

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
NÚCLEO EDUCA SAÚDE  
ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM  
SERVIÇOS DE SAÚDE**

**CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

**MARIA LÚCIA CAETANO ABREU**

Porto Alegre, 2013

**MARIA LÚCIA CAETANO ABREU**

**CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL PARA  
REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Programa de  
Especialização Práticas  
Pedagógicas em Serviços de Saúde  
da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul como requisito parcial  
à obtenção do título de especialista

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Eloá  
Rossoni

Porto Alegre, 2013

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido Ibaté, pela paciência.

A amiga Renata Azambuja, pelo apoio e disponibilidade.

Ao secretário Arilson Cardoso, pela aposta.

A equipe do CAPSI-Nossa Casa, e CAPSi-Saci, pelo  
compartilhamento.

Aos usuários de São Lourenço do Sul, pelo aprendizado.

“A gente não pode mudar tudo, mas pode fazer tudo para mudar”.

(CAMINHA apud SOUZA,2000,p.27)

## RESUMO

Este estudo busca identificar a contribuição da Residência Multiprofissional para a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. A Reforma Psiquiátrica propõe mudanças no modo de pensar e agir dos profissionais frente às questões da Saúde Mental e a Política Nacional de Saúde Mental aponta a formação dos profissionais de saúde como um dos eixos estratégicos para a transformação da atenção à saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com artigos publicados, na base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde, de 2002 até 2012. Para a busca foram usados os seguintes descritores: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental e Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Foram encontrados 20 artigos, destes foram incluídos sete e excluídos treze. Também foram utilizadas dissertações, projetos políticos pedagógicos dos cursos de residência e artigos que subsidiaram a discussão deste tema. O material bibliográfico foi registrado em uma ficha catalográfica que incluiu dados de publicação, base de dados, objetivo, metodologia e principais resultados. Após procedeu-se a análise considerando a contribuição de Residência Multiprofissional em Saúde Mental para a Reforma Psiquiátrica. No Rio Grande do Sul, em 2013, estão funcionando quatro Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: na Escola de Saúde Pública, no Grupo Hospitalar Conceição, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Assim, o Estado vem contribuindo de forma incisiva neste propósito, preparando profissionais para o trabalho em equipe e voltados para o cuidado integral em saúde através da sua inserção nos serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos. Com a finalidade de contribuir para a desinstitucionalização da loucura são utilizados como cenários de práticas da formação multiprofissional, dentre outros, os Centros de Atenção Psicossocial, as Unidades Básicas de Saúde com e sem Estratégia de Saúde da Família, os Serviços Residenciais Terapêuticos e os Hospitais Gerais.

Palavras-chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Residência Multiprofissional em Saúde.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>1 OBJETIVO</b> .....	<b>10</b>
1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	<b>11</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>12</b>
3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	12
3.1.1 A Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul.....	18
3.2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE.....	22
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>24</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>37</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema a contribuição da Residência Multiprofissional em Saúde Mental para efetivar as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica. Início com o contexto histórico do surgimento da Reforma Psiquiátrica, apresentando seus princípios e as mudanças que foram implantadas até o momento. Na sequência é relatado como o processo de formação multiprofissional contribuiu e pode continuar contribuindo para a consolidação desta Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul.

Para falar da Reforma Psiquiátrica é preciso antes descrever a trajetória que resultou nesta reforma. Segundo COSTA (2003), a doença mental na sua trajetória teve diferentes interpretações e tratamento. Na Idade Média, o dito "louco" gozou de certo grau de "extraterritorialidade", como se suas alucinações fossem previsões experimentadas em espaço livre. No Mercantilismo, passou a ser encarcerado, porque o louco não contribuía com a produção, eram seres desviantes. No século XVIII com a Revolução Francesa, sob o slogan Fraternidade, Liberdade e Igualdade houve um pacto social do capitalismo, e um regaste da expulsão dos loucos para mão de obra barata da burguesia e aqueles que não foram absorvidos, permaneceram confinados até o nascimento da psiquiatria. O isolamento era a medida científica, isolar para conhecer, manicômio era considerado um modelo necessário para protegê-lo e ter sua tutela. Na Segunda Guerra Mundial, surge na Europa e Estados Unidos os primeiros movimentos com transformação mais efetiva do modelo vigente. Os hospícios eram comparados aos campos de concentração nazista, devido às denúncias de maus tratos seguidos de morte e por semelhança com os atos desumanos ocorridos na guerra. Por outro lado, havia a necessidade urgente da mão de obra para reconstruir o que a guerra destruiu.

Anos mais tarde no final dos anos 60, na Itália, Franco Basaglia explica a questão da loucura muito além da patologia em si, passando a adotar medidas humanísticas com pacientes, opondo-se aos manicômios e ao poder absoluto psiquiátrico. Este modelo estende-se por toda Europa e atravessa oceanos, exercendo influência determinante no processo da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1995).

A Lei Federal 10.216 da Reforma Psiquiátrica, sancionada em 2001 de autoria do deputado de Minas Gerais Paulo Delgado, regulamenta os direitos das pessoas com transtorno mental, ou seja: acessibilidade, integralidade e humanização da atenção, inclusão social, clínica ampliada e desinstitucionalização em respeito a sua territorialidade, propondo a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2001).

Embora várias mudanças tenham sido propostas pela Reforma Psiquiátrica, muitas são as críticas em relação ao que os serviços estão oferecendo a população, bem como em relação ao fato, dos mesmos, não existirem em número suficiente e com trabalhadores em quantidade e capacitados para atenderem as necessidades da saúde mental da população. O processo da Reforma Psiquiátrica exige cada vez mais trabalhadores competentes com respaldo teórico e comprometimento da prática com os princípios do SUS.

Neste sentido vem sendo implementadas mudanças na formação de profissionais desde a graduação. Os currículos a partir das diretrizes curriculares nacionais aprovadas em 2002 promovem a inserção dos alunos nos serviços da rede pública de saúde. Há um forte investimento federal para que os programas de residência médica e residência multiprofissional e, os cursos de especialização, apoiados financeiramente pelo Ministério da Saúde, invistam na preparação de profissionais para atuação em equipe de saúde no SUS (BRASIL, 2002).

Simoni (2007, p. 43) comenta em sua dissertação, que em ressonância aos abalos estruturais produzidos com a Reforma Sanitária e com a Reforma Psiquiátrica, inicia-se a proposição de novas modalidades de formação de profissionais de saúde. Cria-se a Residência Integrada em Saúde (RIS), uma proposta de educação profissional de pós-graduação organizada em torno do trabalho educativo multiprofissional e interdisciplinar. Entre as ênfases da Residência Integrada em Saúde estariam as de atenção básica e de saúde mental. Ceccim (2003) propõe que o termo “integrado” aponta para um redesenho da formação, onde haveria integração entre trabalho e educação, entre diversas profissões da saúde e entre ciências biológicas e sociais para alcançar a atenção integral em saúde.

A Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde propiciou a abertura de vagas de residência para outras profissões. Com esta modalidade de formação cumpre-se o que havia sido previsto pela X Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) que, além do aumento de vagas para a residência médica, também havia a necessidade da "criação de programas de residência e de estágios de enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, serviço social, fonoaudióloga, fisioterapia, terapia ocupacional e demais profissões de nível superior ligadas à saúde". Recentemente, a Lei Federal nº 11.129/05 (BRASIL, 2005) que regulamenta a Residência em Área Profissional da Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) - e a Portaria 2.117/05 (BRASIL, 2005) - que institui a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), destinada às categorias profissionais da saúde, excetuada a médica - legitimaram, nacionalmente, a diretriz apontada pelas Conferências (SIMONI, 2007).

