

Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo

Multiprofessional Residency in Mental Health: a theoretical framework
for professional education (abstract: p. 13)

Residencia Multiprofesional en Salud Mental: soporte teórico para la trayectoria
formativa (resumen: p. 13)

Rosana Onocko-Campos^(a)

<rosanaoc@mpc.com.br> 

Bruno Ferrari Emerich^(b)

<brunofemerich@gmail.com> 

Ellen Cristina Ricci^(c)

<ellenricci@gmail.com> 

^(a, b, c) Departamento de Saúde Coletiva,
Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade Estadual de Campinas.
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126,
Cidade Universitária. Campinas, SP,
Brasil. 13083-887.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental são modalidades de formação que investem na qualificação de profissionais para a atuação no campo da Saúde Pública brasileira, sobretudo em equipamentos de saúde mental, por meio de práticas supervisionadas e de ofertas teóricas. Em que pese a expansão de ofertas de vagas em anos recentes, ainda são escassas as produções que abordam o arcabouço teórico e pedagógico que embasa essa modalidade formativa. Este artigo tem por objetivo apresentar e discutir o suporte teórico e metodológico que sustenta o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade de Campinas (Unicamp), a saber: Itinerários de Formação, Supervisão, Seminários Clínicos, Fórum R1-R2, Controle Social e Articulação Ensino-Serviço. Apostamos na formação mediada por diferentes estratégias, condizentes com os pressupostos clínicos, éticos e políticos que orientam as práticas profissionais na rede pública de Saúde Mental.

Palavras-chave: Residência não médica. Saúde mental. Educação permanente. Residência em saúde.

Introdução

As Residências Multiprofissionais em Saúde são cursos de pós-graduação *lato sensu* que têm por objetivo qualificar a formação de profissionais para a atuação nos campos da Saúde Pública brasileira¹, sobretudo por meio das práticas supervisionadas em serviços. São modalidades de formação que vêm sendo apoiadas pelo Ministério da Saúde desde 2002², mas que se inserem no bojo de um percurso histórico de investimentos, discussões, pactuações e formalizações anteriores a esse período.

Os Programas de Residência, pelas definições do Ministério da Educação, devem estar vinculados à Universidades ou outras instâncias formativas. Tal vinculação pode trazer a potência de formação pelas Universidades ou instâncias, que, por vezes, têm acumulado background e conhecimento acerca de educação em serviço, porém deve trazer também consigo um alerta para que o processo formativo esteja atento à não (re) produção de mão de obra para o trabalho dos serviços/instâncias, quando residentes são chamados a “tapar buraco” ou a cumprir atribuições que, muitas vezes, não são inerentes a seu papel.

Enquanto estratégias de Educação Permanente³ devem sustentar a formação a partir das realidades concretas em que os profissionais atuam, contribuindo para a construção e transformação dos cenários de práticas, ao mesmo tempo em que provocam a construção de uma práxis em saúde⁴, baseada na sua atuação cotidiana e nas necessidades dos serviços e dos usuários. Busca-se, assim, a legitimação do conhecimento que é produzido nos territórios de práticas pelos diferentes atores, valorizando-se a interface entre ensino e serviço, na aposta da experimentação da coprodução de sujeitos e coletivos⁵.

Uma das modalidades de Residência Multiprofissional é em Saúde Mental (RMSM). O número de vagas nessa modalidade tem sido crescente. Até 2010, existiam apenas seis vagas, em um único estado, havendo importante aumento de ofertas nos anos de 2013 (95 vagas), 2014 (68 vagas) e 2015 (54 vagas). Atualmente, são trezentas vagas em 29 Programas, distribuídas por 21 cidades em dez estados brasileiros^(d).

São poucos os trabalhos que realizam discussão aprofundada sobre as bases teóricas que dariam sustentação aos Programas de Saúde Mental, com as especificidades que abarcam essa formação⁶⁻⁸. Também é escassa a literatura que descreve e fundamenta as bases do processo organizativo dessa formação⁹.

A maioria das publicações, ainda que muito interessantes, aborda relatos de experiências pontuais, de experimentação e de desafios na clínica e na estruturação de redes de atenção a usuários¹⁰⁻¹³.

