



Potencialidades e desafios da formação em programas de residência em saúde mental realizados integralmente em serviços abertos e de base comunitária

Potential and challenges of training in mental health residency programs carried out entirely in open and community-based services

Isabella Cristina Barral Faria Lima

Doutora em Psicologia; Professora Adjunta da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG),
Belo Horizonte, MG, Brasil;

E-mail: isa.farialima@gmail.com; ORCID: 0000-0002-7993-6834

Maria Aline Gomes Barboza

Doutora em Psicologia; Analista de Políticas Públicas da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH),
Belo Horizonte, MG, Brasil;

E-mail: linepur@gmail.com; ORCID: 0000-0003-3290-8809

Izabel Christina Friche Passos

Doutora em Psicologia Clínica; Professora titular aposentada da Universidade Federal de Minas Gerais,
Belo Horizonte, MG, Brasil;

E-mail: izabelfrichepassos@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9238-8732

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

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

Abstract: The multiprofessional residency in health is considered a strategic training modality for the qualification of professionals in the field of collective health and a privileged space for training for work in the Unified Health System. In the field of mental health, it is presented as a bet to strengthen practices from the perspective of psychosocial care, especially when the psychiatric hospital is not used as a training setting. In this article, training for mental health work is discussed based on the perception of former residents of two mental

health residency programs carried out entirely in open and community-based services of the psychosocial care networks of two municipalities in the metropolitan region of Belo Horizonte/MG. In-depth interviews were conducted with eight former residents from different professional categories, who completed their training between 2012 and 2016. In the light of productions in the field of psychosocial care, the information that emerged was analyzed in three major themes: training in and on the network; theoretical support for the training course; effects on the subjectivities and trajectories of the interviewees. We find that the most potent spaces of psychosocial care are also the most potent spaces for training in mental health.

Keywords: Health residency; Mental health; Psychosocial care; Permanent education.

Introdução

Embora a academia seja um lugar privilegiado para a formação de trabalhadores da saúde, a implementação de reformas curriculares ainda é incipiente e distante das necessidades da população, o que tem inviabilizado a produção de mudanças consistentes no perfil profissional¹. A formação segue, majoritariamente, com metodologias que privilegiam a educação bancária, ainda que as Diretrizes Curriculares Nacionais indiquem a necessidade de mudanças metodológicas no processo de ensino-aprendizagem². Nesse sentido, as pós-graduações *lato sensu* (especializações) no formato de residências em saúde exercem um papel estratégico na formação para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma aposta na efetivação da integralidade do cuidado e na intersetorialidade^{3,4}.

Um levantamento recente constatou a existência de 29 programas de residência em saúde mental em dez estados brasileiros. Seus autores afirmam que ainda são poucos os trabalhos que discutem de maneira aprofundada as bases teóricas e os processos organizativos que dariam sustentação a esses programas⁵.

Este estudo dá continuidade a momentos anteriores de uma mesma pesquisa, em que foram analisados os projetos político-pedagógicos (PPP) de três programas de residência em saúde mental escolhidos para estudo e realizado o levantamento sobre o perfil profissional e de formação de ex-residentes^{6,7}. Neste artigo, considerando as discussões sobre o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial⁸⁻¹⁰, refletiremos sobre os processos de formação para o trabalho no âmbito de dois programas de residência em saúde mental executados na Região Metropolitana de Belo Horizonte, a partir da percepção de ex-residentes. Ambos os programas foram desenvolvidos integralmente em serviços abertos e de base comunitária da rede de atenção psicossocial (RAPS) de dois municípios mineiros.

Participantes da pesquisa e caminho percorrido

Dos vinte ex-residentes convidados para as entrevistas, oito participaram, sendo cinco mulheres e três homens, todos cisgênero, com diferentes formações: psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional. Os

participantes concluíram as respectivas residências entre 2012 e 2016. Foram convidados ex-residentes que, na etapa anterior da pesquisa, a de aplicação de questionários, manifestaram o interesse pela participação na etapa seguinte, a das entrevistas.

