

O ENCONTRO DE PSICÓLOGOS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL, NA BAHIA- BRASIL

Mônica Lima
UFBA – ABEP. Brasil

Resumo

Este texto tem como objetivo discutir a formação de psicólogos na modalidade de residência multiprofissional, considerando os significados e os sentidos construídos pelos residentes e preceptores sobre o cotidiano da aprendizagem pelo trabalho. Acompanhamos as duas primeiras turmas de uma residência multiprofissional em saúde coletiva com área de concentração em saúde mental, com 30 residentes de seis áreas diferentes, sete delas psicólogas, participantes das turmas 2008 e 2010. Inspiramos teórico-metodologicamente na Psicologia Social das Práticas Discursivas e da Produção de Sentido e na Antropologia Interpretativa. Realizamos entrevistas semiestruturadas com os residentes, grupo focal com os tutores e diário de campo e aplicamos um questionário sobre inserção ao mundo do trabalho para os egressos da primeira turma. Entre as principais características da residência acompanhada podemos citar: a residência multiprofissional está atenta à hierarquização dos saberes, buscando estratégias para superá-la; preza pelo desenvolvimento de habilidades nos âmbitos da assistência e da gestão, da capacidade crítica e produção de conhecimento; sustenta uma perspectiva de ensino em serviço baseada na pedagogia da implicação e problematizadora; tende a funcionar de modo transdisciplinar (centrada no trânsito dos sujeitos e não da mudança dos campos científicos); está atenta às dimensões da formação de núcleo e campo, ressaltando a dimensão subjetiva do processo; não há crise de identidade profissional entre os residentes, mas há reflexão e maior maturidade profissional partir do encontro com as demais áreas da saúde; embora, não consiga ter o impacto desejado nos cenários de prática-aprendizagem em relação à mudança da organização do trabalho das equipes. Identificamos que todos os 15 egressos da primeira turma estavam empregados, alguns na área específica de saúde mental, outros no campo da saúde, por exemplo, saúde indígena, nos âmbitos da assistência e da gestão da saúde. Duas egressas tornaram-se preceptoras da turma de 2010.

Palavras-chave: Formação em Psicologia, Residência Não-Médica; Residência Multiprofissional, Saúde mental, Formação Transdisciplinar.

Resumen

Este texto tiene como objetivo discutir la formación de psicólogos en la modalidad de residencia multiprofesional, considerando los significados y los sentidos construídos por los residentes y preceptores, sobre el cotidiano de aprendizaje por el trabajo. Acompañamos los dos primeros grupos de una residencia multiprofesional en salud colectiva concentrada en salud mental, con 30 residentes de seis áreas diferentes, participantes de los grupos 2008 y 2010. Nos inspiramos teórico-metodologicamente en la Psicologia Social de las Práticas Discursivas y de la Producción de Sentidos, y en la Antropologia Interpretativa. Realizamos entrevistas semiestruturadas con los residentes; grupos focales con los tutores, y diario de campo; y aplicamos un cuestionario sobre inserción al mundo del trabajo para los egresos del primer grupo. Entre las principales características de la residencia acompañada podemos citar: la residencia multiprofesional está atenta a la jerarquización de los saberes, buscando estrategias para superarla; asume el desenvolvimiento de

habilidades en los ámbitos de asistencia y de la gestión, de la capacidad crítica, y la producción de conocimientos; sustenta una perspectiva de enseñanza de servicio basada en la pedagogía de implicación y problematizadora; tiende a funcionar de modo transdisciplinar (centrada en el tránsito de los sujetos, y no de la modificación de los campos científicos); está atenta a las dimensiones de formación de núcleo y campo, resaltando la dimensión subjetiva del proceso; no hay crisis de identidad profesional entre los residentes, mas hay una reflexión y mayor madurez profesional partir del encuentro con las demás áreas de salud; aun cuando no consiga tener el impacto deseado en los escenarios de práctica-aprendizaje en relación al cambio de la organización del trabajo de los equipos. Identificamos que los 15 egresos de primer grupo estaban empleados, algunos en áreas específicas de salud mental, otros en el campo de la salud, por ejemplo, salud indígena, en los ámbitos de la asistencia y de la gestión de salud. Dos egresadas se convirtieron en preceptoras del grupo de 2010.