A formação acadêmica dos cursos de saúde tradicionalmente tem se dado de forma fragmentada e especializada no contexto brasileiro¹⁴. Furtado¹⁵ aponta para a importância da interdisciplinaridade na gestão do processo de trabalho, considerando a vertente epistemológica que norteia os diferentes saberes, uma vez que permite:

[...] uma mediação possível entre saberes e competências e garante a convivência criativa com as diferenças. Além da função de mediador, o conceito de interdisciplinaridade vem apontar a insuficiência dos diversos campos disciplinares, abrindo caminhos e legitimando o tráfego de sujeitos concretos e de conceitos e métodos entre as diferentes áreas do conhecimento”. (p.245)

^(d) Dados informados pelo Ministério da Saúde, via e-SIC (Nº 2368225), em novembro de 2017. Nota Técnica Nº 42- SEI/2017 - CGEAP/ DEPREPS/SGTES/MS.

Superar a encomenda “Multiprofissional” explícita no nome das Residências, rumo à lógica de trabalho Interdisciplinar, exige do Programa: o reconhecimento da identidade profissional e especificidades de cada núcleo de formação, com um tempo e espaço para as experimentações de seus limites; reconhecimento dos Campos de competência¹⁶ e criação singular de trânsito entre ambos, para cada residente, sobretudo se considerarmos a complexidade da clínica e da gestão dos processos de trabalho na saúde mental no contexto das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e do cuidado em território.

Este artigo tem por objetivo apresentar e discutir aportes teóricos e metodológicos que dão suporte ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP, influenciada por mais de vinte anos de experiência continuada. A metodologia discutida tem sido balizadora e sustentadora da formação no referido Programa, e apostamos que pode se colocar como oferta para outras Residências e outros processos formativos.

O percurso do Programa

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP teve início em 2012, influenciado pelo arcabouço formativo dos Programas de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e em Política, Planejamento e Gestão, que funcionaram por duas décadas na mesma rede de serviços de saúde, e que a Residência veio substituir.

A constituição da Residência permitiu qualificar a formação até então em curso, pela expansão da carga horária semanal para sessenta horas e pela extensão da duração para dois anos.

O Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas tem uma construção histórica junto à Rede de Saúde Mental da cidade de Campinas/SP em processos de Educação Permanente, sendo que parte dos trabalhadores e dos gestores da RAPS do referido município é composta por egressos dos Programas de Aprimoramento e da Residência, assim como tem sido incorporada às redes de saúde de outras cidades, tanto na assistência quanto na gestão, além de integrar o corpo docente de diversas universidades públicas e privadas.

A parceria com a Prefeitura Municipal e com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira sustenta essa aposta. Ambas as instâncias têm investido em estratégias cogestivas de formação e estão ligadas à gestão de serviços de Saúde Mental que são campo da Residência. Contínuas pactuações e avaliações são realizadas de forma compartilhada, com vistas à qualificação do Programa.

Temos entendido a Residência como um processo de formação que investe na construção de sentidos para as experiências vividas pelos estudantes em campo, com desdobramentos em relação aos serviços, uma vez que o olhar e a atuação estrangeira às unidades traz consigo “potencial questionador e problematizador quase inerente à condição de um agente que se insere no espaço social em uma posição de aprendiz participativo”¹⁷ (p.25).

O Programa tem por objetivos: propiciar a formação de profissionais engajados na construção de estratégias de cuidado e de modos de atuação profissional que estejam em consonância com os balizamentos éticos e políticos do Sistema Único

de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica Brasileira; qualificar os residentes para desenvolverem intervenções clínicas e de gestão nas ações em saúde, assim como para a leitura e compreensão dos aspectos institucionais inerentes às práticas e aos serviços; e contribuir para o fortalecimento de serviços e ações pautados pela lógica da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), a partir da relação ensino-serviço e da formação de trabalhadores para o SUS. Anualmente, integram a Residência trinta residentes (15 R1 e 15 R2), dentre psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e fonoaudiólogos.