Infelizmente, chama atenção a separação entre os Programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional e o constante combate da corporação médica à criação de residências para as demais profissões da área da saúde, sob o argumento de que a residência seria exclusiva da área médica. Entretanto, embora, a Residência Médica não participe da mesma regulamentação das residências das demais profissões de saúde, os espaços de formação em serviço são compartilhados, pois os médicos estão incluídos nestas equipes.

Um exemplo disso ocorre na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, que tem como proposta o ensino da saúde coletiva, pois entre os cursos oferecidos está o Programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva, com o objetivo de formar profissionais com visão integrada de saberes e práticas em Saúde Coletiva, com perfil humanista e crítico e com competência para intervenções efetivas e resolutivas voltadas às reais necessidades de saúde da comunidade. Esta proposta defende que a atenção não seja focada no corpo biológico, rompendo com o absolutismo do saber médico, enfatiza os princípios do SUS e o comprometimento de uma postura transformadora conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica.

Tendo em vista minha inserção como trabalhadora de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), desde março de 2012 atuando como preceptora deste Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva no município de São Lourenço e como aluna do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, considero oportuno investigar como a residência multiprofissional em saúde contribuiu e pode continuar contribuindo para a consolidação da Reforma Psiquiátrica.

## **1 OBJETIVO**

Descrever como a Residência Multiprofissional contribuiu e pode continuar contribuindo para a Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul.

### **1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer o processo histórico da Residência Multiprofissional em Saúde no RS e sua interface com a Reforma Psiquiátrica.

- Identificar os cenários e as possibilidades que a RMS oferece na ênfase da Saúde Mental com vistas aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

- Identificar as contribuições da RMS para a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com artigos publicados, na base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde, Boletim de Saúde 21/2007, Google Acadêmico. Para a busca foram usados os seguintes descritores: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Residência em Saúde e Formação em Saúde.

A busca resultou em um total de 20 artigos, destes foram incluídos sete e excluídos treze, mas também, foram utilizadas dissertações de mestrado, publicações sobre o projeto político pedagógico de programas de residência e artigos teóricos que auxiliaram na apropriação do tema.

Na sequência o material bibliográfico foi catalogado e procedeu-se a análise a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos objetivos deste estudo.

A ficha catalográfica incluiu dados de publicação do estudo, base de dados, objetivo, metodologia e principais resultados considerando a contribuição da Residência Multiprofissional em Saúde Mental para a Reforma Psiquiátrica.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA**

A Reforma Psiquiátrica brasileira vem para romper com a exclusão, o tratamento desumanizado, até então, oferecido às pessoas com sofrimento psíquico. Descrever esta história permitirá perceber que ao longo do tempo, os profissionais de saúde estiveram a serviço dos interesses políticos e econômicos vigentes. Faz compreendermos determinantes sociais presentes no processo saúde/doença. Mostra o quanto esta postura fragilizou e foi ineficaz e pouco resoluta as reais necessidades da população. Vários movimentos sociais, contrários a este modelo, foram surgindo dentro e fora do país e serviram como base para estruturação e legalização deste outro modelo pautado na inclusão e humanização dos serviços de saúde. Entre estes movimentos sociais citamos a Reforma Psiquiátrica da Itália, no final dos anos 60, com Franco Basaglia que, insatisfeito com o modelo psiquiátrico, passa a adotar medidas humanísticas com pacientes, tratando-os como cidadãos dignos.

Basaglia entende e explica a questão da loucura muito além da patologia em si, que o transtorno mental está relacionado à condição da existência do usuário de estar estigmatizado pela desvalia e exclusão social e institucionalizado. O ato terapêutico fundamental, proposto por ele, consistia em descobrir o sujeito que sofria, desnudando-o dos rótulos. Propõe a desinstitucionalização, opõe-se aos manicômios e ao poder absoluto psiquiátrico. Essa proposta se estendeu por toda Europa, no final dos anos 60, em lutas estudantis em 1968, lutas operárias em 1969 e em 1971 ocorreu o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a construção de rede de atenção territorial com a prevenção, inserção social e trabalho com ex-pacientes. Reuniram-se técnicos, estudantes, voluntários não só de Trieste, na Itália, mas de vários lugares do mundo, onde o Brasil também teve representantes, fato que marcou e foi o primeiro contato a influenciar a reforma psiquiátrica brasileira.

Em 1978 o parlamento italiano aprovou a Lei nº 180 da Reforma Psiquiátrica, também conhecida como Lei Basaglia, que extinguiu os manicômios. (OLIVEIRA, 2011). Neste período aconteceu na Itália, na área de Saúde Mental, uma ruptura epistemológica e metodológica. A psiquiatria democrática italiana não nega a existência da doença mental, mas propõe um olhar que beneficia a complexidade e entende a loucura como algo inerente à condição humana, dizendo respeito ao sujeito, à família, à comunidade e demais atores sociais. A desinstitucionalização inicia-se a partir da experiência de Franco Basaglia na direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia (1961 a 1968) que torna evidente que o manicômio é um lugar de segurança para proteção de comunidades sem considerar o aspecto de quem sofre. Em 1971, ele assume o Hospital Psiquiátrico de San Giovanni em Trieste e implementa neste local a desinstitucionalização. (OLIVEIRA, 2011).

No Brasil, neste mesmo período, ocorrem denúncias da violência nos manicômios, sobre a mercantilização da loucura, construindo coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico. As experiências italianas de desinstitucionalização e sua crítica radical ao manicômio foi inspiradora para os movimentos que levaram a Reforma Psiquiátrica brasileira.

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do "movimento sanitário", nos anos 70, em favor da mudança de modelo de fazer saúde, com olhar coletivo; equânime na oferta da assistência, e com o protagonismo dos trabalhadores e usuários do serviço de saúde. A Reforma Sanitária é compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais no cotidiano da vida das instituições, dos serviços, das relações interpessoais onde o processo avança, com impasses, tensões, conflitos e desafios.

A questão psiquiátrica é colocada em pauta no fim da década de 70, quando surge em Bauru – São Paulo, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), adotando o lema "por uma sociedade sem manicômios" (BRASIL, 2005).

Em 1987, foi o início efetivo do movimento social da saúde mental integrado com o movimento sanitário (movimento de vários campos de luta, em que surgem as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência). Ainda no mesmo ano ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).

Em 1989, a Secretaria Municipal de Santos (SP) registra os maus tratos e mortes de pacientes, na Casa de Saúde Anchieta (hospital psiquiátrico), com repercussão nacional. Então são implantados neste local os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) funcionando 24 horas e são criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) para egresso dos hospitais. A experiência de Santos passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Era possível e exequível. Neste ano também dá entrada no Congresso Nacional o projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início da luta pela regulamentação e normatização da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2005).

Na década de 90 o Brasil afirma seu compromisso com a Reforma Psiquiátrica na declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Entram em vigor as primeiras normas federais que regulam e implantam serviços de atenção diários, as primeiras experiências de serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os hospitais-dia e a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. No entanto, mesmo sem uma linha específica de financiamento no país começou a funcionar 208 CAPS. Nesta época, 93% dos recursos do Ministério da Saúde (MS) para a saúde mental destinavam-se aos hospitais psiquiátricos.