Os entrevistados são egressos da Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Betim (RMSM/Betim), programa que encerrou suas atividades em 2016, e da Residência Integrada de Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens e da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RISM/PBH), que segue em execução. A primeira foi realizada em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) e a segunda, embora em parceria formal com a Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), foi executada exclusivamente pela PBH. Ou seja, apesar da exigência formal de vinculação do programa a uma instituição de ensino superior para sua habilitação¹¹, a RMSM/Betim contava com a ESP-MG para a realização das atividades teóricas, ao passo que a RISM/PBH, à época da pesquisa, tinha as atividades teóricas e práticas desenvolvidas sem o apoio efetivo de uma instituição de ensino.

As entrevistas em profundidade^{12,13} foram realizadas nos meses de fevereiro e março de 2019 pela mesma pesquisadora, primeira autora deste artigo, tendo sido gravadas com autorização dos entrevistados e transcritas em seguida. Não foram utilizados roteiros de entrevista. A análise temática¹² do material empírico teve início após as transcrições. No primeiro momento, ficamos em contato direto e intenso com o material, realizamos leituras verticais dos relatos, privilegiando a compreensão singular de cada entrevista, e elaboramos um esquema provisório de interpretação à luz do referencial teórico da atenção psicossocial⁸⁻¹⁰. Na sequência, realizamos uma leitura horizontal do conjunto dos relatos, estabelecendo relações entre as narrativas.

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

Sem conflitos de interesse, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE 56054316.1.0000.5149).

Formação em e na rede

Um dos alicerces da proposta das residências é a relação ensino-serviço^{3,4,6,7,14}, na qual a formação se realiza “no e pelo trabalho”^{15:878}. A aprendizagem em serviço tem por objetivo “superar uma abordagem mecanicista e tecnicista em saúde, muitas vezes distante das necessidades e da realidade”^{16:13} de trabalhadores e usuários do SUS.

Nesse contexto, a diversificação dos serviços da RAPS e das estratégias de cuidado oportuniza uma formação profissional mais afinada com a lógica antimanicomial^{1,4,9,10,17}. Os dois programas de residência estudados utilizaram como cenários de prática as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Convivência e os Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), como são chamados os centros de atenção psicossocial (CAPS) nos dois municípios, incluindo aqueles voltados para usuários de álcool e outras drogas (CERSAM-AD) e os direcionados para o público infantojuvenil (CERSAMi). Outros dispositivos, como Consultório na Rua e Residências Terapêuticas, foram utilizados em percursos singulares, de acordo com a complexidade de cada RAPS.

As pessoas entrevistadas valorizaram a riqueza dos processos de aprendizagem na RAPS, sugerindo que a possibilidade de atuar em diferentes serviços abertos contribuiu para a ampliação da noção de trabalho em equipe e para o aprofundamento da noção de cuidado.

Todavia, identificamos que nos dois programas, RMSM/Betim e RISM/PBH, o CERSAM assumiu uma centralidade na formação e, no geral, os ex-residentes consideraram que este é o tipo de serviço com práticas mais conservadoras: “Acho que talvez... o mais conservador tenha sido o CERSAM... isso a rede toda sabia na época também, às vezes eles até brincavam com isso” (Entrevista de pesquisa, março/2019).

A percepção de que esse serviço possibilitava uma margem de atuação mais limitada possivelmente relaciona-se com o fato de que muitos entrevistados indicaram a predominância da realização de atividades de cunho individual. Nesse ponto, os dois programas se diferenciam, pois, em trabalho anterior, constatamos que a RMSM/Betim propunha atividades coletivas com uma frequência maior, com destaque para a assembleia de usuários⁶. Por meio das entrevistas, compreendemos que, em Belo Horizonte, os profissionais de saúde residentes ficam mais tempo inseridos em algum CERSAM do que em outros serviços, ao passo que, na experiência de Betim, esses profissionais ficavam em mais de um tipo de serviço simultaneamente.

