



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

RESIDÊNCIAS INTEGRADAS EM SAÚDE MENTAL: PARA ALÉM DO TECNICISMO

INTEGRATED RESIDENCIES IN MENTAL HEALTH: BEYOND TECHNICISM

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

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

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

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

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

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



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

Introdução

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

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

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

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

Apesar da formalização da rede de cuidados por dispositivos legais, os desafios são vastos, sobretudo pela existência de um descompasso entre os

avanços alcançados nas últimas décadas e os processos de formação em saúde mental (Amarante, 2015; Ceccim e Feuerwerker, 2004; Lobosque, 2012). A efetivação da integralidade no cuidado em saúde, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe, mobiliza diversos atores desde o início do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, são recentes no Brasil os debates e as práticas apoiadas na educação interprofissional (Costa, 2016; Furtado, 2011).

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

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

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

Neste artigo, discutimos a experiência de um programa de residências integradas em saúde mental em curso na cidade de Belo Horizonte. Este trabalho é um desdobramento de pesquisa em desenvolvimento desde 2015, cujos primeiros resultados foram apresentados em dissertação de mestrado (Lima, 2016) e que continuamos a aprofundar no doutorado. Privilegiaremos o Programa de Residências Integradas em Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, em parceria com a Uni-

versidade Federal de Ouro Preto (RISM PBH/UFOP), que acontece desde 2012 na capital mineira. Esta escolha deve-se ao fato de o programa ser pioneiro, no estado, em propor uma efetiva integração da residência multiprofissional em saúde mental com a residência médica em psiquiatria, indo além do desenvolvimento de atividades pontuais em comum. Interessa-nos como experiência mais radical no fomento da interprofissionalidade e das práticas colaborativas, essenciais para o aprimoramento do processo de desinstitucionalização e de cuidado em saúde mental.

Estratégia metodológica

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

Na análise do documento, utilizamos a técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 2016; Minayo, 2010), considerando as qualidades de homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade das informações contidas (Bardin, 2016). Para a elaboração do título conceitual de cada categoria temática, consideramos a política pública de saúde mental, sobretudo a portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2011). Esta política fundamenta o documento oficial do programa e está vinculada ao contexto da reforma psiquiátrica brasileira, campo no qual pautamos nossa discussão. Ainda que os temas apresentados se entrelacem a todo momento, observamos a orientação de Bardin (2016) no sentido de se evitar ambiguidades na organização dos dados. Dessa forma, procedemos com reagrupamentos temáticos, estabelecendo três temas amplos ao final da análise: Perspectiva teórico-pedagógica; Diversificação das estratégias de cuidado; Trabalho multiprofissional na lógica interdisciplinar.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 56054316.1.0000.5149).

O Programa de Residências Integradas em Saúde Mental PBH/UFOP

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

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

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

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

e outras drogas (CERSAM-AD) e para o público infantojuvenil (CERSAMi), e também pelos Centros de Convivência, pelas Residências Terapêuticas e pelas Unidades Básicas de Saúde.

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

Perspectiva teórico-pedagógica

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

Devido às exigências ministeriais para abertura de programas e concessão de bolsas, todos os programas precisam apresentar em seus PPPs uma vinculação explícita com a política pública de saúde brasileira. Assim, para além do embasamento na política oficial, interessou-nos a fundamentação teórica-conceitual ou epistêmica apresentada no PPP do programa em estudo.

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

De forma mais precisa, o documento está amparado nas discussões de Emerson Merhy e Gastão Wagner Campos (Campos, 2000; Merhy, 2005; Merhy,

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

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

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

de competências profissionais, entre elas as competências relativas à busca, análise crítica e translação do conhecimento à prática.

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

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

A escolha do formato das produções de conclusão de curso dos profissionais residentes é um exemplo do estímulo ao compromisso do sujeito com o processo de trabalho. De acordo com o PPP e com os entrevistados, é privilegiada a construção de projetos de intervenção sustentados em problemáticas

reconhecidas na prática e que tenham impacto na RAPS. Assim, em consonância com a perspectiva da EIP (Batista, 2012; Organização Mundial de Saúde, 2010), as competências são aprimoradas por metodologias ativas, relacionadas com a própria prática de trabalho e com problemas reais, distanciando-se, de maneira decisiva, do modelo curricular de aulas expositivas. Tal direcionamento reafirma o protagonismo do residente:

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

O estímulo ao protagonismo e à valorização dos saberes construídos coletivamente pelos residentes por meio de suas práticas pode se relacionar ao fato de que grande parte dos profissionais que concluem o programa em estudo seguem trabalhando na RAPS, conforme os entrevistados pontuaram. Entretanto, o reconhecimento do residente como um profissional da rede nos remete a outras pesquisas, como a de Andrade (2015), que entrevistou residentes de diferentes regiões do país e constatou a existência, de um modo geral, de uma “negação do residente enquanto trabalhador” (Andrade, 2015, p.168). Por isso, entendemos que conhecer as perspectivas de ex-residentes do programa em estudo é de extrema relevância e constitui a atual etapa de desenvolvimento de nossa pesquisa.