A maior parte da carga horária dos residentes se dá nos campos de estágio: 45 horas semanais em atividades práticas e teórico-práticas. Nesses espaços, muitas questões atravessam os residentes: a construção identitária de lugares a serem ocupados (é trabalhador ou é estudante?), o intenso contato com a loucura em contextos muitas vezes vulneráveis e com relações institucionais que produzem maiores ou menores graus de mal-estar, o que leva à adoção de defesas; muitas vezes, a residência é o início da atuação como profissional formado, com os consequentes receios e inseguranças⁷.

Semanalmente, também são ofertadas 15 horas de atividades teóricas (disciplinas teóricas, supervisões grupais e individuais, horários disponíveis para leitura de referências bibliográficas) para o aprofundamento de linhas de ação clínica, de gestão e institucional.

Para isso tudo acontecer, é necessário possuir estratégias claras e conceituações teóricas que possam funcionar como suporte para a formação dos residentes, que serão apresentadas e discutidas na sequência, com a expectativa de contribuir para o enriquecimento dessa discussão no contexto brasileiro.

O suporte subjetivo para a formação

I- Itinerários de formação e experiência

Para Jean Oury, um processo de formação implica sempre uma alteração de estratos da personalidade. Estar aberto para essa mudança requer cuidados e suportes especiais se se quer estimular uma sensibilidade trabalhada e “aberta ao inédito”¹⁸.

A construção, por cada residente, de um Itinerário de Formação a ser compartilhado com os colegas no início da Residência tem sido um dos dispositivos primordiais da reflexão sobre si mesmo de que nos valemos. Assim, logo na chegada, convidamos cada residente a refletir e escrever sobre aspectos de sua formação pessoal que considera que o influenciaram a escolher a Saúde Mental. Tanto questões dos percursos acadêmicos de cada um como aspectos pessoais são trazidos à tona e refletidos. Em momentos que costumam ser carregados de afeto e emoções, esses itinerários são compartilhados com o grupo de supervisão. Essa discussão de Itinerários aposta no caráter formativo que a experiência traz quando significada, e contribui também para construir confiança e liga entre os membros do grupo.

Esses Itinerários serão também o marco do processo de escolha do local de estágio, processo subsidiado por visitas a campo para conhecer os serviços e por uma negociação grupal dessas escolhas. Os residentes permanecem um ano todo no mesmo serviço, e valemo-nos deste processo de negociação-escolha para alimentar reflexões e fortalecê-los nos momentos difíceis do estágio.

Ao longo do curso da residência, esses Itinerários são retomados ao menos três vezes, ganhando sempre em reflexividade e aprofundando o autoconhecimento de cada um. A última retomada acontece pouco antes do final do R2, fechando, assim, um ciclo de dois anos de formação-reflexão.

II- Supervisão

Na nossa concepção de supervisão, ela torna-se a âncora e sustentação da proposta acima apresentada. A função supervisão tem sido clássica na formação de psicanalistas, mas requer reformulações para ser aplicada ao campo da formação em saúde mental. Temos trabalhado articulando o espaço supervisão como um lugar de cuidado e de transmissão de um certo saber¹⁹.

Para isso poder acontecer, alguns cuidados devem ser tomados com a constituição da grupalidade entre os residentes e com o setting. As supervisões semanais acontecem durante quatro horas e os residentes se organizam por ano de residência. A construção dos Itinerários – como já comentado – é um primeiro passo no sentido de se construir essa grupalidade, assim como algumas regras e contratos do setting: respeito pelo horário, sigilo, restituição. São questões que apresentamos no primeiro dia e que se retomam a cada percalço para reconstrução.

No espaço de supervisão:

Tomamos sempre a clínica como analisador e defendemos que toda clínica é institucional. Nossa clínica ampliada (Campos, 2003) não nega as técnicas da clínica *strictu sensu*, mas as incorpora em um conjunto mais amplo de ações, entrelaçando clínica e política, tratamento, organização institucional, gestão e subjetividade¹⁹. (p.156)

Assim, semanalmente, os relatos que os residentes trazem são recheados de anedotas, emoções e descrições de cenas dos serviços, e, também, de casos e seus problemas de manejo e acompanhamento. Amiúde, centram-se nas dificuldades da vida institucional, mas, fundamentalmente, no desafio de atravessá-las quando se está em formação e quando a confiança na própria competência técnica ainda está em construção.