Somente em 2001 – após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a lei Paulo Delgado foi sancionada com a denominação de Lei Federal 10.216 impondo novo impulso ao processo de reforma. Nesse contexto a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental ganhou maior visibilidade e foi criada linha de financiamento pelo MS para serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Há então um forte impulso para a desinstitucionalização com o programa de Volta para Casa, implantado no ano de 1992, com auxílio de reabilitação de R\$ 240,00 por pessoa. Também é construída e traçada a política para a questão da dependência química (álcool e drogas) e incorporada à estratégia de redução de danos. Em 2004, o I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, reuniu 2000 trabalhadores e usuários de CAPS, e consolidou assim a Reforma Psiquiátrica como política oficial do Governo Federal, sendo que no final deste ano os recursos dos hospitais psiquiátricos passaram para 64% do total financiado pelo MS para a saúde mental, há, portanto, uma diminuição de investimento de 93% para 64% nos hospitais psiquiátricos e um aumento no investimento em serviços substitutivos de atenção diária (BRASIL, 2005).

Embora em ritmos diferentes a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os estados brasileiros, entre os anos de 2003 a 2005 foram reduzidos 6227 leitos. Esta redução e o fechamento dos leitos psiquiátricos vêm se dando de forma gradual, pactuada e planejada pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH), que garantia maior e melhor sistematização, pois anterior a este, as supervisões eram feitas através de fiscalização ou auditorias, atendendo denúncias de mau funcionamento, por supervisores do SUS, com alcance limitado. Este Programa de avaliação qualificou a estrutura física, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos de recursos terapêuticos da instituição, organizando a rede de atenção em saúde mental em cada território, observando a adequação e a inserção de leitos em hospitais gerais.

Para a desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves, surge a implementação e o financiamento de serviços residenciais terapêuticos (SRT) - são casas localizadas no espaço urbano para responder a necessidade de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos ou não, dando direito de morar e circular nos espaços da cidade, objetivando a reinserção social destes.

Em 2002, surgiram 85 SRT no país que com incentivos financeiros, em 2004, passou para 357 serviços com aproximadamente 2850 moradores. O programa anual de reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica no SUS nasce como mecanismo de gestão do processo de redução de leitos psiquiátricos, este reafirma as diretrizes políticas do Ministério da Saúde na direção da redução progressiva de leitos psiquiátricos e pela qualidade da assistência prestada às pessoas com transtorno mentais. Um dos maiores desafios ainda são os manicômios judiciários, 19 existentes no país, que são geridos por órgãos de justiça e não pelo SUS, não são submetidos às normas gerais do PNASH/psiquiatria, e frequentemente as denúncias de maus tratos e os óbitos são notícias. Pois segundo o ordenamento jurídico brasileiro as pessoas com transtorno mental que cometem crimes são consideradas inimputáveis (isenta de pena), portanto são submetidas à medidas de segurança e a internação compulsória. O Ministério da Saúde vem buscando superar este modelo de custódia para tratar o louco fora do manicômio judiciário (BRASIL, 2005).

A rede de cuidado em saúde foi instituída no Brasil por lei federal na década de 90, onde a saúde mental também é integrada em todo território nacional. Os princípios de controle social do SUS impulsionavam o protagonismo e autonomia dos usuários nos serviços e na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Assim, os conselhos e as conferências de saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos.

Compartilhando desses princípios, a rede de atenção à saúde mental composta por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centro de Convivências, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, teve um papel fundamental nesta conquista para organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora. O território é a área geográfica das pessoas, das instituições, das redes, dos cenários e da vida comunitária. Trabalhar território é trabalhar os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresenta demandas e que podem constituir objetivos comuns; é fazer resgate dos saberes e das potencialidades de recursos da comunidade, que orienta as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005).

Os CAPS foram importantes para organizar a rede substitutiva dos hospitais psiquiátricos, na medida, que prestam atendimento clínico em regime de atenção diária, por promoverem a inserção social, regularem a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental, darem suporte à rede de atenção à saúde mental na rede básica. Sendo os articuladores estratégicos da política de saúde mental num determinado território, cabe aos CAPS acolher e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território, ser produtor de autonomia financiamento e regulamentação pelo Ministério da Saúde. Em 2002, os serviços diferenciam-se como, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSI e CAPS AD. A expansão dos CAPS foi fundamental para o avanço da luta anti-manicomial, e tem mudado radicalmente o quadro de desassistência que caracterizava a saúde mental pública no Brasil. (BRASIL, 2005).

O CAPS I destinado a atender a clientela adulta com transtornos severos e persistentes e de menor porte, e oferece resposta efetiva a demandas entre 20.000 e 50.000 habitantes – o que corresponde a cerca de 19% dos municípios brasileiros. O CAPS II também atende a mesma clientela do CAPS I, portanto 10% dos municípios brasileiros, onde residem aproximadamente 65% da população.

O CAPS III para municípios de grande porte com mais de 200.000 habitantes, que representa apenas 0,63% dos municípios do país. Funcionam durante 24 horas, em todos os dias da semana e feriados, com no máximo 5 leitos e acolhimento noturno. O CAPS I destina-se a clientela infanto-juvenil, com transtorno mental, para municípios com mais de 200.000 habitantes e, por fim, o CAPS AD para clientela adulta que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas, para cidades com mais de 200.000 habitantes. (BRASIL, 2002).

Ainda são grandes os desafios e um dos principais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica é a formação de trabalhadores capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. O processo da Reforma Psiquiátrica exige cada vez mais trabalhadores competentes com respaldo teórico e comprometimento da prática com os princípios do SUS.

Por esta razão, desde 2002, o Ministério da Saúde desenvolve o programa permanente de formação de “recursos humanos” para reforma psiquiátrica, que incentiva, apoia e financia a implantação de núcleos de formação através de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras especialmente universidades federais, para assim enfrentar as necessidades qualitativas e quantitativas de trabalhadores para o SUS.

Novos desafios para a formação de profissionais desde a graduação são colocados para a saúde coletiva, mas também há um investimento no pós-graduação em que se incluem programas de residência médica, residência multiprofissional, cursos de especialização, que são apoiados financeiramente pelo Ministério da Saúde.

### 3.1.1 A Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul

O Estado do Rio Grande do Sul, na década de 70, também se manifestou a favor de novas propostas para a atenção em saúde mental, onde a Coordenação Estadual de Saúde Mental investiu na capacitação de funcionários, o que acabou influenciando na criação de serviços com novos referenciais para a rede de saúde mental.

A desconstrução da institucionalização da loucura no Hospital Psiquiátrico São Pedro, único no Estado, iniciou, em 1999, com novas estratégias de atendimento a partir do Projeto São Pedro Cidadão, buscando a desinstitucionalização a partir dos serviços residenciais terapêuticos como espaço de viver e morar articulados a rede de atenção psicossocial (BELINI e HIRDES, 2006).

A reforma psiquiátrica foi fruto de muitas mobilizações sociais e políticas, mas foi o Movimento de Luta Anti-Manicomial com o apoio de vários atores sociais, que contribuiu para o início de outros modelos de atenção que não aquele centrado no hospital. Com a reforma psiquiátrica, a atenção em saúde mental passou a ser de base territorial e comunitária. Assim, é necessário pensarmos em instituições que atendam a esta demanda com intervenções que rompam com a prática centrada nos manicômios.