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

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

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

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

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

Na rede pública municipal, existem, atualmente, treze Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) que funcionam como Caps III, 24h por dia, todos os dias da semana. Do total, oito CERSAM são para adultos e três deles trabalham com usuários de álcool e outras drogas (CERSAM-AD), na lógica da redução de danos, e dois CERSAMi para o atendimento infantojuvenil. Como uma unidade do Serviço Avançado de Atendimento Móvel de Urgência, existe o Serviço de Urgência Psiquiátrica. A RAPS conta, ainda, com 29 Serviços Residenciais Terapêuticos, quatro Equipes de Consultórios de Rua, nove Centros de Convivência e uma Incubadora de Empreendimentos Solidários (Suricato). No nível da atenção primária, são 147 Unidades Básicas de Saúde e o Programa de Saúde da Família cobre cerca de 83% da população do município. Para crianças e adolescentes, existem, na atenção primária, nove equipes complementares de saúde mental e 45 núcleos do Programa Arte da Saúde, que promovem os ateliês da cidadania: oficinas de arte, esporte, culinária e cultura realizadas por monitores da própria comunidade. Apesar da riqueza da rede substitutiva municipal, ela ainda utiliza do expediente de internações psiquiátricas realizadas em dois hospitais psiquiátricos para adultos e um infantojuvenil, públicos e estaduais, além de contar com leitos psiquiátricos em outras instituições hospitalares (Lima, 2016).

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

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

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

Nesse sentido, a experiência da residência possibilita a problematização de uma prática reconhecidamente habitual na RAPS de Belo Horizonte: a discussão de caso clínico em uma perspectiva tradicional. Nesse sentido, aponta

para a potencialidade de, por meio de um caso específico, ampliar as reflexões sobre o caso e a própria rede, estimulando a formação mediante análise crítica dos processos de trabalho instituídos:

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

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

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

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

Os três entrevistados afirmam que o Programa de Residências Integradas, embora seja uma experiência desafiadora e exija muita dedicação dos trabalhadores da RAPS, especialmente aqueles que atuam como preceptores, é, em geral, bem acolhido e sustentado por toda a rede de saúde mental. Esta trabalha desde a década de 1990 apostando no modo psicossocial do cuida-

do (Almeida e Marques, 2018; Costa-Rosa, 2000; Nilo et al., 2008; Trajano e Silva, 2012). Nesse sentido, existe uma forte articulação entre a perspectiva teórico-pedagógica das RISMs PBH/UFOP e a organização técnico-assistencial da política de saúde mental no município, que acarreta uma diversificação e integralidade do cuidado.

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

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

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

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

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

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

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

Nessa perspectiva, a produção do cuidado relaciona-se muito mais com um agir coletivo em equipe do que com um trabalho realizado por um agrupamento de profissionais (Campos, Cunha e Figueiredo, 2013; Franco e Merhy, 2013). Conforme os entrevistados ressaltaram, existem saberes teóricos e práticos do campo da saúde mental que, de acordo com sua experiência, não são contemplados na formação específica de cada categoria profissional em nível de graduação. Por outro lado, o complexo campo da saúde mental é constituído por uma transversalidade de saberes (Amarante, 2011, Costa-Rosa, 2000).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

cargos de gestão, o que pode ter favorecido a implementação desse projeto de formação.

Considerações finais

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

Diante dessas constatações, consideramos que as residências têm uma grande potencialidade para o fortalecimento da atenção psicossocial na saúde mental, por meio da efetivação da interprofissionalidade e das práticas colaborativas entre trabalhadores. A aposta na RAPS como local de oferta de cuidados para o usuário e, ao mesmo tempo, como local privilegiado para os processos de ensino-aprendizagem parece ser um bom caminho para a transformação de práticas estagnadas.