Palabras clave: Formación en psicología, Residencia no médica; Residencia multiprofesional, Salud mental, Formación transdisciplinar.

Abstract

This text aims to discuss the formation of psychologists in multi-residence contracts, considering the meanings and the meanings constructed by residents and preceptors about everyday learning at work. We follow the two first classes of a multidisciplinary residency in public health with specialization in mental health, with 30 residents from six different areas, seven of them psychologists, participants of the classes 2008 and 2010. We are inspired by theoretical and methodological in Social Psychology Practices discursive and Sense Production and Interpretive Anthropology. We conducted semi-structured interviews with residents, focus groups with tutors and field diary and applied a questionnaire on entering the world of work for the first class graduates. Among the main features of the residence accompanied include: the multi residence is attentive to the hierarchy of knowledge, seeking strategies to overcome it; values the development of skills in the areas of assistance and management, critical capacity and knowledge production; holds a teaching perspective in service based on the pedagogy of involvement and problem-solving; It tends to work in a transdisciplinary way (focused on the transit of individuals and not the change in the scientific field); It is aware of the dimensions of core training and field, highlighting the subjective dimension of the process; no professional identity crisis among residents, but there is reflection and greater professional maturity from the encounter with the other areas of health; though, it can not have the desired impact on practice and learning scenarios in relation to change the organization of working teams. We found that all 15 graduates of the first class were employed, some in the specific area of mental health, others in the health field, for example, indigenous health, in the fields of assistance and health management. Two graduates have become governesses of the 2010 class.

Keywords: Training in Psychology, Home Non-Medical; Multidisciplinary residence, mental health, Transdisciplinary Training.

Introdução

Neste texto, buscamos compartilhar alguns achados e reflexões sobre o encontro de diferentes profissionais de saúde, em formação, particularmente psicólogos, em uma residência multiprofissional em saúde coletiva com área de concentração em saúde mental, na Bahia-Brasil. Trata-se de resultados do projeto de pesquisa “Ensino em serviço e cuidado em saúde mental: um estudo etnográfico sobre uma residência multiprofissional em saúde mental, na Bahia”, financiada pela Fundação de Apoio de Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). No Brasil, “a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois)

anos [...]. Elas “serão orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais”, segundo a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

A residência acompanhada na pesquisa foi implantada em 2008, formando até 2013 duas turmas, cada uma delas com 15 residentes (enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos e cientistas sociais). Segundo seu projeto pedagógico aprovado pelo Ministério da Saúde esta residência multiprofissional tem como objetivo “capacitá-los, mediante a formação em serviço, para uma intervenção interdisciplinar de caráter crítico, investigativo, criativo e propositivo no âmbito técnico, político, de gestão, ético e estético no campo da Saúde Mental”.

Considerações teórico-metodológicas

Do ponto de vista teórico-metodológico, buscamos utilizar diversidade de técnicas de coleta de dados (entrevistas, observação participante, grupo focal), particularmente, as sensíveis ao registro dos repertórios interpretativos, ou seja, “conjunto de termos, lugares-comuns e descrições usados em construções gramaticais estilísticas” (Spink e Medrado, 2000, p. 37) que ocorrem nos cenários de prática-aprendizagem. Nesta orientação, os sentidos que algo assume no cotidiano das pessoas é buscado “através da não-regularidade e da polissemia (diversidade) das práticas discursivas” (Spink e Medrado, 2000 p. 44). Essa perspectiva envolve em sua análise as “maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações cotidianas” (Spink e Medrado p. 45). Neste particular, compartilhamos com a autora de que as práticas discursivas “remetem aos momentos de *ressignificações*, de *rupturas*, de produção de sentidos, ou seja, correspondem aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a *ordem* como a *diversidade*” (Spink & Medrado p. 45). Outro desdobramento da importância de destacar o posicionamento de cada um dos sujeitos da pesquisa na análise dos seus discursos diz respeito ao fato de que a “força constitutiva das práticas discursivas está em poder prover posições de pessoa: uma posição incorpora repertórios interpretativos, assim como uma localização num jogo de relações inevitavelmente permeado por relações de poder” (Spink e Medrado p. 56).