Apostamos que por meio deste dispositivo:

Uma zona híbrida pode ser habitada pelos residentes: têm responsabilidades clínicas e compromisso, por outro lado, não respondem formalmente às linhas de poder instituídas como trabalhadores contratados. Se, por um lado, é necessário cuidado para que o residente não se torne mais um trabalhador ou executor de tarefas, por outro, a partir de posicionamentos e de leituras que faz acerca das relações institucionais, ele pode fomentar a transformação do cenário de práticas. Pensamos que esse paradoxo do residente (ser e não ser ao mesmo tempo) deve ser tolerado e suportado, tal qual o objeto transicional Winnicottiano (1999), para o processo formativo dos sujeitos, rumo à individuação⁷. (p. 100)

III- Seminários clínicos

A discussão de casos está nos primórdios do ensino das profissões da área da saúde. O caso – na psicanálise – funda a teoria. O caso organiza as reflexões e ajuda a selecionar que tipo de material teórico aprofundar.

Na área de Saúde Mental, há farta tradição que destaca o papel heurístico e didático da construção do caso clínico^{20,21}.

Na RMSM existe o desafio de incluir, nessa construção, referenciais dos vários núcleos profissionais e conteúdos disciplinares diversos. O momento da discussão clínica tem sido um espaço privilegiado para tornar acessíveis, ao Campo de formação, alguns conteúdos específicos da psicanálise, inclusive as pistas de manejo e os alertas sobre o posicionamento ético dos residentes. Apesar de não almejarmos formar psicanalistas, consideramos os conceitos fundamentais da psicanálise uma contribuição para a configuração do Campo¹⁶ de intervenção da Saúde Mental. Esses aportes contribuem também para a formação dos residentes enquanto balizamentos éticos ao tensionar a premência – muitas vezes trazidas pelo campo empírico – para “atuar” que poderia descambar para abordagens pedagógicas e de controle / adaptação dos sujeitos que sofrem.

Permeia sempre nossas discussões a tentativa de se produzir uma compreensão ampliada do contexto de intervenção, analisando-se, ao mesmo tempo, as questões intrapsíquicas, do contexto de vida e do tratamento que nos permitem caracterizar uma clínica viva, ampliada e que contribua para a coconstrução de sujeitos e coletivos. Comprometidos com o rumo da vida nos serviços, frequentemente, nesses seminários, apontam-se questões para o residente em formação; pistas de manejo/ escuta do sujeito e devolutivas/intervenções para as equipes dos serviços em que estagiamos.

Os casos são escritos por quem os apresenta. Antes do Seminário, é disponibilizado um texto teórico que dialoga com a problemática, e, após discussão, o caso é reescrito e direcionado à equipe que acompanha o usuário em questão.

IV- Fórum R1 - R2

Nestes cinco anos de experiência como Residência, mantivemos o diálogo e a coconstrução do processo formativo com nossas turmas. Há um convite à experimentação do processo formativo, ao mesmo tempo em que o Programa também se transforma. Reconhecemos e convidamos nossos residentes para o exercício de uma autonomia relativa, desenvolvendo formas de controle e escolha sobre seu trabalho segundo as perspectivas do grupo²².

O espaço do Fórum R1 - R2 é composto por todos os residentes do primeiro e do segundo ano, conjuntamente com a coordenadora do programa e com os dois supervisores. O Fórum funciona há quase dois anos com frequência mensal, em reuniões de duas horas, em que os participantes elencam temas e pautas pertinentes à vivência dos residentes tanto no campo como com o Programa, e que são de interesse do coletivo.

Um tema amplamente discutido e transformado foi o conteúdo das disciplinas teóricas, com avanços em relação à bibliografia e aos professores convidados. O grupo trabalhou em conjunto para rever ementas, bibliografia e temas atuais da saúde mental, unindo a experiência em campo dos residentes ao arcabouço teórico que a universidade

pode oferecer. Além disso, os trabalhos finais das disciplinas foram estruturados para refletirem o que daquele conteúdo teórico pode ser aplicado na realidade do campo de cada residente ao longo dos semestres.