Por outro lado, todos os ex-residentes entrevistados comentaram sobre a potencialidade da formação e da atuação profissional em dispositivos territorializados e abertos, como o Centro de Convivência, o Consultório na Rua e a Unidade Básica de Saúde:

[No Centro de Convivência] a gente desloca um pouco do nosso lugar de trabalhador, vai pra esse lugar comum e dá uma outra perspectiva [...]. Me surpreendeu o fato de não ter profissional da saúde mental específico e foi muito gostoso. [...] Eu não sabia costurar, então foi uma usuária que me ensinou. [...] Eu não conseguia vislumbrar muito essa possibilidade, né? Assim, inclusive de estarem me ensinando e tudo mais. [...] *Eu comecei em março e até outubro eu não tinha pensado em indicar nenhum usuário pro Centro de Convivência. Depois que eu fui conhecer o dispositivo que eu comecei a vislumbrar e entender as possibilidades. Muitos colegas de trabalho do CERSAM não conheciam o potencial do Centro de Convivência.* [...] A mesma coisa com o Consultório de Rua, né? Na época, me abriu muito os olhos porque eu comecei no

CERSAM-AD e depois de um tempo que fui ter a experiência de Consultório de Rua. (Entrevista de pesquisa, fevereiro/2019, grifos nossos)

A experiência do Consultório de Rua também foi muito legal, acho que todas essas experiências que aproximam mais a gente do território, do dia a dia dos usuários. (Entrevista de pesquisa, março/2019)

Lembramos que os Centros de Convivência são serviços da RAPS que têm a finalidade de, por meio da arte, ser um espaço de sociabilidade, produção e intervenção na cultura¹⁸. Dessa forma, fazem parte da equipe trabalhadores que, conforme a entrevistada, não são necessariamente “profissionais da saúde mental específicos”. Assim, os Centros de Convivência contam com oficineiros que são artistas de diversos campos (música, artes plásticas, artes cênicas etc.) e que contribuem para o cuidado ampliado em saúde mental¹⁸.

Nessa perspectiva de cuidado em rede, os entrevistados tiveram a oportunidade de observar e pensar sobre a estruturação e o funcionamento da RAPS a partir de outro lugar que não aquele dos trabalhadores que, “muitas vezes já envolvidos com outras demandas, não estranham mais o cotidiano de trabalho”^{19:57}. Uma ex-residente o exemplifica ao narrar uma situação:

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

Com essa narrativa, reafirmamos a complexidade do trabalho na perspectiva da atenção psicossocial^{8,9,10}, que precisa carregar constantemente a marca da provisoriedade e das incertezas¹⁵⁻¹⁷, para que diferentes tipos de cronificação possam ser desestabilizados — a cronicidade dos usuários, a dos profissionais e a dos dispositivos de saúde mental²⁰. Os entrevistados identificaram que, enquanto eram profissionais de saúde residentes, realizavam um trabalho fundamental que os trabalhadores dos serviços não tinham condições de fazer em função da agenda do cotidiano de trabalho. Hoje, como trabalhadores dos serviços substitutivos, os entrevistados sinalizam a imensa dificuldade para realizar práticas no território, fora dos muros:

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

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

Eu tento não ser muito engessada, né? Mas às vezes, a prática vai deixando... A prática não, né?... A vivência mesmo no serviço. Quando você é profissional e tem que cumprir aquilo tudo ali, sabe? [...] E aí você pensa “nossa, o que eu estou fazendo para além?”... Sabe? Essa coisa de criar, de inventar... porque eu acho que isso é muito importante no serviço substitutivo. [...] *Não sei como seria se eu não tivesse feito a residência, mas eu acho que talvez tenha aberto meus olhos pra isso também, sabe?... De tentar usar a criatividade, de inovar mais nesses processos para chegar mais no território, não ficar enclausurada dentro do CERSAM, sabe? Porque senão a gente acaba sendo um serviço substitutivo que não substitui muito... Fica aquela prática manicomial dentro de um serviço que seria substitutivo.* (Entrevista de pesquisa, março/2019, grifos nossos)

Os ex-residentes indicam como as dificuldades oriundas da organização institucional dos processos de trabalho e da precarização das condições para seu exercício afetam a atuação em rede territorializada, pois “enclausuram” trabalhadores nas unidades, como também foi constatado em pesquisa de doutorado de uma das autoras deste artigo²¹.