Nesta direção, entendemos que as interações dos residentes com os usuários, profissionais, preceptores e entre si, nos espaços cotidianos dos cenários de prática-aprendizagem, podem ser analisados como esforços continuados de produção de sentido em processos ativos e interativos; produção de sentido que retoma conhecimentos do imaginário social e produz reinterpretaciones à luz das situações concretas vivenciadas, no aqui-agora. Na perspectiva da antropologia interpretativa desenvolvida por Geertz (1973; 2002), a tarefa do pesquisador, através da escrita etnográfica, tem por vocação conhecer o mundo do ponto de vista do nativo, interpretações de primeiro nível. O registro em diário de campo e as transcrições das entrevistas possibilitaram a leitura e reflexão, a partir da identificação de categorias empíricas que se tornam analíticas, próprias da interpretação de segundo nível. Para Geertz (2002), este nível interpretativo coincide com a passagem da experiência próxima à experiência distante. O autor define experiência próxima como o uso natural e sem esforço de explicações sobre o que os semelhantes vêem, sentem, pensam e imaginam que os demais membros do grupo entenderiam facilmente; por sua vez, a experiência distante é outra interpretação, não menos válida do que a anterior, elaborada para alcançar objetivos científicos, filosóficos ou práticos.

Realizamos entrevistas individuais com os 15 residentes (primeira turma), grupos focais com os residentes da segunda turma, (sete psicólogos eram residentes) um grupo focal com seis tutores (professores orientadores), um grupo focal com os preceptores, entre 2009 a 2012. Em relação à primeira turma, fizemos observação participante, acompanhando um dos subgrupos de residentes em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), registrando as percepções no diário de campo.

No Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, é um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

“CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (Brasil, 2004, p. 13).

Na análise dos repertórios interpretativos dos residentes três noções foram muito importantes, além de outras apresentadas ao longo do texto, a saber: relação núcleo/campo (Campos, 2000), transdisciplinaridade (Almeida-Filho, 1997) e pedagogia da implicação Fagundes (2006).

Alguns teóricos da saúde coletiva têm proposto a reflexão dos processos multiprofissionais de trabalho em saúde, a partir da relação campo/núcleo. Nessa perspectiva, a noção de núcleo se constitui num instrumento teórico utilizado para especificar a demarcação de uma área definida de saberes e práticas, identidades profissionais e disciplinares. O campo seria caracterizado por um espaço de fronteiras indefinidas, onde vários núcleos procurariam auxílio para lidar com questões teóricas e práticas (Campos, 2000).

Almeida-Filho (1997, p. 17) propõe uma noção de transdisciplinaridade “baseada na possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos (pela via da tradução), mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos”. Essa noção de transdisciplinaridade é alicerçada pelo paradigma da elucidação, na busca de integração totalizadora, correspondendo à noção de “ciência que se configura cada vez mais como uma prática de construção de modelos, de formulação e solução de problemas num mundo em constante mutação” (Almeida-Filho, 1997 p. 08). Nessa direção, a loucura, o louco e seu entorno configuram-se como objetos complexos no campo da saúde mental, que não prescindem de especialistas, mas que exigem cada vez mais operadores transdisciplinares da ciência, ou seja, aqueles que lidam com um objeto “multifacetado, alvo de diversas miradas, fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares da ciência” (Almeida-Filho, 1997, p.11). Nesse particular, a análise das dinâmicas cotidianas da produção de conhecimento, seja em grupos multidisciplinares de pesquisas, seja em equipes de trabalho, deve contar com os tais operadores, que seriam aqueles que transitam durante a sua formação e experiência de trabalho em áreas diversas de conhecimento, desenvolvendo uma sensibilidade privilegiada para a articulação de saberes e para o manejo da complexidade dos fenômenos (objetos complexos), não sendo prevista, necessariamente, a mudança dos campos de conhecimento, e sim, maiores possibilidades de compreensão dos objetos complexos (Almeida-Filho, 1997). Os objetos complexos são “aqueles que não se subordinam a nenhuma aproximação