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

Tendo em vista que os programas de residência ainda não passaram por uma avaliação sistemática pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, as pesquisas acadêmicas mostram-se relevantes para a compreensão desses processos complexos que estão em curso. No contexto atual, de grande retrocesso para as políticas públicas nos diferentes níveis de gestão, experiências como a que discutimos neste artigo, ainda que com suas fragilidades, reforçam a necessidade de investimento em políticas públicas de saúde mental, incluindo os processos formativos. Apesar de suas dificuldades, o Programa de Residências Integradas em Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, em parceria com

a Universidade Federal de Ouro Preto, privilegia a educação interprofissional e a práticas colaborativas. Além disso, investe na variedade dos cenários de práticas e aposta na rede-formadora, valorizando o enfoque nas aprendizagens ativas. Portanto, consideramos que é uma iniciativa arrojada, em consonância com o processo da reforma psiquiátrica no município de Belo Horizonte e, possivelmente, uma experiência que pode entusiasmar outras.

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

Colaboradores

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

Financiamento

Pesquisa inicialmente financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de bolsa de mestrado e, atualmente, bolsa de doutorado, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

RESIDENCIAS INTEGRADAS EN SALUD MENTAL: YENDO MÁS ALLÁ DEL TECNICISMO

Resumen A través de este estudio el objetivo fue analizar, a la luz de las discusiones sobre educación interprofesional y prácticas colaborativas en el contexto de la reforma psiquiátrica, el proyecto político-pedagógico de un programa de residencias integradas en salud mental en curso en la ciudad de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. Mediante el abordaje cualitativo se efectuó el análisis de contenido temático del proyecto político-pedagógico del programa, dando lugar a tres temas principales: perspectiva teórico-pedagógica; diversificación de las estrategias de cuidado; trabajo multiprofesional desde la lógica interdisciplinaria. Se ahondó en la información obtenida y se complementó a través de la realización de entrevistas semiestructuradas con actores involucrados en la tutoría y coordinación del programa. Entre los resultados encontrados se destaca el potencial del programa para el fortalecimiento del proceso de desinstitucionalización y cualificación de la política pública de salud mental, al posibilitar un aprendizaje conjunto entre residentes de diferentes áreas y trabajadores de los servicios involucrados. Por medio del desarrollo de competencias necesarias para la realización de un trabajo colectivo y comprometido con la integralidad de la asistencia en salud, el programa refuerza la necesidad de la interprofesionalidad y de las prácticas colaborativas, yendo más allá del tecnicismo. La apuesta en la red de atención psicosocial como espacio privilegiado para procesos de enseñanza-aprendizaje, sin el uso del hospital psiquiátrico, cuestiona prácticas de formación estancadas y posibilita la ampliación de las formas de cuidado.

Palavras clave educación interprofesional; residencia en salud; salud mental; atención psicosocial.

Referências

- ALMEIDA, Daniela T.; MARQUES, Maria G. Desafios da formação para o trabalho em saúde mental. In: ALMEIDA, Daniela T.; NOGUEIRA, Maria T. G. (Org.). *Attraversiamo: saberes e experiências sobre o trabalho em saúde mental*. Belo Horizonte: Editora Instituto DH, 2018. p. 105-114.
- ALVERGA, Alex R.; DIMENSTEIN, Magda. A Loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU, 2005. p. 45-66 .
- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- AMARANTE, Paulo. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra B. (Orgs.). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps, 2008.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 635-655.
- AMARANTE, Paulo. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- AMARANTE, Paulo. *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni, 2015.
- ANDRADE, Raquel T. *A relação entre trabalho e educação na formação profissional: um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde*. 2015.182 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATISTA, Nildo A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, v. 2, p. 25-28, jan. 2012.
- BRASIL. Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 set. 1977. Seção 1, p. 11787.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Lei Federal 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 jul. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 27 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Portaria Interministerial 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2007. Seção I, p. 28-9.
- BRASIL. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 out. 2018.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LIMA, Isabella C. B. F. Residências multiprofissionais em Saúde Mental na região metropolitana de Belo Horizonte: articulações com a perspectiva da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira. 2016. 172 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

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

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

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

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

NASCIMENTO, Amélia A. et al. *Projeto de Intervenção Assertiva no Território*. Projeto de melhoria de cuidado apresentado à Comissão de Residência Multiprofissional do Hospital

- Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte, 2016.
- NILO, Kelly et al. (Orgs.). *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Redes de profissões de Saúde, Enfermagem & Obstetrícia, recursos humanos para a Saúde: marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Suíça: OMS, 2010
- PASSOS, Izabel C. F. *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. *Projeto de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental da Rede Municipal de Saúde – PBH*. Belo Horizonte, 2011.
- REEVES, Scott. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016.
- ROTELLI, Franco. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra B. *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps, 2008.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. A instituição inventada. In: NICÁCIO, Fernanda. (Org.) *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri: Manole, 2010.
- TRAJANO, Ana R.; SILVA, Rosimeire A. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. *Polis e Psique*, Porto Alegre, v. 2, p. 16-36, 2012.
- YIN, Robert K. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso, 2016. 369 p.