O trabalho cotidiano de cuidado em saúde mental, exercido nas unidades da RAPS, cria mais condições de possibilidade para a atuação de técnicos “burocratas de atendimento” e menos para a ação de trabalhadores antimanicomiais, como uma das autoras constatou em sua pesquisa de doutorado. Tal constatação remete à existência de contradições fundamentais na estrutura e no funcionamento das políticas públicas, do planejamento orçamentário à entrega dos serviços ao cidadão usuário, do concurso público à ausência de iniciativas de espaços de reflexão e formação aos trabalhadores — estes últimos possíveis, e obrigatórios, ao profissional residente. Soma-se a essas contradições a demanda por acolhimento de uma cadeia complexa de sofrimentos vivenciados por aqueles que buscam acolhimento e cuidado na rede pública. O “burocrata de atendimento” faz o fluxo de atendimento andar, “toca o cotidiano”^{21:74}. Já o agir antimanicomial consiste em uma prática social, cultural e política que requer um fazer coletivo, solidário, experimental, peripatético^{22,23}, que é concretamente possível em contextos mais democráticos e menos burocratizados de trabalho.

Nesse contexto, não são raras as ocasiões em que profissionais de saúde residentes assumem responsabilidades de um trabalhador que falta no serviço, como os entrevistados comentaram:

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

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

Apesar da insuficiência de recursos para os serviços, um dos ex-residentes — e, à época da entrevista, trabalhador da saúde mental e preceptor de um programa de residência — destacou a potencialidade da RAPS na formação:

O campo de formação dentro do serviço substitutivo é inigualável. Melhor campo de formação que tem [...]. Não dá nem pra dizer que nos hospitais tem casos muito mais complicados e que ali que é o campo de estudo, que você vai aprender as coisas mais específicas possíveis... Eu acredito que não. Acredito que o campo da rede de serviços substitutivo é muito frutífero, nós estamos cheios de casos muito graves aí que dá pra estudar, dá pra entender, dá pra se formar muito bem [...]. Isso, pra mim, é superado mesmo. (Entrevista de pesquisa, fevereiro/2019, grifos nossos)

Suporte teórico-metodológico para o percurso formativo

Considerando a perspectiva da atenção psicossocial, trataremos dos suportes teórico-metodológicos estruturantes dos programas estudados por meio da discussão sobre a integração entre programas de residência multiprofissional e residência médica e sobre a articulação entre as atividades de preceptoria e tutoria com a RAPS.

A respeito da relação entre os programas, identificamos que a RISM/PBH conseguiu efetivar a proposta de integração entre residência médica e multiprofissional. Cabe ressaltar que a residência médica, em termos legais, está separada das residências multiprofissionais, que abarcam outras áreas da saúde^{3,11}. Embora essa integração construída pela RISM/PBH não aconteça sem conflitos, é uma característica valorizada pelos entrevistados. Um ex-residente de psiquiatria considera que a formação foi importante para a aprendizagem do trabalho em equipe e para um reposicionamento de seu próprio lugar:

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

Embora sem alcançar a integração entre programas, todos os ex-residentes da RMSM/Betim expressaram muita satisfação com a estruturação das atividades teóricas, que contavam com a participação de tutores e docentes da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), além de preceptores e outros trabalhadores da RAPS de Betim. Havia encontros com pequenos grupos de

profissionais de saúde residentes e tutores da ESP-MG, e, em outros momentos, trabalhadores da RAPS de Betim, incluindo preceptores, integravam o coletivo nas atividades teóricas e teórico-práticas:

Em Seminário de Redes a gente ia vendo legislação, organização e funcionamento do SUS e aí depois entravam outras coisas. [...] [Em Aspectos Históricos e Antropológicos da Loucura] a gente pegava Foucault e outros textos de antipsiquiatria, psiquiatria comunitária... essas outras experiências de reforma que tiveram, sabe? (Entrevista de pesquisa, fevereiro/2019)

lam principalmente os preceptores, mas tinham trabalhadores que iam. [...] Para alguns era mais difícil ficar o dia todo, né? O último seminário que era, por exemplo, mais abrangente... a gente viajava mais, era o de aspectos históricos e antropológicos [da loucura], nem todo mundo ficava, já estavam cansados e tal. Mas os de discussão de caso, acabava que vinha mais gente. A supervisão era só para residente. Então principalmente no seminário de redes e na discussão de caso eles [profissionais da RAPS de Betim] participavam mais. (Entrevista de pesquisa, março/2019)

Já os ex-residentes da RISM/PBH destacaram algumas fragilidades na manutenção da proposta das atividades teórico-práticas. Eles queixaram-se ainda de uma certa centralização, já que são muitas as atividades conduzidas por poucas pessoas:

[Nas oficinas teóricas] muita gente contribuía nas temáticas da psicanálise, da psicoterapia, da reabilitação psicossocial... Os diversos campos que tangenciam a coisa da saúde mental... Tinha contribuição do movimento social dos usuários, da cooperativa de trabalho... O sindicato ia fazer processo de formação com a gente... [...] *Isso foi se reduzindo aos poucos. Desde o ano que eu entrei até eu terminar foi reduzindo...* Não sei o porquê... Assim, tem alguma centralização em algum sentido... (Entrevista de pesquisa, fevereiro/2019, grifos nossos)

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

As avaliações mais positivas do processo de formação teórica no caso de Betim nos pareceram ser um reflexo do fato de este programa ter contado com o real envolvimento da instituição formadora, a ESP-MG, enquanto a RISM/PBH tem acontecido sem o envolvimento efetivo de uma instituição de ensino.

A partir das entrevistas e de outras publicações, consideramos que a relação entre a academia e os serviços deve ser repensada, sobretudo pela falta de investimento financeiro para a educação permanente e pela carga de trabalho intensa que os trabalhadores vêm assumindo, dificultando a atuação de trabalhadores como preceptores^{24,25}.

As residências precisam ser uma prática do Ministério da Saúde mesmo. [...] Elas precisam ter um pouco mais de recurso, serem mais robustas, ter mais vagas, sabe? [...] Só que tem que dar mais atenção pra preceptoria, né? *Tem que colocar os preceptores dentro dos recursos de*

formação de fato. Então aí o estado, o governo municipal, né? Ele precisa entender que a residência é um ganho pra rede, em assistência, em formação, em produção intelectual. [...] A gente poderia meio que falar assim “ah, não, nós não vamos topa mais não”. Mas a gente acaba que acredita muito, né? De fato, é um ganho, [...] mas tem as suas precariedades no dia a dia. Então, como a gente acredita, a gente vai se desdobrando pro negócio acontecer, mas é precário. (Entrevista de pesquisa, fevereiro/2019, grifos nossos)

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

De acordo com a percepção dos ex-residentes, parece que tanto a RMSM/Betim quanto a RISM/PBH conseguiram, ainda que com dificuldades e resistência até por parte de profissionais de saúde residentes, estruturar uma organização metodológica que contemplou a formação por campo e núcleo²⁶. Ressaltamos que o trabalho na RAPS de Belo Horizonte implica a distribuição de responsabilidades igualmente entre os profissionais, sem discriminação de formação^{27,28}. “A figura do ‘técnico de referência’ é importante para a organização do trabalho em saúde mental no município: qualquer profissional de nível superior, independentemente de sua formação, pode ser responsável por um caso”^{28:15}.

