua dimensão concreta e dos processos relacionais que o produzem, enquanto lógica de funcionamento⁷.

Dessa maneira, o cuidado em liberdade se impõe como princípio fundamental da ação dos profissionais. Como afirma Yasui⁸, a liberdade torna-se uma exigência ética, que implica o resgate da autonomia dos sujeitos e a criação de corresponsabilidade, respeitando a subjetividade de quem é cuidado. Assim, o cuidado em liberdade toma como ponto de partida o respeito ao desejo das pessoas e sua capacidade de dirigir seu processo de cuidado no lugar em que vivem e

com os recursos de apoio social que estiverem disponíveis, ou que possam ser agenciados. A aposta nesta perspectiva aponta que, como afirma Abou-Yd⁹, é mais digno, humano e democrático produzir uma clínica que se oriente pela liberdade como modo de pôr em prática o fazer cotidiano do trabalhador em saúde mental.

Sabemos que estas mudanças paradigmáticas enfrentam grandes resistências e é notório que a transposição das políticas para as práticas estão atravessadas por contradições como os pesquisadores apontam^{10,11}. Portanto, a efetivação do paradigma do cuidado em liberdade depende não só da institucionalização de portarias e decretos, mas da consideração de que este é um processo complexo, em permanente construção, que envolve uma mudança de postura e de mentalidade sobre o cuidar.

Ao considerar que a mudança da formação para a atenção em saúde mental requer ferramentas para sua realização, vemos que as Residências Multiprofissionais em saúde são dispositivos importantes na qualificação dos trabalhadores que mostram potência para atuar e operar ressignificações dos processos de trabalho¹².

Nesse âmbito, o objetivo deste trabalho é apresentar um relato de experiência de uma equipe pedagógica na organização dos processos formativos de uma Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde Mental Coletiva que ocorreu no período de 2013 até

2015 numa região do Brasil. Será descrita a estruturação pedagógica da formação de residentes e preceptores, com reflexões a partir de sua operacionalização nos espaços da prática.

2. Método

Utilizamos do método da sistematização de experiências como uma forma de reordenar os aspectos de nossa prática buscando refletir sobre esta ao realizar uma leitura crítica e reflexiva sobre o cotidiano. Utilizamos os registros sobre as visitas institucionais e encontros com residentes e preceptores como material para elaboração do relato. Apresentamos o contexto particular da experiência desenvolvida e apontaremos os pressupostos éticos e políticos que embasaram o projeto de formação da Residência.

3. Contextualização da experiência e pressupostos ético-políticos da formação

A proposta de implantação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva no Estado do Ceará surgiu da observação de muitos postos de trabalho oriundos da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, também constatou-se que foram poucos os investimentos voltados para a qualificação desses trabalhadores¹³. As escassas oportunidades de formação apontavam a importância de qualificação para estes serviços. Assim, a Residência se fazia imprescindível para nossa realidade e possibilitava preencher essa lacuna.

O Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva fez parte da Residência Integrada em Saúde (RIS), que conta com outras ênfases de especialização distribuídas em componentes nomeados de componente comunitário e componente hospitalar. Saúde da Família, Saúde Coletiva, Cancerologia e Saúde Mental Coletiva foram as primeiras especializações propostas.

A Residência em Saúde Mental Coletiva foi ofertada em nove municípios, considerando o desenho de regionalização em cinco macrorregiões de saúde. Foram disponibilizadas 53 vagas para as diferentes categorias profissionais como: Enfermagem, Educação Física, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Psicologia.

Neste empreendimento, destacamos dois elementos importantes como pressupostos ético-políticos para uma formação orientada pelo princípio do cuidado em liberdade: a concepção de Saúde Mental Coletiva e o fortalecimento dos serviços comunitários de base territorial como lócus de atuação dos residentes.

O conceito de Saúde Mental Coletiva funcionou como uma bússola teórica para nortear a formação. Nesta perspectiva, o campo da saúde mental deixa de ser uma especialidade restrita à Psiquiatria para abarcar diferentes saberes e profissões que contribuem com a compreensão do sofrimento psíquico e da loucura. Como aponta Fagundes¹⁴, essa noção implica transformações paradigmáticas no campo da ciência, da política e da atenção.