meramente explicativa, e que nem por isso mereceriam ser excluídos do campo de visão da ciência justamente por serem ... indisciplinados” (Almeida-Filho, 1997, p. 10). Tal noção de transdisciplinaridade desloca o foco de reflexão dos campos de conhecimento (típico de algumas versões teóricas que buscam conceituar interdisciplinaridade) para os representantes dos campos (diferentes núcleos profissionais). No entanto, nem todos os representantes de campo de conhecimento desejam ou têm pretensão de se tornarem tais operadores, sequer essa seria uma vantagem por si só, embora o autor ressalte a necessidade de aumentarmos a presença dos tais operadores transdisciplinares da ciência.

Na noção da pedagogia da implicação (Fagundes 2006), encontramos outra fonte para problematizar a formação de profissionais de saúde complementar as noções de núcleo/campo e transdisciplinaridade. Com essa noção, Fagundes (2006, p. 217) ressalta que, para haver transformação dos sujeitos, são necessárias experiências cotidianas de trabalho que promovam a “gestão de processos de mudança de si e dos entornos, mudanças direcionadas para a construção de saberes, de práticas e do poder de autoria, de modo coletivo e produtor de subjetivação”. A pedagogia da implicação “propicia processos coletivos de auto-análise e auto-gestão e ativa a capacidade criativa e de intervenção nas situações vivenciadas pelos participantes ... educação dirigida *a* e produzida *por* coletivos de trabalho e de militância” (que têm por finalidade a “afirmação da vida”) (Fagundes, 2006, p. 218).

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH/UFBA), garantindo aos participantes o direito de conhecer os procedimentos de coleta e análise de dados, além de anonimato e sigilo.

Significados e sentidos sobre a formação multiprofissional no campo da saúde mental

Acompanhamos uma residência multiprofissional em saúde coletiva com área de concentração em saúde mental que busca inspiração nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, mas que lida com uma rede de saúde mental desorganizada: número insuficiente de CAPS por habitante; falta de preparo dos profissionais para lidar com a crise psicótica; falta de retaguarda de outros equipamentos de saúde para auxiliar o CAPS; resistência e rejeição dos usuários em crise por outros serviços de saúde; insuficiência da capacidade institucional para o atendimento de demanda por psicoterapia e de atenção à crise ou situação de emergência; desmonte regular das equipes de profissionais e das coordenações dos CAPS (Jucá e Nunes, 2010). Esta residência tem como particularidade ter articulado a formação em saúde mental no campo da saúde coletiva, ou seja, uma articulação que exige uma perspectiva interdisciplinar/transdisciplinar para a organização dos conteúdos programáticos (das disciplinas ministradas como psicopatologia, atenção psicossocial, saúde mental na atenção básica, redução de danos, clínica ampliada, intensificação de cuidados, psicanálise, etc.) e das práticas.

Do ponto de vista organizativo-pedagógico os residentes são distribuídos em quatro subgrupos multiprofissionais e fazem rodízio (transitam a cada seis meses em diferentes serviços de saúde mental, exercendo atividades assistências e de gestão), nos seguintes tipos: CAPSia (para crianças e adolescentes); CAPS ad (para pessoas com abuso de substâncias psicoativas) e CAPS II (para adultos com transtornos psiquiátricos severos e persistentes), gestão da saúde (âmbito distrital, com atividades de educação permanente). Cada subgrupo multiprofissional de residentes em cada serviço de saúde conta com o preceptor (trabalhador da área de saúde que acompanha as atividades desenvolvidas nos serviços), além de contar com o tutor (professor supervisor da área específica

profissional) responsável por supervisionar as atividades dos residentes, particularmente, aquelas relativas ao seu núcleo profissional específico.