A respeito da relação entre preceptoria, tutoria e coordenação, alguns ex-residentes apresentaram reflexões interessantes:

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

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

Acho que preceptor tem que ser preceptor de campo, independente da categoria. E tem que ser um preceptor que tem uma apropriação da instituição em que ele está e da unidade em que ele está e de um certo contexto mais macro. Por exemplo, não ficar explicando para o

residente o que é um plantão, o que é um atendimento, não ficar só discutindo caso, mas discutir a relação desse serviço com a rede. Isso independe de categoria. (Entrevista de pesquisa, março/2019)

Ambas as residências parecem ter sustentado os importantes tensionamentos apresentados nos trechos anteriores, os quais influenciaram os encontros de aprendizagens^{15,29} e podem ter instigado construções, dentro dos limites concretos da realidade de cada um dos programas, de itinerários pedagógicos singulares^{15,29}.

Uma das construções que se espera da atenção psicossocial é a prática da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, princípios da clínica antimanicomial¹⁷. A referência de um técnico para o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental sem definição prévia de especialidade^{27,28} corrobora para a lógica coletiva e interdisciplinar do trabalho em saúde mental^{9,10}. Essa forma de referenciar o cuidado requer, além da escuta e do reconhecimento das singularidades de cada usuário, espaços cotidianos de troca e compartilhamento dos desafios assistenciais entre os profissionais, como reuniões de equipe e encontros formativos. O fato de as equipes serem compostas por diferentes profissões não é habilitação automática para a interdisciplinaridade⁹. Esta se produz no exercício coletivo da reflexão e das tomadas de decisão com relação às condutas cotidianas que repercutem no compartilhamento da atenção, no desenvolvimento do vínculo usuário-serviço e na coprodução de saberes imbricados com as práticas. É condição para esse exercício a abertura para o trabalho solidário e cooperativo.

Efeitos nas subjetividades e trajetórias dos entrevistados

Quando nos referimos aos encontros de aprendizagens que se efetivam nos programas de residência em saúde, estamos falando de um tipo de relação entre preceptores e profissionais de saúde residentes que carrega em si “as possibilidades de sacudir a instituição, de violentar o já instituído, de produzir novos sentidos para o cotidiano de cuidado”^{15:882}. Obviamente, nem todas as relações estabelecidas nesses processos de formação e de trabalho concretizam tal potencialidade, mas esses encontros possibilitam aos profissionais de saúde residentes transformações de seus saberes profissionais e de suas vidas.

As experiências que têm como base a reorganização dos processos de trabalho são potencialmente transformadoras, pois os trabalhadores, ao assumirem novas formas de produção de cuidado, também experimentam novos processos de cognição e subjetivação³⁰. Nesse sentido, as entrevistas realizadas sugerem que a experiência da residência é impregnada de possibilidades de convívio capazes de transformar as relações e as pessoas envolvidas, o que reforça o entendimento de

que a formação dos profissionais de saúde deve considerar, em complemento ao desenvolvimento de habilidades éticas e técnicas, a valorização da dimensão relacional na produção do cuidado³¹.

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

Alguns entrevistados ressaltaram que a residência oportunizou ainda um reposicionamento profissional e subjetivo frente às desigualdades sociais:

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

Acho que pra algumas pessoas a residência é um processo de desconstrução dos seus saberes. Poucas pessoas têm acesso à universidade, a maioria delas tem alguma possibilidade intelectual, financeira, econômica... [...] Então, apesar de você sair frágil, você sai muito poderoso, né? Com um diploma, curso superior... Não é todo mundo que tem curso superior, a maioria dos trabalhadores brasileiros são muito precarizados. (Entrevista de pesquisa, fevereiro/2019, grifos nossos)

Espontaneamente, os entrevistados também deram destaque para o aspecto político da formação, que, segundo eles próprios, é indissociável do trabalho e do cuidado em saúde:

A residência me deu uma concepção de política [...]. *Às vezes a gente tem que defender o óbvio... Pelo fato da rede ser muito politizada* e de entender que isso é importante para defender as coisas... de como que vai acessar, de como que vai, por exemplo, tentar reformular alguma coisa, como que vai defender o SUS, né? [...] *Eu não tinha noção nenhuma disso, fui ter na residência, na experiência na rede*. (Entrevista de pesquisa, março/2019, grifos nossos)