Sendo assim, almejamos disparar processos formativos que colaborassem na construção de uma clínica inovadora.

No contexto em que nos situamos, a ideia de manter uma formação ancorada nos princípios da Saúde Mental Coletiva tem encontrado algumas resistências em sua aplicação. A persistente dependência do hospital psiquiátrico para dar cobertura às situações de urgência em saúde mental e o sucateamento dos CAPS, tem criado uma descrença no modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica. Este desencanto, percebido em alguns profissionais e familiares, se acentua com as longas filas de espera para consultas com psiquiatra e psicólogo, desabastecimento contínuo de medicamentos, pouca oferta de práticas terapêuticas, entre outros problemas.

Além disso, observamos um aumento da oferta de assistência privada e filantrópica para usuários de álcool e outras drogas em Comunidades Terapêuticas (CT). Mesmo sendo regulamentadas como local de tratamento pelas políticas oficiais, várias destas instituições tem apresentando contradições e irregularidades. Estes serviços têm buscado financiamento público e tem concorrido enquanto modelo de atenção, se mostrando como uma insidiosa regressão à lógica manicomial sob nova roupagem.

Ante esse cenário, buscamos direcionar a formação valorizando e aprimorando o cuidado nos serviços públicos como os Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS), articulando-o com os diferentes pontos da rede inter e intrasetorial. Assim, recusamos o hospital psiquiátrico como cenário de prática dos residentes, reafirmando a necessidade de superação do modelo manicomial, tendo em vista a existência de inúmeras experiências exitosas de serviços territoriais.

Como apontaram Gama e Zanerato¹⁵ o hospital tem como foco, quase exclusivo, a terapêutica farmacológica e, pela sua própria disposição arquitetônica e organizacional, impede as trocas concretas e simbólicas do sujeito com a comunidade. Portanto, para mudar esse cenário é preciso investir e apostar em outras formas possíveis de produzir cuidado, sobretudo, apostando numa clínica que se realize nos lugares onde as pessoas vivem.

Essa demarcação se justifica em nossa proposta por reconhecermos que a principal tecnologia da Saúde Mental Coletiva é o trabalho forjado nos vínculos com os sujeitos, ou seja, as “tecnologias leves” como afirma Merhy¹⁶. Portanto, a instituição hospitalar, sob essa perspectiva, não apresenta tecnologias diferenciadas ou superiores que não possam ser oferecidas em outros espaços mais próximos da vida dos sujeitos e mais abertos à dinâmica dos territórios.

4. Processos pedagógicos e organizadores da formação

A equipe pedagógica da residência foi composta inicialmente por uma coordenação

geral e sete tutores. Todos os membros haviam tido experiências profissionais nos serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e possuíam pós-graduações em nível de especialização e mestrado acadêmico.

Os tutores, responsáveis pela supervisão pedagógica de residentes e preceptores, foram divididos com responsabilidades atribuídas ao “campo” e “núcleo”, orientando essa definição seguindo a indicação de Campos¹⁷. Esta divisão buscou combinar a necessidade de fortalecer saberes e práticas específicas das diferentes profissões (tutores de núcleo), ao mesmo tempo em que fomentava práticas e reflexões em torno do campo comum de atuação, na promoção e atenção à saúde das populações (tutores de campo).

Assim, por exemplo, o enfermeiro era estimulado e fortalecido no desenvolvimento de seus fazeres específicos do núcleo (consulta de enfermagem, gerenciamento do serviço de enfermagem, etc.) e também era envolvido em atividades de campo como: compartilhamento de práticas terapêuticas com outros profissionais, realizando ações na promoção da saúde mental, campanhas de sensibilização e redução do estigma, entre outras.

Como afirma Campos¹⁷, a distinção entre esses saberes específicos (de núcleo) e comuns (de campo), não os tornam estanques e cindidos. Na verdade, as ações de campo e núcleo foram pensadas como lugares em permanente transformação e sujeitas a influências mútuas.