Nosso trabalho com o Fórum R1-R2 constitui um laboratório, no qual é possível mostrar e vivenciar certos arranjos organizacionais e cogestivos. Onocko Campos e Campos²² ressaltam a importância de mantermos esforços para combinar graus de autonomia dos profissionais, com definição explícita de responsabilidades, fazendo planejamento, avaliações eventuais e contratos de metas com a participação de todos.

Uma outra pauta que se faz presente nos finais de ano é a avaliação dos campos de práticas como espaços de formação e a análise de arranjos possíveis para ampliar as parcerias. Com a reflexão, percebemos que alguns campos deveriam ser ofertados no segundo ano da residência, dada a complexidade da clínica e a exposição a situações de maior complexidade que exigiam maior repertório para manejos clínicos. Além disso, também percebemos que, em alguns campos, seria interessante a inserção de uma dupla de residentes, tanto pela oferta dos serviços como pelo contexto político-institucional, que tornava o campo mais complexo para a atuação de um único residente.

Na gestão, na clínica e nas práticas educacionais, faz-se necessário poder lidar com opiniões divergentes em diferentes graus de poder contratual, sendo necessário fazer escolhas para definir, dialogicamente, prioridades e relevância, ainda que provisórias²³.

Nos últimos encontros do Fórum no de 2017, aprofundamos a análise de qual deveria ser a nossa inserção nos campos de Controle Social, qual a função disso na formação e quais seriam os lugares históricos e ativos da cidade para tal. Contamos com convidados militantes da Luta Antimanicomial e do SUS, em momento no qual refletimos sobre a importância e protagonismo dos residentes nos espaços políticos. Redefinimos as inserções, sendo construção do coletivo os locais onde o Programa iria atuar, mas com a escolha pessoal de cada residente sobre em qual espaço iria desempenhar suas atividades em relação ao controle social.

Cunha e Campos²³ reforçam que a coprodução propõe ao sujeito, sob tensão de diversas forças, apostar no movimento e na possibilidade de transformação. Apostar na interpenetração das instituições e espaços coletivos, não somente pelo seu aspecto negativo, mas também pelo seu aspecto positivo: espaços de produção de subjetividade passíveis de transformação e de criação de instrumentos para realização de desejos coletivos.

Assim, o que queremos com essa oferta real de vivência e de cogestão de coletivos é que os alunos possam sustentar outros espaços democráticos nas suas práticas.

V- Controle social

A lei Nº 8.142 convoca à participação da comunidade na gestão SUS²⁴, tendo, no Controle Social, uma diretriz importante para a participação de trabalhadores e usuários na gestão e fiscalização dos serviços de saúde. O usuário tem direito a voz e voto, e pode abrir o diálogo com profissionais, gestores e outros usuários em relação: à qualidade da assistência, às diferenças de pontos de vista sobre o território, ao direcionamento das práticas de saúde, às políticas de saúde vigentes para aquela região, e ao acompanhamento clínico ou terapêutico realizado nas unidades²⁵.

Nossa Residência investe horas de campo como práticas formativas em Controle Social em três instâncias do município: O Conselho Municipal de Saúde (CMS), o Fórum da Luta Antimanicomial e a Associação de Usuários AFLORE.

Os residentes escolhem entre uma das três e participam das reuniões e atividades propostas por estes espaços ao longo do ano. Os encontros e reuniões acontecem no período noturno, e a frequência pode ser quinzenal ou mensal, a depender das agendas e pautas de cada instância. Temos, como pressuposto, que o residente seja uma articulador nos campos em que atua, como agente polinizador de práticas de controle social, estimulando e favorecendo a participação de usuários e trabalhadores da rede.

Sempre que possível essas experiências são refletidas e trabalhadas no espaço de supervisão. Pretendemos, com este eixo formativo, fortalecer, em nossos residentes, o compromisso com o Controle Social e com as políticas públicas no país.