São Lourenço do Sul, município gaúcho de pequeno porte, que em 1986, criou um Plano de Saúde Mental baseado no atendimento da família e comunidade, estimulando o tratamento e criando condições de reabilitação do doente mental, é referência até hoje em Saúde Mental. Considerado nacionalmente, o segundo município do país, a implantar um atendimento em saúde mental com inspiração basagliana, é reconhecido pelo seu pioneirismo, recebendo constantemente visitantes de várias universidades e serviços de saúde, inclusive de outros países. Este município vem sendo cenário de vários eventos como conferências, passeatas e é onde, desde 2007, acontece o Mental Tchê. Este é um evento que tem como objetivo discutir, implantar e implementar avanços no campo da Saúde Mental e reforçar a militância anti-manicomial, reunindo mais de dois mil participantes, anualmente, faz parte do calendário nacional do Ministério da Saúde.

O Rio Grande do Sul teve uma importante participação na Reforma Psiquiátrica no País. A Reforma Psiquiátrica gaúcha dialogou e fez intercâmbios importantes, como, por exemplo, a participação da Coordenação Estadual da Política de Atenção Integral em Saúde Mental (PAISMENTAL), em 1987, do Curso de Administración de Servicios de Salud Mental, em Concórdia, Argentina.

Nesta cidade ocorreu o 4º Seminário Nacional de Salud Mental, com representantes de várias províncias e de 33 municípios gaúchos que gerou por fim, em 1992, o documento “Delineamentos para Elaboração da Política de Saúde Mental para o Rio Grande do Sul” (FAGUNDES apud.SILVA et al, 2007). O investimento em capacitação foi a principal estratégia para a mudança. Foram oferecidos cursos em saúde mental, realizados encontros, seminários, fóruns em saúde mental em vários municípios do Estado através de uma parceria entre a Escola de Saúde Pública, Universidades e Prefeituras que resultou na criação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental em 1992. (SILVA, et al, 2007, p. 55).

O investimento em capacitação foi o que acelerou a Reforma Psiquiátrica Gaúcha que em 1992 teve como resultado a aprovação da Lei nº 9716/92 - Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, a qual determina uma rede de atenção integral em saúde mental que vem a substituir os leitos hospitalares. Outro resultado alcançado com as capacitações dos profissionais foi adesão de muitos municípios do Estado, os quais incluíram em suas leis orgânicas municipais as questões de saúde mental. Destacam-se os avanços do Estado do Rio Grande do Sul, o qual teve grande contribuição no processo de reforma psiquiátrica, onde 99,4% dos municípios desenvolvem ações voltadas a saúde mental, buscando romper com a ideia do atendimento hospitalar, investindo em capacitações e ações articuladas com outras políticas públicas (SILVA et al, 2007).

Dados da Coordenadoria de Saúde Mental do Rio Grande do Sul, em 2008, demonstram que foram implantados 53 CAPSI, 32 CAPSII, 11 CAPSi e 15 CAPSad, e que o número de leitos em hospitais psiquiátricos diminuiu para 126, aumentando para 627 em hospitais gerais. Este demonstrativo quantitativo serve para perceber o quanto o processo de reforma psiquiátrica gaúcha vem sendo efetiva em suas ações, seja investindo em serviços substitutivos, como também na formação dos profissionais de saúde, através de programas de residência multiprofissional em saúde.

Em síntese com a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2011) em vigor, o governo brasileiro tem como objetivos:

- Reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade;

- Qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), incluir as ações da saúde mental na atenção básica;
- Implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas;
- Implantar o programa "De Volta Para Casa";
- Manter um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica;
- Promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário);
- Avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria.

### 3.2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

A Residência Multiprofissional/Integrada em Saúde, fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) contempla várias categorias de profissionais o que justifica seu caráter interdisciplinar. Suas atividades acontecem no ambiente de serviço da rede pública e estão voltadas a atenção integral à saúde, promovendo estudo e reflexão sobre a saúde coletiva como um todo.

O nome de residência integrada, adotado, inicialmente, nos programas de residência do Rio Grande do Sul se dá em virtude da mesma proporcionar a integração entre trabalho e educação, entre diferentes profissionais da saúde e entre serviços, ensino e gestão do SUS (SILVA et al, 2007, p 52).

O Rio Grande do Sul foi pioneiro nesta formação multiprofissional através do Centro de Saúde-Escola Murialdo. A residência iniciou, em 1977, neste centro de saúde com o Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária (atualmente Medicina de Família e Comunidade) que logo após agregou outros profissionais passando assim a assumir um caráter multiprofissional. Tal programa, por inúmeros problemas das gestões estaduais, inclusive de remuneração dos profissionais, sofreu descontinuidades, tendo sua última turma em 1996 e permanecendo deste ano até 2000 apenas a residência médica (ROSSONI, 2010). Anos depois a gestão do Centro de Saúde-Escola Murialdo é compartilhada com a Coordenação dos Hospitais do Estado e a Escola de Saúde Pública (ESP) uma conquista da III Conferência Estadual de Saúde realizada em 2000 e também pela formação de “recursos humanos” ser considerada um dos eixos estratégicos do Governo para a Política de Saúde. No ano de 1999, através da portaria 16/99, foi criado o Programa de Residência Integrada em Saúde fruto do resultado de uma política de governo e defendido em várias conferências. Tal fato amplia assim o caráter multiprofissional para a Saúde Mental Coletiva como objetivo de preparar e especializar profissionais para atenderem no SUS (SILVA et al, 2007). O local credenciado de profissionalização da RIS: Saúde Mental, neste período, era o Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Ainda que os residentes tivessem um primeiro ano de formação mais voltado para as unidades de internação do hospital, o segundo ano abria a possibilidade de práticas na atenção básica e nos serviços substitutivos, inclusive participavam do Projeto São Pedro Cidadão que se iniciou na mesma época (BELINI e HIRDES, 2006).

Atualmente no Rio Grande do Sul, temos programas de residência multiprofissional com ênfase em saúde mental, no Grupo Hospitalar Conceição, na Escola de Saúde Pública, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (sendo este último, o programa mais recente).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela apresenta os artigos examinados neste estudo com base nos princípios de Reforma Psiquiátrica e da contribuição da Residência Multiprofissional para este processo.