Na composição de nossa equipe, contamos com duas tutoras de campo, ambas psicólogas, e cinco tutores de núcleo, cada um de categoria profissional correspondente às vagas ofertadas na residência (Serviço Social, Enfermagem, Psicologia, Educação Física e Terapia Ocupacional).

Um primeiro desafio posto para a equipe de tutores foi o desenvolvimento de competências específicas para os núcleos. Com a ampliação e implantação de novos serviços, as formações em nível de graduação dos cursos da área de saúde, ainda caminham para se empenhar na reformulação de seus currículos, que ainda guardam resquícios de modos tradicionais da atuação das profissões. Desse modo, embora existam iniciativas importantes na mudança da formação, percebemos dificuldades de alguns na proposição de práticas inovadoras por este distanciamento, ainda presente, entre a formação das universidades e os serviços de saúde.

Uma das propostas para superar esta dificuldade sobre a atuação dos residentes e fornecer pistas para a construção de uma prática alinhada com o cuidado em liberdade, foi a construção de um manual com indicações pedagógicas para residentes e preceptores. O manual dispunha de orientações para a condução do processo formativo pelos preceptores, sugestões de atividades práticas e de reflexão teórica. Este material era disponibilizado em uma plataforma virtual de aprendizagem. Elaborado pela equipe pedagógica, consistia numa síntese de temas a serem trabalhados (atenção à crise, clínica da

saúde mental com crianças e adolescentes, vigilância em saúde, etc.) com metodologias e atividades pensadas mensalmente para o trabalho dos residentes.

4.1 Sobre a formação dos residentes

A formação dos residentes teve como ponto de partida a imersão nos serviços de saúde mental (CAPS), além de outros equipamentos do território e o processo de trabalho foi iniciado com uma “territorialização” nos municípios. Essa ação consistiu em um processo de reconhecimento do território através do diagnóstico de potencialidades e ameaças à saúde das pessoas. Concordamos com Santos e Rigotto¹⁸ que essa atividade é fundamental para a formação do trabalhador em saúde, pois instrumentaliza os atores na consideração da saúde como efeito de múltiplas influências que, entre elas, incluem a materialidade da vida dos sujeitos.

Para os residentes esta atividade se mostrou muito importante como um diferencial, já que nos serviços onde estavam lotados, muitos trabalhadores não conseguiam realizar esse tipo de atividade. Entusiasmados na realização da territorialização, relatavam que ao mesmo tempo eram tensionados a elaborar as agendas nos serviços e questionados sobre o início da oferta de consultas. Estas questões se tornaram elemento importante da formação, pois mostrava o impasse entre a grande procura por atendimentos de saúde nas cidades, e a rapidez por respostas, sem antes haver uma

contextualização necessária das demandas.

Além destes momentos de atuação prática, eram articulados momentos semanais de supervisão e reflexão teórica através dos encontros com os preceptores e mensalmente com os tutores. Os encontros, que denominamos “rodas”, pretendiam superar os modelos de formação dicotômica ao proporem uma circularidade e horizontalidade dos saberes como afirmam Silva e Souza¹⁹, já que todos ensinam e todos aprendem.

Outro aspecto do processo de formação foram as atividades disparadas com as equipes das outras ênfases da RIS (que envolviam serviços da atenção primária em saúde, serviços hospitalares e de gestão). Assim, buscamos basear a formação a partir da construção de “linhas de cuidado”¹². Nesse sentido, as articulações entre todos os residentes inseridos nos pontos de atenção do sistema de saúde, visavam considerar o cuidado produzido para a população através de recursos do território e de outros dispositivos da rede fomentando a intersetorialidade nas intervenções.

Em relação aos cenários de prática, algumas limitações, tanto de ordem da infraestrutura, como de recursos humanos, geraram dificuldades. Uma delas foi a ausência de preceptores de núcleo em alguns locais, o que trouxe prejuízos para a formação em determinados locais. Mesmo sendo cobrados pelos contratos estabelecidos entre coordenação geral da residência e as instâncias

de gestão dos municípios, alguns gestores alegavam falta de recursos específicos para manter a preceptoria ou empecilhos na realocação de profissionais para o exercício desta função.