VI- Relação ensino-serviço: articulação da residência com os campos de formação

A relação ensino-serviço é um dos alicerces da proposta da residência. Procuramos, na estrutura do Programa, sustentar espaços de cogestão com as instituições e serviços que têm ofertado campos de estágio. Em que pese a responsabilidade da Universidade e dos equipamentos do SUS³, pela formação de trabalhadores, entendemos que as relações institucionais sempre são atravessadas por diferentes histórias, inscrições e modos de funcionar, o que torna fundamental a construção de contratos (quando não possível, a de consensos) para que a relação traga sentidos e ganhos para os diferentes participantes.

Também, tal qual na composição do Fórum R1 - R2, entendemos que a estratégia cogestiva qualifica o programa, corresponsabiliza todos os grupos de interesse e está em consonância com a aposta metodológico-pedagógica que vimos sustentando.

No início de cada ano, são construídos contratos de trabalho com as instâncias responsáveis pela formação (Prefeitura Municipal e Cândido Ferreira), o que se estende a conversas diretas com os gestores e equipes das unidades, seja em serviços específicos, seja em espaços colegiados já existentes.

No meio e no final do ano, acontecem encontros avaliativos, com presença da Coordenadora e Supervisores do Programa, Residente, Preceptor e Coordenador da unidade, o que é feito por cada residente-unidade. Entendemos a avaliação pelo viés participativo, formativo, construtivo e de indução de práticas²⁶, de modo que o encontro no meio do ano tem por função avaliar a inserção do residente no serviço até então, considerando os objetivos do Programa e os Itinerários de Formação de cada um.

Trata-se de um momento de análise acerca de conquistas ou de impasses vividos, que ajuda a nortear a continuidade do ano. No final do ano, novamente esse momento ocorre, de modo a pensar o processo como um todo.

Figuras centrais na formação dos residentes, os preceptores devem estar vinculados à instituição formadora ou executora, ter formação mínima de especialista, e têm por função a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços onde se desenvolve o programa²⁷.

Poucos são os trabalhos que discutem a preceptoria de Residência Multiprofissional em Saúde, sendo a maior parte desses de programas em Saúde da Família. Nossa busca não identificou nenhum, especificamente, de programas em Saúde Mental. Dos publicados, chamamos a atenção para os que apontam: a falta de clareza acerca do papel do preceptor, a função de interlocução entre ensino e serviço, e a maior segurança no exercício da função quando esses profissionais já experimentaram o lugar de residentes²⁸. Outros apontam a importância de a preceptoria partir da aprendizagem significativa por meio da problematização no/do território, desenvolvendo competências²⁹.

Temos trabalhado com a perspectiva de que o exercício da preceptoria é uma função³⁰ de suporte pedagógico à formação, via disponibilidade para acolher as dúvidas e demandas dos residentes, construindo em conjunto estratégias para lidar com as questões do cotidiano do trabalho e da clínica da saúde mental. Somam-se a isso: ofertas teóricas relativas à atuação, discussões acerca de dimensões da gestão do processo de trabalho e do funcionamento institucional, e discussões acerca das Políticas Públicas de Saúde e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Não é esperado que o preceptor tenha resposta para todas as questões dos residentes, nem que, necessariamente, partilhe dos mesmos pressupostos teóricos deles, mas, sim, que aceite a aventura de participar das descobertas, ora acolhendo, ora ofertando, ora formulando perguntas conjuntamente⁹. (p.23)

À medida das possibilidades dos serviços e do interesse dos trabalhadores, temos sustentado a escolha dos preceptores pelos residentes, respeitando a necessidade de serem do mesmo núcleo de formação. Entendemos que isso leva em consideração a identificação com o preceptor a partir de modos de atuação no núcleo e contribui para a construção da identidade profissional, o que, em muito, potencializa a experimentação por parte dos residentes. Também, convoca os residentes a se implicarem na escolha, responsabilizando-se pelo cuidado da relação.