Autor/título/periódico/ano	Base de dados	Objetivo	Metodologia	Principais resultados para contribuição da formação
Silva, F.C.F., Santos,G., Monteiro, J.R., Cunha, L.S.H., Lemke, R.L., Mello, V.C. A Formação enquanto estratégia de mudança na Saúde Mental Coletiva Rev. Boletim da Saúde volume 21 POA/RS 2007	Biblioteca Virtual da Saúde	Ressaltar a importância da Formação como estratégica propulsora de mudanças no modelo de atenção em Saúde sob a lógica integral	Artigo de reflexão	A Residência Multiprofissional tem como objetivo a formação dos profissionais para uma prática transformadora.
Corpo da RIS/GHC. Projeto Político-Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Rev. Caderno de Saúde Pública - p.456-468. 2004	Biblioteca Virtual da Saúde	Propor além da formação de um profissional qualificado as exigências do SUS, a formação de um cidadão que atue de forma crítica e comprometida para dar resolutividade aos problemas da coletividade	Relato de experiência	Ênfase na Saúde Mental em serviços substitutivos ressaltando assim desinstitucionalização para uma atenção calcada na integralidade e humanização
Belini, M.G., Hirdes, A. Rev. Texto Contexto Enfermagem pag. 562-569 2006.	Biblioteca Virtual da Saúde	Investigar o processo de desinstitucionalização da loucura, visando a construção de um referencial teórico/prático sobre serviços residenciais terapêuticos junto aos profissionais vinculados ao Projeto Morada São Pedro.	Artigo de Reflexão	Propõe a desinstitucionalização dos usuários e sua inserção social.
Lima, M., Santos. Formação de Psicólogos em Residência Multiprofissional Transdisciplinaridade, Núcleo Profissional e Saúde Mental. Rev. Psicologia Científica e Profissão, Pag. 126-141.2012	Biblioteca Virtual da Saúde	Discutir a formação de psicólogos na modalidade de residência multiprofissional, considerando os significados e os sentidos construídos pelos residentes e preceptores sobre o cotidiano de aprendizagem pelo trabalho	Artigo de Reflexão e Interpretativa	Transdisciplinaridade a Clínica Ampliada e a territorialidade para formação
Clemente, A., Matos, D.R., Greganin, D.K.M., Santos, H.E., Quevedo, M.P, Massa, P.A., Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Formação de Psicólogos para a Atuação na Atenção Básica. Rev. Saúde Soc. Volume 17, pag. 176-184/2008	Biblioteca Virtual da Saúde	Refletir sobre a prática do psicólogo residente e analisá-la contribuindo para a discussão das possibilidades de atuação do psicólogo na PSF na cidade de São Paulo	Relato de experiência e estudo de caso	Territorialidade, Clínica, Ampliada, Medicalização, Integralidade na Atenção
Goulart, M.S.B., Durães, F., A Reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. 2007	Biblioteca Virtual da Saúde	Investigar como processo da Reforma Política de Saúde Mental repercutiu nos mais antigos hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte	Revisão Bibliográfica	Intersetorialidade
Simoni, A.C.R. Formação do profissionais de saúde nas Equipes Multiprofissionais: Sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental. Porto Alegre R/S 2007	Biblioteca Virtual da Saúde	Problematizar as possibilidades de produção de novos modos de trabalhar em Saúde Mental a partir de dispositivos multiprofissionais de formação em saúde.	Relato de Experiência	Enfatiza os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica: Integralidade Clínica Ampliada, Desmedicalização, Território.

Uma parte dos artigos analisados é de autoria de ex-residentes, preceptores, tutores e coordenadores de programas de atenção básica e saúde mental coletiva (SILVA et al, 2007, LIMA e SANTOS, 2012; CLEMENTE et al, 2008). Também foram encontrados trabalhos frutos de produção acadêmica de cursos de mestrado, como o de Simoni (2007) e publicações sobre os projetos político-pedagógicos dos programas de residência (CECCIM, 2006; FRICHEMBRUDER et al, 2006). Com base nesses estudos, discute-se como a formação multiprofissional em serviço contribuiu e pode continuar contribuindo para a Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica, como foi visto anteriormente, tem se pautado pela desinstitucionalização, desmedicalização, integralidade e inclusão social dos indivíduos e coletividades. Neste sentido programas de residência multiprofissional devem oportunizar cenários de práticas que permitam a criação, a inventividade e a sensibilização para o cuidado com o outro, bem como a atuação e a participação em espaços de controle social e gestão.

A noção de quadrilátero da formação em saúde, ou seja, a integração e indissolubilidade entre ensino–gestão–atenção–controle social proposta por Ceccim e Feuerwerker (2004, p.59) tem sido adotada nos programas de residência multiprofissional a fim de que se operem mudanças nos serviços de saúde na lógica da integralidade da atenção a saúde. Assim para estes autores:

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde- ensino, gestão setorial, práticas de atenção, controle social, propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções.

O grupo técnico do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) enfatiza que o compromisso em dar resolutividade às necessidades de saúde da população com ênfase no cuidado integral, manifesta-se através da intencionalidade do projeto pedagógico do curso que é também um projeto político com um compromisso definido coletivamente, obedecendo aos princípios do SUS, em consonância com a Reforma Psiquiátrica e com a Política Nacional de Saúde Mental de forma que possa justificar a obtenção de financiamento público (MARQUES et al, 2004).

No estudo de Silva et al (2007) que trata da formação como estratégia de mudanças para a Reforma Psiquiátrica, os autores afirmam que a formação em saúde traz uma contribuição relevante para as mudanças no atendimento às necessidades de saúde das pessoas na medida em que possibilita uma prática reflexiva e transformadora em relação as realidades vivenciadas pelos residentes em formação. Discute a importância de um atendimento acolhedor, voltado a todas as demandas da população. No que tange a sua contribuição à Reforma Psiquiátrica, concorda-se com estes autores que os programas de residências multiprofissionais, com uma prática voltada a integração entre educação e trabalho e com profissionais de várias profissões contribuiu para grandes mudanças e construção de um novo modelo de atenção em saúde mental.

A substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, na exclusão social, intramuros, por um novo modelo de atenção descentralizada e de base comunitária, exigirá também uma adaptação dos profissionais, que deverão, através do processo de capacitação, se instrumentalizarem para permitir a viabilização deste novo modelo assistencial (FELINI, 1999). A importância da integração entre saberes e práticas para a Reforma Psiquiátrica é salientada por Casé (2000, p.134) na citação a seguir: “sonhamos com uma revolução de saberes, fazeres e sentimentos, pois acreditamos ser este o único caminho possível”.

O caráter multiprofissional da Residência em Saúde Mental, descrita por Silva et al (2007), reforça o olhar ampliado no campo da saúde coletiva, na medida em que os vários núcleos compartilham saberes, potencializando suas intervenções, provocando mudanças transformadoras nos processos de trabalho dos serviços, conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica.

Segundo Serrano (1998, p. 19), a Reforma Psiquiátrica “é o processo político assistencial, em nível mundial e em diferentes formas, derivado da queda do paradigma asilar, que deixa de ser hegemônico, no tratamento psiquiátrico, em discussão desde a década de 60”. O projeto político pedagógico da RIS/GHC refere a necessidade de propiciar novas formas de conhecimento permanente, sistemático e contínuo, a problematização no processo de trabalho como via para transformação das práticas convencionais, que desvalorizavam a subjetividade do ser, valoriza o trabalho em equipe, pois somente com a integração de vários saberes será possível o profissional aproximar-se da multidimensionalidade do sujeito, considerando a existência da diversidade do humano, seus diferentes modos de ser e viver, reconhecer a si e ao outro. Propõe assim a clínica ampliada, a integralidade e humanização da atenção à saúde como eixos da formação.

Embora o artigo de Belini e Hirdes (2006), que descreve a desinstitucionalização iniciada no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), não trate da experiência em Residência Multiprofissional, os autores referem os movimentos gaúchos que aconteciam em apoio a Reforma Psiquiátrica. A desconstrução deste hospital iniciou, em 1999, com novas estratégias de atendimento a partir do projeto São Pedro Cidadão, buscando a desinstitucionalização a partir dos Serviços de Residências Terapêuticas como espaço de viver e morar articulados a rede de atenção psicossocial. Neste momento também ocorreu a retomada de formação multiprofissional no HPSP, através do Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental Coletiva (FRICHEMBRUDER et al, 2006). Assim o programa, que se iniciou nesta época, teve como objetivo “capacitar profissionais mediante o aprendizado em serviço para o trabalho multidisciplinar visando a competência técnica para atuação articulada nas áreas clínicas e reabilitação psicossocial” (IBID, 2006, p. 339).