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

Finalmente, todos os ex-residentes consideraram que as residências em saúde mental, desde que incluam diversas especialidades e não sejam realizadas em hospitais psiquiátricos, são a melhor opção para a formação para o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. Contudo, o processo acontece

nas relações^{10,15,29-31}, e o mesmo programa que forma um profissional comprometido com o cuidado integral e em liberdade também pode formar um especialista que não está afinado com essa proposta:

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

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

Potencialidades e desafios

A partir das entrevistas, observamos que os profissionais de saúde residentes vivenciaram percursos formativos que foram mais ou menos significativos para eles próprios, de acordo com suas possibilidades afetivas e profissionais. Certamente, esses itinerários pedagógicos singulares e os encontros de aprendizagem provocaram ranhuras no desenho institucional da rede e desencadearam processos potentes de trabalho, o que reforça a importância de pesquisas sobre a interrelação entre universidades e serviços no processo de formação dos profissionais para o SUS e para a atenção psicossocial em saúde mental.

Todos os ex-residentes entrevistados apontaram como extremamente positiva a organização dos processos formativos da residência em serviços abertos e de base comunitária, sendo que a grande maioria destacou uma potencialidade maior quando as práticas eram realizadas em dispositivos que não o CAPS, como os Centros de Convivência e os Consultórios na Rua, ou ainda no próprio território. Ou seja, os espaços mais potentes da atenção psicossocial são também os espaços mais potentes para a formação nessa perspectiva de cuidado.

Os resultados desta pesquisa foram compartilhados, como forma de devolutiva, em uma reunião do Fórum Mineiro de Saúde Mental, movimento social organizado que existe desde 1998. As pessoas que participaram da pesquisa foram convidadas tanto para o momento de defesa da tese

como para a reunião do movimento social. Ambas as atividades contaram com a participação de atores envolvidos na pesquisa.

Ressaltamos, todavia, que, embora compartilhado com os diversos atores envolvidos na execução das experiências, este estudo privilegiou a perspectiva de apenas alguns atores envolvidos nas experiências: profissionais da saúde ex-residentes. Dessa forma, consideramos que pesquisas futuras possam contemplar a percepção de tutores, preceptores e outros trabalhadores envolvidos nos processos formativos desse tipo de formação. Além disso, por meio das entrevistas, tivemos a impressão de que os ex-residentes que se dispuseram a participar da pesquisa são profissionais engajados com reforma psiquiátrica antimanicomial e têm uma perspectiva crítica em relação ao trabalho realizado, o que certamente não é uma realidade universal.

É relevante destacar que, de acordo com os relatos, a falta de trabalhadores nos serviços e a precarização do trabalho em saúde restringem as atividades de cuidado no cotidiano dos serviços e podem fragilizar o processo de preceptoria na residência, impactando diretamente na formação de novos trabalhadores da saúde mental.

Sabemos que a relação do usuário com o serviço está diretamente relacionada à capacidade de vínculo e à qualidade da relação que se estabelece entre trabalhador e usuários e entre trabalhadores. Por isso, há a necessidade de investimento nas equipes, possibilitando a participação em ações de educação permanente, das quais as residências podem configurar parte, e a cogestão de seus processos de trabalho.

Referências

1. Lobosque AM. Algumas questões sobre a formação em saúde mental. In: Machado AR, Santos DC, Santos MP, Nogueira RC, organizadores. Caminhando contra o vento: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS. Belo Horizonte: ESP-MG; 2018. p. 385-396.
2. Machado C, Oliveira JM, Malvezzi E. Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2021;25. DOI: 10.1590/interface.200358.
3. 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; 2006.
4. Pires RR, Soares CA, Silva VTBL, Caetano NDC, Cabral FMAL, Sousa MJN, Alencar AB. Formação para o cuidado em liberdade: reflexões sobre uma residência multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. Saúde em Redes [Internet]. 2019;5:181-190. DOI: 10.18310/2446-4813.2019v5n1p181-190.
5. Onocko-Campos R, Emerich BF, Ricci EC. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2019;23. DOI: 10.1590/interface.170813.
6. Lima ICBF. Residências multiprofissionais em saúde mental na Região Metropolitana de Belo Horizonte: articulações com a perspectiva da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira. [dissertação]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.172p.