Conclusões

A transição do tratamento asilar para os cuidados na comunidade traz, em seu bojo, o aumento da complexidade das ações a serem realizadas pelos profissionais, incluindo: a ampliação e pluralidade da clínica, o protagonismo e a corresponsabilização pela gestão do processo de trabalho. É necessário investimento nas relações que se produzem nos territórios onde os serviços se localizam e onde os usuários habitam e constroem marcas sociais, culturais e políticas.

Nesse cenário, é mister construir estratégias de formação que estejam sensíveis a tais aspectos, convocando os futuros trabalhadores para ampliar o repertório de leituras desses processos, assim como para a construção de estratégias para lidar com os impasses.

Experimentar estratégias longitudinais e coletivas, a partir das singularidades que ali comparecem, implica os estudantes em seus processos formativos e os convida para se aproximarem das ofertas que proporão aos usuários, por meio de arranjos e dispositivos no cotidiano de trabalho³⁰.

Apostamos que Programas de Residência em Saúde Mental devem estruturar-se pedagogicamente para acolher as necessidades que se colocam em cena, sob o risco de perpetuarem a distância – muitas vezes profunda – entre ensino-serviço, fragilizando a atuação (e a saúde mental) dos trabalhadores e colocando em risco a qualidade da assistência aos usuários, que, mais uma vez, experimentariam o lugar de exclusão por políticas públicas pouco sensíveis a suas histórias. Também, os Programas devem estar atentos para não serem cooptados pelo cotidiano de precarização do trabalho e desinvestimento público em relação à sustentação das ações em saúde, que seriam então supridas pelo residente como mão de obra.

A ênfase no aprendizado como transformação de si, suportado pelo recurso aos Itinerários de Formação e por um arcabouço de cogestão, tem se mostrado competente para a formação de profissionais com boa inserção na rede pública de serviços: 86% de nossos egressos trabalham na rede pública ou são bem-sucedidos em concursos da área.

A construção de uma tessitura forte de ensino-serviço tem se mostrado também fundamental e requer o investimento de muito tempo e delicadeza para superar os empecilhos que a pressa do dia a dia coloca ao ensino, à gestão e à clínica.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito

Agradecimentos

Agradecemos a todos que participam ou participaram da construção e sustentação da proposta aqui apresentada e que ajudam cotidianamente no suporte à formação de novos trabalhadores pelo SUS e para o SUS: turmas de residentes da RMSM da Unicamp, preceptores e demais trabalhadores e gestores.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 11.129, de 30 de Junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de Maio de 2003, e 10.429, de 24 de Abril de 2002; e dá outras providências. Brasília; 2005.
2. Ministério da Saúde (BR). Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.



3. Presidência da República (BR). Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação eo desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília; 2004.
4. Sousa Campos GW. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2337-44.
5. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2010.
6. Nunes MO, Torrenté M, Prates A. O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em Saúde Mental. Salvador: EDUFBA; 2015.
7. Emerich BF, Onocko-Campos RT. Formação de trabalhadores para a saúde mental: a experiência da residencia multiprofissional no projeto percursos formartivos em desinstitucionalização. In: Rosa SD, Vasconcelos EMA, Rosa-Castro RM. Formação em saúde mental: experiências, desafios e contribuições da residencia multiprofissional em saúde. Curitiba: CRV; 2016. p. 91-106.
8. Coelho TÁD, Nunes MO, Barreto SMG. Residência em saúde mental: educando trabalhadores para a atenção psicossocia Salvador: EDUFBA; 2017.
9. Emerich BF, Onocko-Campos RT, Ricci EC, Benetti ÂS. Manual do programa de residência multiprofissional em saúde mental. Campinas: UnicampBFCM; 2017.
10. Jesus ML, Araujo D. Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia. *Psicol Teor Prat*. 2011; 13(3):67-80.
11. Marques DM, Ricci EC, Trapé TL, Onocko-Campos RT, Emerich BF. A dimensão do rádio no campo da saúde mental: a experiência da rádio ondas mentais online. *Cad Bras Saude Ment*. 2016; 8(20):104-17.
12. Cordone NG, Ricci EC, Onocko-Campos RT, Emerich BF, Barberio MC. Oficina de teatro em um centro de convivência: Uma vivência de diálogo sobre questões sociais e empoderamento de crianças. *Cad Bras Saude Ment*. 2016; 8(18):146-56.
13. Rosa SD, Vasconcelos EMA, Rosa-Castro RM. Formação em saúde mental: experiências, desafios e contribuições da residencia multiprofissional em saúde. Curitiba: CRV; 2016.
14. Campos FE, Aguiar RAT, Belisário SA. A formação superior dos profissionais da saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha C, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 885-910.
15. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):239-55.
16. Sousa Campos GW. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cienc Saude Colet*. 2000; 5(2):219-30.
17. Nunes MO. Refletindo sobre a prática de uma residência multiprofissional em saúde mental - produções epistemológicas e pedagógicas. In: Nunes MO, Torrenté M, Prates A. O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental. Salvador: EDUFBA; 2015. p. 17-48.
18. Oury J. Itinerários de formação. *Rev Prat*. 1991; (1):42-50.