Quanto à infraestrutura, alguns CAPS encontravam-se em estado precário de conservação e possuíam baixa capacidade de atender situações específicas como as urgências em saúde mental. Estas situações limitantes nos serviços geravam incômodos aos residentes, que propunham outros cenários de prática para a atuação, como se a formação tivesse que primeiro “consertar” o SUS para que, posteriormente, nele pudessem atuar.

Concordamos que a precarização dos serviços públicos de saúde não pode ser naturalizada e que é preciso denunciar o descaso. No entanto, em nossos encontros, discutíamos sobre a incipiente retaguarda do Estado brasileiro em garantir estrutura básica da seguridade social e refletíamos sobre nossa implicação neste processo de construção do sistema público e das alternativas de resistência possíveis de colocarmos em andamento.

Dentro dessa experiência pioneira no Estado, estes obstáculos tem sido avaliados e a superação destes entraves tem se colocado como alvo de nossas intervenções. Apesar disso, mesmo com estes percalços, percebemos a riqueza das experiências surgidas ao longo da realização das ações e o engajamento de alguns residentes nos

movimentos em defesa do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Durante o acompanhamento e monitoramento das ações dos residentes, por meio de visitas nos serviços feitos pela equipe pedagógica, presenciamos relatos sobre a importância da Residência como espaço para ativar processos criativos no cotidiano dos preceptores e dos demais trabalhadores da rede de atenção à saúde mental.

4.2 Sobre a formação dos preceptores

A docência em serviço e a formação para a função da preceptoria apresenta-se como um desafio para os programas de residência. O preceptor é o ator responsável por conduzir este aprendizado para a prática em saúde. A transmissão do fazer clínico em serviços territoriais como os CAPS, por exemplo, envolvem estratégias diversas e uso de diferentes recursos por parte do profissional. Esse aprendizado e a transmissão desta prática colocam para o preceptor uma tarefa desafiante diante da complexidade de situações envolvidas²⁰.

Em nosso cotidiano, observamos que o grupo de preceptores que compuseram nossa residência teve um perfil bastante heterogêneo. Tivemos profissionais com larga experiência na saúde mental, mas também, contamos com profissionais que não eram desse campo, como exemplo, trabalhadores dos equipamentos da política de assistência

social e que eram cedidos para realizar a preceptoria na saúde.

Por outro lado, a precarização dos vínculos trabalhistas tendeu a agudizar esse panorama dificultando a construção de uma carreira profissional para o preceptor. Com a falta de garantia da continuidade do seu trabalho enquanto docente, a manutenção do corpo de preceptores e o desenvolvimento desta função sofreram com essas indefinições e problemas.

Diante desse cenário, percebeu-se a importância de construir espaços de desenvolvimento de competências para aqueles que operacionalizavam a preceptoria. Essa estratégia conferia a aquisição de habilidades na formação discente para os preceptores, qualificando-os para a prática da docência em serviço. Assim, foram realizados encontros periódicos mensais com os preceptores buscando instrumentalizá-los e apoiá-los na construção de metodologias de aprendizagem no serviço. Os encontros envolveram a discussão prévia de temas a serem trabalhados com os residentes e a construção de métodos de aprendizagem e atividades a serem realizadas no território.

Durante os encontros com os preceptores pudemos perceber que, inicialmente, a função da preceptoria foi percebida como geradora de muita ansiedade pelos profissionais. Isso decorria do fato de que uma grande parte não conhecia o funcionamento de um programa de residência multiprofissional e as atribuições do

preceptor. Ao serem informados sobre as responsabilidades e atividades a serem desenvolvidas muitos ficaram apreensivos.

Em nosso estado, onde esta modalidade de formação no modelo de residências multiprofissionais é ainda uma novidade, o fortalecimento do espaço de formação do preceptor se torna mais que necessário. Vimos que alguns preceptores se identificaram com a função e encontraram disposição e ânimo para a realização de sua prática docente mesmo com os obstáculos encontrados. A formação também ofereceu um espaço para o acolhimento das angústias e a construção coletiva de possibilidades de superação das dificuldades tornando possível a realização da Residência.