Segundo os participantes da pesquisa, as atividades desenvolvidas por cada subgrupo multiprofissional de residentes nos diferentes serviços de saúde mental têm proporcionado diversidade e riqueza, quando consideramos as especificidades de cada um dos serviços de saúde e seus usuários-alvos (crianças e adultos com transtornos graves e severos, com e sem abuso de álcool e outras drogas). Eles valorizaram o fato de poderem ter experiência com público-alvo diferente, no âmbito da assistência. No âmbito da gestão, dimensão da formação introduzida na segunda turma, a avaliação é muito positiva, pois proporciona uma visão mais completa e completa do funcionamento do campo da saúde mental.

Embora, os residentes, percebam que ora são tratados como “estagiários” ora como “profissionais”, dependendo da conveniência do profissional de saúde. No entanto, a inserção de residentes em equipes multiprofissionais nos serviços de saúde mental tem sido bem aceita pelos técnicos e profissionais.

Em relação às desvantagens do rodízio entre os serviços de saúde mental são apontadas: a imprevisibilidade de manutenção de algumas das ações realizadas, após a saída da respectiva equipe de residentes: por demonstrar uma “quebra” no momento de saída, muitas vezes, quando ainda há um sentimento de que o vínculo com os usuários acompanhados ainda está se consolidando e já é preciso mudar de serviço. No entanto, tais desvantagens são sempre analisadas em contraponto a vantagem do acesso dos residentes às especificidades de cada serviço de saúde:

Com relação a esse tempo de troca é angustiante, porque é muito pouco, muito curto para estar no serviço quando a gente tá consolidando uma coisa, um caso, *está* com aquele vínculo, oficina, até quando a gente propõe uma atividade nova, sabe que tem um tempo de, sabe, dela se organizar, de deslanchar, aí quebra. Eu acho que é um exercício constante de desprendimento assim Eu acho pouco o período, seis meses... **R01/Psicologia** (primeira turma)

Assim, eu acho importante porque você precisa conhecer outros serviços, né? Então também não vai poder ficar seis anos, quatro anos fazendo uma residência, porque, se fosse assim, a gente ia ficar um ano em cada serviço e mesmo assim pra sair ia ser “um parto” [gíria que significa difícil], também. Mas, o que mais me preocupa nesse rodízio é a continuidade das atividades, porque têm projetos que a gente começou. **R03/Educação Física** (primeira turma)

De fundamental importância. Com certeza! A saúde mental tem as diversas especificidades né? E acho que pra gente conseguir é ... formar dentro dessas especificidades existentes é necessário que aconteça esses rodízios sim. ... (Tutora Enfermagem)

Neste sentido, o rodízio entre os serviços de saúde mental também é caracterizado como um “exercício de desprendimento”, porque há claramente a percepção da temporalidade da condição de residente, e que, de qualquer modo, eles têm clareza de que terão de sair em algum momento. Em relação a minimizar o efeito negativo do rodízio, utiliza-se a passagem

de caso/ações/projetos entre as equipes de residentes, uma vez que raramente um profissional do próprio serviço aceita continuar sozinho com a tarefa criada pelo residente.

... Eu acho interessante [rodízio] ... agora eu acrescentaria que se fosse mais tempo seria melhor, porque às vezes quando a gente tá encaminhando os processos, né? A gente chega vai criar vínculo com o sujeito, vai se, vai se apropriar do serviço ... tem que chegar com cautela pra não chegar invadindo, né? Pra não ser invasivo com o outro... e aí quando a gente vai, aí quando a gente faz os projetos e quando a gente vai dar encaminhamento ... aí a gente consegue fazer um trabalho, mas no finzinho a gente tem uma dificuldade de se desligar ... (Tutora, Serviço Social).