7. Lima ICBF, Passos ICF. Perspectivas de ex-residentes sobre a formação para o trabalho em saúde mental. REFACS [Internet]. 2021;9(Supl. 2):699-713. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i0.5653>
8. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
9. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.
10. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. A instituição inventada. In: Nicácio F, organizadora. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 89-100.
11. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior, Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução n. 1, de 21 de julho de 2015. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional. Diário Oficial da União. 2015;138:16.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. Moré CLOO. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. Florianópolis: UFSC; 2015.
14. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União. 2007;10.
15. Dallegrave D, Ceccim RB. Encontros de aprendizagem e projetos pedagógicos singulares nas residências em Saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2018;22:877-887. DOI: 10.1590/1807-57622017.0020.
16. Vasconcelos APSM, Vieira SB. Aprender em serviço. In: Ceccim RB, Dallegrave D, Amorim ASL, Portes VM, Amaral BP, organizadores. EnSiQlopédia das residências em saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2018. p. 13-14. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude>
17. Lobosque AM. Princípios para uma clínica antimanicomial. São Paulo: Hucitec; 1997.
18. Melicio TBL, Alvarez APE, organizadores. Centro de convivência: arte, cultura e trabalho potencializando a vida. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro; 2021. Disponível em: http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2021/12/centros_convivencia.pdf
19. Bottega CG, Castro TCM. Cuidado. In: Ceccim RB, Dallegrave D, Amorim ASL, Portes VM, Amaral BP, organizadores. EnSiQlopédia das residências em saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2018. p. 56-60. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude>
20. Oliveira JAM, Passos E. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial. Revista Polis e Psique [Internet]. 2013;2:171. DOI: 10.22456/2238-152x.40326.
21. Barboza MAG. Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental e as redes sociais dos usuários: estudo de caso em um município mineiro [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.
22. Merhy EE. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: Franco TB, Merhy EE, editores. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 172-182.
23. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2005.
24. Marques MGN. Desafios para a atuação de preceptores em um Programa de Residência Integrada em Saúde Mental [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2022.

25. Almeida DT, Marques MGN. Desafios da formação para o trabalho em saúde mental. In: Almeida DT, Nogueira MTG, organizadores. *Attraversiamo: saberes e experiências sobre o trabalho em saúde mental*. Belo Horizonte: Instituto DH; 2018. p. 105-114.
26. Sousa Campos GW. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura* [Internet]. 2007;3. DOI: 10.5216/sec.v3i1.456.
27. Nilo K, Moraes MAB, Guimarães MBL, Vasconcelos ME, Nogueira MTG, Abou-Yd M, organizadoras. *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2008.
28. Lima ICBF, Passos ICF. Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo. *Trabalho, educação e saúde* [Internet]. 2019;17(2):e0020940. DOI: doi.org/10.1590/1981-7746-sol00209
29. Dallegrave D, Ceccim RB. Encontros de aprendizagem. In: Ceccim RB, Dallegrave D, Amorim ASL, Portes VM, Amaral BP, organizadores. *EnSiQlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2018. p. 84-85. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude>
30. Franco TB, Merhy EE, editores. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.
31. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. *Práxis e formação paidéia: apoio e co-gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.

Como citar: Lima ICBF, Barboza MAG, Passos ICF. Potencialidades e desafios da formação em programas de residência em saúde mental realizados integralmente em serviços abertos e de base comunitária. *Saúde em Redes*. 2023;9(1). DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n1.3820

Submissão: 01/07/2022

Aceite: 11/04/2023