A desinstitucionalização procura preservar a subjetividade do cliente, sua história de vida, suas relações interpessoais, estabelecendo formas de tratamento em serviços abertos, criativos e maleáveis que atendam individualmente as suas necessidades e que o sustente no seu meio social (MORENO, 1995).

Belini e Hirdes (2006) referem que a reforma na psiquiatria do hospital serviu para lutar contra as relações de exclusão social passando a ser um lugar que modifica a história, pois passa a considerar o portador de doença mental como um sujeito que possui sua história de vida e desejos, considerando vários aspectos de seu cotidiano e não somente as questões da saúde de cada um. Portanto é necessário considerar todos os aspectos que envolvem o indivíduo, pois a desinstitucionalização proporciona tudo da vida cotidiana, como falar, andar, comer, dormir, etc.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, aponta como uma de suas diretrizes a formação de profissionais de saúde e salienta a importância de implantar o trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da saúde mental na tentativa de romper com os especialismos e com vistas a construção de um trabalhador em saúde mental atento, sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que os usuários sejam atendidos com uma visão integral de saúde. Como estratégias para isto, esta conferência aponta a necessidade de formalizar parcerias com as instituições formadoras mediante contrato com prefeituras municipais e instituições formadoras (FRICHEMBRUDER et al., 2006, p.336). Ceccim (2006) refere que a Faculdade de Educação da UFRGS, além das relações com a rede escolar tem desencadeado, desde 2005, articulações com a rede de atenção em saúde mental nos municípios da rede metropolitana de Porto Alegre (Novo Hamburgo, Porto Alegre e Viamão) e alguns municípios do interior do Estado do RS (Alegrete, Caxias do Sul e São Lourenço do Sul). Este movimento de inserção da residência nos municípios gaúchos também ocorreu na Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde do RS, através da Escola de Saúde Pública, em 2013, inserida em Sapucaia do Sul, São Lourenço e mantido em Porto Alegre. Esta postura acompanha na formação a diretriz da descentralização preconizada pela Reforma Sanitária e expressa na Constituição Federal de 1988. Entende-se pautado em Ceccim (2006, p.5), que “um profundo processo de reformas não pode se fazer sem profundas alterações nos perfis éticos, técnicos e institucional do pessoal que atua ou ensina, ou que irá atuar ou ensinar, preenchendo os postos de trabalho no setor reformado”.

O artigo de Frichembruder et al (2006) relata a experiência do Programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva implantado no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre, RS, no ano de 2000. A retomada da formação multiprofissional neste local com a criação deste programa de residência dentro do hospital lutava com a ambivalência da necessidade de inserção dos residentes nos serviços substitutivos aos manicômios em consonância com as conferências de saúde mental e com a Política de Saúde Mental do MS, a qual enfatizava os Centros de Atenção Psicossocial para atendimento dos portadores de transtornos mentais. Nesta mesma direção Ceccim (2006) aponta que a formação deve oportunizar conhecimento e vivência do sistema de saúde e de suas políticas, no acompanhamento domiciliar e na rua, nos ambulatórios extra-hospitalares, unidades básicas de saúde, centros e núcleos de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, em programas de redução de danos e acompanhamento terapêutico, comunidades terapêuticas, leitos em hospital geral, oficinas de geração de renda, de criatividade e terapêuticas, plantão 24 horas e centros de convivência, dentre outros. Os espaços de formação devem também ampliar a inserção das profissões ainda não incluídas oficialmente na legislação da residência multiprofissional como a de arte-educadores e arte-terapeutas e pedagogos e psicopedagogos.

A formação de psicólogos na residência multiprofissional é discutida por Lima e Santos (2012) que indicam a residência por proporcionar a aprendizagem pelo trabalho fazendo com que o profissional e equipe construam juntos questionamentos de sua prática o que qualifica e dá melhores resultados frente aos problemas apresentados. Com este estudo percebe-se que a residência multiprofissional pode funcionar como um espaço de produção de operadores da ciência cuidando para que não haja hierarquia, onde um profissional não tome maior poder em relação aos outros, pois cada profissional dentro do seu núcleo pode dar importante contribuição para o campo da Saúde Mental, garantindo a integralidade do atendimento.

O processo saúde-doença-cuidado do usuário é visto pelos psicólogos com ênfase em sua dimensão subjetiva, pois sua formação permite um perfil voltado para a escuta qualificada que tem como foco as necessidades do usuário. Aprimorar esta escuta deve ser o desafio de todos profissionais sem haver diferenças entre os afazeres da equipe. Assim, a escuta se destaca como principal ferramenta terapêutica do trabalho do profissional de saúde nos espaços dos serviços, da comunidade e da cidade. A pesquisa de Lima e Santos (2012) aborda também como a residência multiprofissional pode contribuir para formação de profissionais na medida em que este se mostra disposto e aberto em aprender nesta prática, somando e aperfeiçoando seus conhecimentos com os demais profissionais a medida em que a troca de saberes vai acontecendo. Destaca-se também que a participação de todos os atores que fazem parte do território do usuário em sofrimento mental, também contribui para a formação do profissional, pois a leitura da realidade traz informações que ajudam muito na resolutividade do trabalho.

A residência multiprofissional deve ser vista como um espaço de aprendizagem, onde as práticas são analisadas e interpretadas por diferentes profissionais, fortalecendo sua qualificação dentro de uma postura transdisciplinar. Esta proposta soma ao núcleo profissional de cada um o conhecimento que vem sendo adquirido pelo conjunto de profissionais, de modo que sejam agentes transformadores tanto de si como do que está em volta, considerando as diferentes realidades de cada usuário na busca da atenção em saúde mental. Por isso, entende-se com este estudo que a residência multiprofissional vem contribuindo para as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, pois esta precisa desse olhar com centralidade nos usuários, mas, ao mesmo tempo, valorizando todos os atores envolvidos nesse processo (LIMA e SANTOS, 2012).

Clemente et al (2008) apresenta a Residência Multiprofissional de Psicologia junto ao Programa Saúde da Família, quando contextualiza a trajetória que criou esse programa, reafirma os princípios do SUS junto a equipe, faz reflexões sobre a questão do núcleo profissional não ficar engessando em si, e de que é preciso compartilhar olhares e saberes para qualificar a prática.

Os mesmos autores relatam que nesta experiência, os residentes de psicologia reorganizaram as planilhas do SIA-SUS acrescentando dados importantes que retratam os percentuais de atividades desenvolvidas. Estes demonstrativos qualitativos viabilizaram financiamentos, junto ao Ministério de Saúde, para vinculação de Núcleo Apoio ao Programa Saúde da Família (NASF) principalmente das equipes de Saúde Mental, levando em consideração que 59% dos atendimentos estavam relacionados a problemas mentais. Ainda, comentam a ênfase atribuída pelos residentes ao território, como espaço rico de informações que desnudam o diagnóstico do indivíduo e de sua família e comunidade, fundamentais para eficácia e eficiência do atendimento. Acrescentam também que estes fatores descobertos estão implicados no processo saúde-doença e qualidade de vida. Apontam que a Residência propõe uma prática destemida e transformadora, calcada na militância da Reforma Psiquiátrica. A atenção básica é considerada um cenário importante de formação em saúde, reafirmando um dos eixos do quadrilátero da formação em saúde que indica a importância do residente realizar suas práticas na rede de cuidados progressivos em saúde, independente da sua área profissional de formação.