... então a vinculação que a gente faz com o usuário às vezes é muito maior do que a que ele faz com o próprio técnico de referência [profissional do serviço de saúde] que acompanha ele há muito tempo, né? E ... assim, a gente teve caso de lugares que a gente passou de o usuário olhar pra gente e falar “se vocês saírem eu também saio” , né? Porque a vinculação ... , conosco, residentes, foi muito forte ... (R04/Serviço Social, segunda turma)

O rodízio proporciona diversidade e riqueza, porque permite aproximação com “modalidades de tratamentos diferentes”; o contato com “equipes diversas”; com as “especificidades institucionais de cada CAPS”; “com as diferenças do cuidado para cada um dos públicos-alvos”.

Merece reflexão o sentido positivo atribuído pelos residentes às experiências multiprofissionais e às exigências do cuidado em saúde mental nos CAPS, que proporcionam maturação multiprofissional e tendem a superar a hierarquização dos saberes e o preconceito tecnológico. Segundo Goldberg (2001), o preconceito tecnológico é entendido como maneira específica de se realizar práticas, que cada profissional adota a partir de um repertório comportamental modelado por sua profissão, sem se preocupar com o sujeito que está sob os seus cuidados, muitas vezes blindado em um não tratar tudo o que se fizer fora deste repertório. Destacamos uma das narrativas sobre este aspecto, no caso, de uma residente em educação física (R06/EDF).

Mas eu consegui fazer intervenções utilizando alguns elementos como o esporte, algumas dinâmicas de grupo, palestras sobre estilo de vida, escuta, muito escuta, dei de psicóloga, não vou mentir, dei de psicóloga bastante ... **R06/Educação Física** (primeira turma).

Neste particular, os residentes percebem que as estratégias de cuidado não são exclusivas de um único núcleo profissional e que todos precisam compartilhar de certo saber-fazer do campo da saúde mental. Por outro lado, as práticas multiprofissionais não são aceitas por todos os trabalhadores de saúde e aí podemos destacar episódios de uma residente da área de educação física (R03/EDF) na passagem pelo hospital psiquiátrico (que já no primeiro ano de funcionamento da residência foi descredenciado, pois era impossível a realização das atividades), que sofreu discriminação negativa pelo psiquiatra que estava de plantão.

Então eu fui lá no [suprimido nome do hospital psiquiátrico], procurei um profissional na emergência, aí expliquei a situação a ele,
uma residente, colega minha, [referindo a uma categoria de residente clássico] estava até no momento junto e eu expliquei. Ele falou: “*sem problema, pode trazer ela aqui*”

que eu atendo, não tem problema nenhum". Eu falei: "Então tudo bem, vou buscá-la". Ele falou: "Você é o quê?". Eu já tinha me apresentado como [suprimido nome de R03/EDF], mas não tinha falado mais nada. Aí eu falei novamente: "Meu nome é [nome de R03/EDF], sou educadora física e sou residente do [nome do programa]".

Ele: "*Perainda?! Virou o quê?! Isso virou o que agora, uma bagunça? Daqui a pouco vai ter até residência pra administrador de empresas*". Aí minha colega falou: "Mas a residência é multiprofissional, tem várias categorias, inclusive cientista social". "*O quê?! Eu não acredito, eu não acredito que isso tá acontecendo, isso é um absurdo, é um absurdo, eu não acredito nisso*" ... Então, eu saí de lá super triste, fui correndo, voltei pro CAPS, não consegui nem mais atender essa pessoa que eu tava atendendo, que só tomei a frente pra ela poder ser atendida. Chorei muito, foi constrangedor, humilhante, sabe?! **R03/Educação Física** (primeira turma)

A busca de maturação multiprofissional, almejada no ingresso desses profissionais em residências multiprofissionais, contrapondo a insegurança profissional dos recém-formados ou daqueles que tiveram uma formação na graduação com "pouca prática", coloca em suspenso a "identidade profissional", dando maior positividade às interfaces entre os representantes de cada uma das profissões. Destacamos algumas narrativas de residentes das ciências sociais (**R12/CISO**) e do serviço social (**R09/SSO**).