19. Onocko-Campos RT. Sejamos heterogêneos: contribuições para o exercício da supervisão clínico-institucional em saúde mental. In: Onocko-Campos RT. *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 148-72.
20. Nasio JD. *Que é um caso*. In: Nasio JD. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001. p. 9-32.
21. Figueiredo AC. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2004; 7(1):75-86.
22. Onocko-Campos RT, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-88.
23. Cunha GT, Sousa Campos GW. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org Demo*. 2010; 11(1):31-46.
24. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
25. Presotto RF. *Participação de usuários de serviços de saúde mental em pesquisas: um olhar a partir dos conceitos de empowerment e recovery [dissertação]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013.
26. Onocko-Campos RT, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Lima e Silva Surjus L. Indicadores para avaliação dos centros de atenção psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saude Debate*. 2017; 41(esp):71-83.
27. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de Abril de 2012. *Diário Oficial da União*. 16 Abr 2012; Sec 1, p. 24-5.
28. Autonomo FRO, Hortale VA, Santos GB, Botti SHO. A Preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária—Análise das Publicações Brasileiras. *Rev Bras Educ Med*. 2015; 39(2):316-27.
29. Pagni R, Andrade OM. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saude Soc*. 2012; 21 Supl 1:94-106.
30. Onocko-Campos RT. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos G. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 122-49.



Multiprofessional residency programs in mental health are modalities of education that invest in the training of professionals to work in the field of Brazilian public healthcare. Above all, this includes insertion in mental health facilities, through supervised practices and theoretical classes. Considering the expansion of openings in this modality of training in recent years, there is still a shortage of literature that addresses the theoretical and pedagogical framework that supports this training format. The objective of the present article was to present and discuss the theoretical and methodological framework behind the multiprofessional residency program in mental health of the University of Campinas (UNICAMP), namely: Educational Itineraries, Supervision, Clinical Seminars, Forum R1-R2, Social Control, and the Teaching-Service connection. The results show that professional training is mediated by different strategies, in accordance with the clinical, ethical and political assumptions that guide the professional practices in the public mental health network.

Keywords: Non-medical residency. Mental health. Ongoing education. Health residency.

Los programas de residencia multiprofesional en salud mental son modalidades de formación que invierten en la calificación de profesionales para la actuación en el campo de la salud pública brasileña, principalmente en equipos de salud mental, por medio de prácticas supervisadas y de ofertas teóricas. A pesar de la expansión de oferta de plazas en años recientes, todavía son escasas las producciones que abordan la estructura teórica y pedagógica que sirve de base a esa modalidad formativa. El objetivo de este artículo es presentar y discutir el soporte teórico y metodológico que sostiene el Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Mental de UNICAMP, es decir: Itinerarios de formación, supervisión, seminarios clínicos, fórum R1-R2, control social y articulación enseñanza-servicio. Apostamos por la formación mediada por diferentes estrategias, adecuadas a las presuposiciones clínicas, éticas y políticas que orientan las prácticas profesionales en la red pública de salud mental.

Palabras clave: Residencia no médica. Salud mental. Educación permanente. Residencia en salud.

Submetido em 09/11/17.

Aprovado em 03/05/18.