Quanto à comunhão de esforços entre Programa de Saúde da Família - PSF (atualmente Estratégia da Saúde da Família) e serviços substitutivos, Lancetti (BRASIL, 2000, p.46):

acredita que a saúde mental é essencial ao PSF porque a doença mental não ocorre separada da saúde física. Outros fatos e a singularização do atendimento no PSF, o paciente deixa de ser um prontuário para se transformar numa pessoa conhecida, obrigando as equipes de trabalho a lidar com o sofrimento humano, uma difícil tarefa para a qual não estão preparados.

Um dos estudos analisados abordou a formação dos residentes e suas experiências no campo da saúde mental em vários cenários de práticas (SIMONI, 2007). A autora ao discutir a legalização da Reforma Psiquiátrica, descreve a residência multiprofissional como dispositivo potencializador, articulador e criativo para inventar, redesenhar a assistência à saúde mental. Afirma que a residência multiprofissional é um espaço de formação, onde os profissionais compartilham e trocam saberes, momento de grandes produções, quando se transformam em sujeitos de seu aprendizado.

Assim como Lancetti (BRASIL, 2004), Simoni (2007) refere que a questão de saúde mental, não pode estar pautada somente nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), pois diz respeito à existência humana, portanto está implicada onde a vida do indivíduo acontece, ou seja, no território onde ele habita, isto diz respeito também e principalmente a atenção básica, garantindo assim a atenção integral em saúde, com viés da clínica ampliada, em concordância com SUS e com a Reforma Psiquiátrica. Ainda acrescenta que, as possibilidades do cuidado não estão apenas no sistema fechado, no acúmulo de conhecimento e técnicas, é preciso circular no território. Complementa que o conceito de cuidado, vem substituir a idéia de cura, já que o plano terapêutico deixaria de focar a doença, para se endereçar à complexidade da existência.

Ao tratar da desmedicalização, Simoni (2007) analisa os aspectos relacionados à urgência de querer definir diagnóstico, para dar resolutividade, que na maioria dos casos, não são resolutivos. Exemplifica que em primeiro momento a medicação pode parecer ser a solução, se a pessoa estiver deprimida, mas é preciso entender se existem motivos que causem a depressão, se isso não for explorado e considerado, estar-se-á produzindo uma dependência à medicalização. “É preciso dar tempo ao tempo, para conhecer e perceber a si e ao outro”.

O relato de uma residente entrevistada no estudo de Simoni (2007, p. 173) aponta que "A integralidade só é possível se tu te propor a escutar o paciente". Ela comenta que o espaço de formação é o lugar onde os profissionais em formação se identificam, se diferem, se conhecem e se estranham e, acima de tudo, repensam suas posições.

Este processo de implicação no modo de trabalhar em saúde mental difere num e noutro cenário de formação.

Ao narrar as experiências dos residentes, Simoni (2007), faz denominações de cada um, como forma de inventar modos de trabalhar a saúde mental, colocando em cada um, um sujeito de transformação, e que para tal, é preciso ser talvez um filósofo ou arquiteto, ou alquimista, ou maestro, ou astronauta, ou artista de rua, ou, ou que pense e reflita na construção e, redimensione edificações propondo o cuidado de forma que elimine as fronteiras institucionais, dando passagem à produção do sujeito. A autora ressalta ainda que a Residência Multiprofissional traz aos processos de trabalho, esta mudança de atitude profissional, um trabalhador de saúde mais comprometido com a complexidade da existência da pessoa em sofrimento, que busca através da escuta conhecer e refletir com sua equipe as possíveis intervenções, colocando a si e a outros como sujeitos.

Mesmo não abordando a residência multiprofissional, a experiência do Instituto Raul Soares estudada por Goulart et al (2007) contribui com reflexões importantes na conjuntura histórica da Reforma Psiquiátrica. O trabalho identifica a repercussão da Reforma nos Hospitais Psiquiátricos, traduz a mentalidade inaugural do Instituto Raul Soares (IRS) de Minas Gerais ao propor a humanização do tratamento dado ao portador de sofrimento mental e que enfatizava a importância do ensino e pesquisa neste campo. Os autores descrevem os movimentos em direção a mudanças do modelo tradicional. Salientam a determinação dos Residentes de Psiquiatria que, desde a década de 60, estiveram nos intramuros do IRS, com seus avanços e retrocessos e crítica em relação ao modelo asilar, excludente, tendo como meta a desinstitucionalização. Acrescenta nas contribuições dadas, a Instauração da Psiquiatria Social, espaço de formação para os militantes do processo da Reforma Psiquiátrica, propiciando reflexões, debates políticos de projetos de humanização e inserção social dos usuários junto a suas famílias e comunidade. A experiência do Instituto vem ao encontro das ideias de Saraceno (1999, p.14-15) quanto à psiquiatria de hoje:

Foi distorcida e ou ignorada justamente aquela extraordinária riqueza de saberes nos anos setenta, permitia que a psiquiatria fosse discutida, não só como era natural por psiquiatras, mas também por

filósofos, sociólogos, políticos, poetas, historiadores. Assiste ao encruzamento de idéias de Cooper e Laing, com as de Foucault, Deleuze, Guattari, Castel, com as de Goffman, e finalmente, com as de Basaglia. Parece que hoje se olha com suspeita, se a própria bibliografia de referência e quer ser “mista” e se, ao lado de um estudo epidemiológico de follow-up, se quiser fazer referência a carta aos Diretores de Manicômio de Antoin Artaud. Acaba-se por experimentar aquele olhar suspeito que parece querer dizer “deves escolher de que lado estás”. Eu gostaria que os jovens psiquiatras aprendessem a atravessar esta complexidade de contribuições.

Esta reflexão de Saraceno reforça que a prática deve traduzir a teoria aprendida, que o profissional para ser sujeito do processo de mudança precisa ter respaldo científico.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo da contribuição da residência multiprofissional para a Reforma Psiquiátrica permite que destaquemos o que tem sido apontado por vários estudiosos do assunto, de que para as mudanças requeridas para esta reforma é imprescindível alterar a qualidade das relações de cuidado a saúde, sendo intrínseco a isto que os processos de ensino em serviço articulem conexões com a rede de cuidados progressivos em saúde, na perspectiva de linhas de cuidado. Esses processos de ensino devem por isto propiciar a reflexão sobre as práticas e a revisão de condutas solidificadas dentro dos serviços da atenção centrada na doença e na medicalização.

Assim como os serviços promovem o desenvolvimento de habilidades profissionais, eles devem ser alvos de investimento em educação permanente que possibilitem novas compreensões do trabalho, devem contar com a participação dos usuários na definição de prioridades e nos espaços de gestão e deve haver uma forte articulação dos serviços com as instituições formadoras de maneira que um afete o outro e que o aprendizado seja recíproco. A formação dos profissionais, é a instrumentalização estratégica para qualificação do atendimento em saúde a população, deve considerar todos os aspectos que estão envolvidos no adoecimento, sem recorrer a medicalização e a institucionalização, como a única possibilidade de tratamento. Deve possibilitar novas formas de intervenções que propiciem promoção, prevenção e reabilitação, dando passagem para o usuário apropriar-se de sua história, interagindo no seu contexto e na sua comunidade. Deve conduzir o profissional a questionar sua prática, de forma a responsabilizá-lo, a ser um agente de mudança.