Olhando para todos os aspectos da experiência da Residência em Saúde Mental Coletiva, vemos que a construção de uma formação com estas particularidades imprimem muitas questões que justificam avaliações contínuas e a permanente reflexão para o aprimoramento desta modalidade formativa.

Considerações finais

Consideramos que a realização da residência multiprofissional em Saúde Mental Coletiva

trouxe efeitos positivos para os cenários locais tendo em vista uma série de atividades e produtos desenvolvidos nos territórios, que não caberiam num único relato, mas que podemos citar com um exemplo a criação de novos fluxos assistenciais produzidos nos serviços de saúde mental.

Percebemos que as ações dos residentes e preceptores reverberaram em mudanças significativas nos processos de trabalho dos CAPS e na produção de saúde. Foi perceptível a inclusão de atividades de educação permanente nos cenários de prática envolvendo os outros profissionais que não faziam parte da residência e que se encontravam estagnados pela dinâmica cotidiana da assistência.

Os desafios ainda são muitos para a sustentabilidade do programa de residências como um todo, como adequado financiamento, infraestrutura e garantias de continuidade. Dessa forma, visualizamos que o aperfeiçoamento dos programas de residências multiprofissionais, pela sua potência na modificação de práticas e de realidades, é uma necessidade para construir uma formação em Saúde Mental Coletiva que prima pela liberdade e pelos princípios do SUS.

Referências

- 1 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 2011.
- 2- Pereira EC, Costa-Rosa A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. Saúde Soc., 2012; 21(4): 1035-1043.
- 3 - Rosa MSG, Souza AC, Abrahão AL, Marques, D. Inovações na formação em saúde: O programa de educação pelo trabalho - saúde mental. Rev. port. enferm. saúde mental. 2016; (4): 39-44.
- 4 - Argiles C, Kantorski LP, Willrich, JQ, Coimbra V. Processos de singularização no modo psicossocial. Physis. 2017; 27 (1): 61-77.
- 5 – Feuerwerker LC. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. 1ªed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
- 6 - Rottelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Nicácio F, (org.). Desinstitucionalização. 2ªed. São Paulo: Hucitec; 2001.
- 7 - Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2ªed. São Paulo: Hucitec, 2014. p.661-680.
- 8 - Yasui S. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderno HumanizaSUS. v. 5, Brasília, Ministério da Saúde, 2015. p.13-22.
- 9 - Abou-Yd M. Por uma clínica antimanicomial: a ousadia de um projeto. Saúde loucura 9. São Paulo: Hucitec; 2010.p. 91-99.
- 10 - Furtado JP Campos RO. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. 2005; 8(1): p. 109-122.
- 11 - Retamal P, Markkula N, Peña S. Salud mental en Chile y Finlândia: desafíos y lecciones. Rev. méd. Chile. 2016; 144(7): p. 926-929.
- 12 - Ceccim RB, Silva MCC, Lima A, Palombini SMSF. Residência integrada multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial. In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL (org.) Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição: 2010; p.127-144.
- 13 - Sampaio JJC, Garcia Filho, C. Saúde mental: política, trabalho e cuidado. Fortaleza: EdUECE; 2015.
- 14 - Fagundes SMS. Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre, RS: Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação/UFRGS; 2006.
- 15 - Gama JA, Zanerato E. Cursos de especialização e residências multiprofissionais em saúde mental. In: Lobosque AM (org.) Cadernos de saúde mental: os desafios da formação, v. 3. Belo Horizonte: ESP-MG; 2010. p.187-195.
- 16 - Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ªed. São Paulo: Hucitec; 2005.
- 17 - Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Cien Saude Colet. 2000; 5 (2): p. 219-230.
- 18 - Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab. Educ. Saúde. 2010; 8(3): p. 387-406.
- 19 - Silva ALF, Sousa RM. A roda como espaço de co-gestão da Residência multiprofissional em saúde da Família do município de Sobral-CE. Sanare. 2010; 9(2): p.07- 13.
- 20 - Feuerwerker LC. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: Ribeiro MVB (Org.) Formação Pedagógica de preceptores do Ensino em Saúde. Juiz de Fora: Editora UFJF. 2011; p.29 - 36.

Submissão: 02/07/2018

Aceite: 10/03/2019