A Residência Multiprofissional em Saúde Mental no território gaúcho foi pioneira no país, e desde sua criação vem contribuindo no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, oportunizando através do ensino em serviço, constantes reflexões entre teoria-prática do processo de saúde-doença e qualidade de vida. Constrói um trabalhador mais inventivo e criativo com intervenções humanizadas e mais próximas do contexto da pessoa em sofrimento mental, num verdadeiro processo de “gente cuidado de gente” (SOUZA, 2000), no percurso dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Estas mudanças tornam-se visíveis no cotidiano dos serviços, junto às equipes e no atendimento à população, na medida em que os espaços territoriais são cada vez mais habitados por seus moradores, onde as diferenças, não servem como rótulos, mas sim como o novo a ser conhecido e refletido. Acredito que este processo de educação permanente, contribuiu e continuará contribuindo, nesta nova arquitetura de vários moldes, que não busca a perfeição, mas revelar e compreender a existência humana, em sua essência, sem fragmentações, em uma grande produção de sujeitos: o profissional e o usuário.

Considero, ainda, que o aprendizado está implicado no processo de vida das pessoas, pois rotineiramente somos surpreendidos a desafios, a dar conta de situações diversas e adversas. Perceber que o modelo cristalizado outrora, serviu apenas para anular subjetividades nos sujeitos e reduzir a atuação dos profissionais de saúde, a meros tarefeiros institucionais,. A proposta da Residência Multiprofissional trabalha com a possibilidade de produzir saúde, sonhar pra si e para outro, e colocá-lo em prática, eleva o grau da auto-estima. Encerro na certeza que o saber não está esgotado, mas que a cada dia tenho a oportunidade de estar qualificando e potencializando minha militância mentaleira, orgulhosa de ser gaúcha, terra fértil, que continua sendo o palco de tantas revoluções, reformas e possibilidades.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, p.21-55, 1995.
- BELINI, Marya Gorete, HIRDES, Aline. Projeto Morada São Pedro: Da institucionalização a desinstitucionalização em Saúde Mental “Morada São Pedro”. **Texto e Contexto – Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p.562-9, out.-dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a03.pdf>. Acesso em 15 mai.2013.
- BRASIL. Presidência da Republica. Lei Federal nº 8080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção de recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 15 mai. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília. 06 de abril de 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em 15 mai. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro 2002, que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília. 19 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília. 13 de fev. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 11.129, que regulamenta a Residência em Área Profissional da Saúde, 2005. **Diário Oficial da União**. Brasília. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS, Brasília, nov. 2005. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15\\_anos\\_caracas.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf). Acesso em: 15 de mai. 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde. Brasil, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde e da Educação. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília. 12 de janeiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33929](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929).

Acesso em 15 mai. 2013.

CASE, Vânia. Saúde Mental e sua interface com o programa de Saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. **Saúde Loucura** 7, São Paulo, n.1, p.121-135, 2000.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, O. Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R.B. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva formação em área profissional de saúde na modalidade educação pós-graduada em serviço**. Disponível em:

<http://187.45.244.33/educasaude/ensino/pg-lato-sensu/residencia-integrada-multiprofissional-em-saude/residencia-integrada-multiprofissional-em-saude-mental-coletiva/>. Acesso em: 11 mai. 2013.

CLEMENTE, Anselmo, MATOS, Damaris Roma, GREJANIN, Danitrelle K. Marques, SANTOS, Heloisa Elaine, QUEVEDO, Michele Peixoto, MASSA, Paula Andrea. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Formação de Psicólogos para a Atuação na Atenção Básica. **Saude e Soc (on line)**, v.17, n.1, p.176-184, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/16.pdf>. Acesso em 15 mai. 2013.

COSTA, Luciana Assis. **O novo lugar do trabalho entre a Sociedade e a Loucura**: estudo de caso de programa de geração de trabalho e renda para as pessoas de sofrimento mental desenvolvidos em Campinas e Belo Horizonte, jun. 2003, 26p.

FELINI, Rosângela Maria. **Desvelando necessidades contrárias através da assistência de Enfermagem ao cliente psiquiátrico**. Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem. Florianópolis, 1999, 157p..

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência Integrada em Saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, v.30, n.1, p.106-12, mar. 2009.

FRANCO, Luiza, LANCETTI, Antônio. Quatro observações sobre as parcerias. **Saúde Loucura** 7, São Paulo, n.1, p.103-107, 2000.

FRICHEMBRUDER, S. C., SILVA, M. C. C., CRUZ, R. A. C. **Curso de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental em Nível de Residência**. In: Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2006. 414 p il.

GOULART, Maria Stella Brandão, DURÃES, Flavio. A Reforma e os Hospitais Psiquiátricos: Histórias da Desinstitucionalização. **Revista Psicologia & Sociedade**, v.22, n.1, p.112-120, 2010.

LIMA, Mônica, SANTOS, Livia – Formação de Psicólogos em Residência Multiprofissional: Transdisciplinaridade, Núcleo Profissional e Saúde Mental. **Rev. Psicologia Ciência e Profissão**. v.32, n.1, p.126-141, 2012.

MARQUES, A., CASTRO, E., VICENZI, I. J., DAMASCENO, J. A., **Projeto Político-pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. (RIS/GHC)**.

MORENO, Vânia. **O processo de institucionalização e a reforma psiquiátrica: representações sociais entre profissionais e ocupacionais da enfermagem**, Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 227p., 1995.

OLIVEIRA, Carla Luiza. **O pensamento de Franco Basaglia na área da Saúde Mental**. Apresentações orais em GT. ABRAPSO, UFPE: Recife, 2011.

PAGLIOSA, Fernando Luis; da ROSS, Marco Aurélio. Saúde Mental Coletiva. **Revista do Fórum Gaúcho de Saúde Mental**. Universidade da Região da Campanha: FAT/URCAMP, Bagé, Rio Grande do Sul. Ano 1-2-3, 1992, 1995 e 1997.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 9.716, de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em Saúde Mental. **Diário Oficial do Estado**. Agosto de 1992. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/legislacao/id326.htm>. Acesso em 15 mai. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. **Projeto Político-Pedagógico RIS/GHC**, 2009. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GcpNet/docSrisprojeto.pdf>. Acesso em: 09 set. 2012.

ROSSONI, Eloá. **Formação multiprofissional em Serviço na Atenção Básica à Saúde: processos educativos em tempos líquidos**. Tese (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SANTOS, Beatriz R. L. et al. Formando o enfermeiro para o cuidado a saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**: Brasília, v.53, n. especial, p.49-59, dez. 2000.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial a cidadania possível**. Tradução de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte/Rio de Janeiro, 1999, 176p.

SILVA, Fernanda Cesa Ferreira, SANTOS, Giseli, MOTEIRO, Jaqueline da Rosa, CUNHA, Leonardo de Santa Helena, LEMKE, Ruben Artur, MELLO, Vania Correa. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v.2, n.1, jan., jun. 2007.

SIMONI, Ana Carolina Rios. **A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em Saúde Mental**. Dissertação (mestrado em educação), Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SOUZA, Maria de Fátima. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. especial, p.25-30, dez. 2000.