... o profissional na equipe multidisciplinar, ele se perde um pouco das suas especificidades, tem o cuidado, tem o sujeito. Mas, pra eu me perder das minhas especificidades é preciso primeiro reconhecê-las, "qual a minha contribuição nesse grupo?". Eu lembro de uma entrevista num seminário de Baremblytt, ele falou que, pra atuação mais adequada, mais correta, é quando um profissional pode representar o papel do outro, ele pode ser um pouco psicólogo, o psicólogo pode ser um pouco assistente social, na medida que ele tenta ... ele se perde da sua identidade e mergulha na do outro, no sentido do cuidado, do cuidado mais integral. Mas cuidar do outro não é algo estranho pra mim não, de verdade não é, não é ... **R12/Ciências Sociais** (primeira turma)

E eu acho que aqui na residência dá oportunidade da gente amadurecer, da gente ter um fortalecimento teórico, fortalecer a nossa prática, a nossa visão, a nossa visão crítica do que está acontecendo. Então, a residência amplia os nossos conhecimentos, os nossos olhares, isso faz toda uma diferença, o cuidado. **R09/Serviço Social** (primeira turma)

Tal maturação profissional é particularmente conseguida via reorganização do trabalho no território, através das visitas domiciliares e acompanhamentos terapêuticos dos usuários, da busca em tecer a rede entre os serviços de saúde e outros setores, seja educacional seja comunitário, particularmente, por ser realizado em duplas de residentes de diferentes áreas profissionais, e, por não ser, a princípio, *setting* de intervenção exclusiva de uma das áreas profissionais envolvidas na residência.

... CAPS como é um serviço ... ele é um serviço psicossocial e a abordagem da residência psicossocial é meio que um consenso, assim eu não percebo muita dificuldade entre a equipe da residência de bancar essa proposta, não tem assim, não lembro assim de dificuldade com as colegas na condução de casos. Existe a dificuldade

com a equipe de técnicos do serviço, de ... às vezes de não validarem, não entenderem, não darem a devida importância ou, então, de não perceberem o que é esse trabalho territorial, porque ele acaba ficando meio invisível, sabe? Quem não conhece o acompanhamento terapêutico que a gente faz a essa adolescente acha que a residente tá passeando sexta-feira à tarde, que ela nunca tá no serviço, ou então não entende a necessidade, porque a gente tem que conhecer a casa de um usuário, o contexto dele, os vizinhos, conhecer a escola, a professora pra poder propor um plano terapêutico de fato individual e singular. Não vê essa necessidade, fica aquela visão meio manicomialista, sabe? De “tá aqui a grade de serviço que o CAPS oferece, eu tenho que pegar essa criança e jogar lá dentro das oficinas que cabem, nos horários que ela não tá na escola”. Ou seja, a dificuldade é muito mais com os técnicos do serviço” **R02/Enfermagem** (primeira turma)

Mas acho que a escuta, o cuidado, o empoderamento, acho que pode ser feito, relação com a família, não sei, acho que, eu acho que têm questões que são comuns, o próprio território. O território, por exemplo, não é um espaço privi ... não é um espaço restrito do sociólogo, é um espaço para todos, pra tá atuando com a família, tá atuando com associações, tá atuando com a igreja, pra tá buscando a inserção social, por exemplo, acho que não tem um ... é um lugar de se perder nessa identidade. **R12/Ciências Sociais** (primeira turma)

Então, assim, estar no território tem sido uma experiência muito rica, porque o tempo todo eu fico desconstruindo esse lugar do psicólogo, que o que minha formação me dava do psicólogo de eu atuar na clínica, de eu ter aquela visão entre o usuário e o profissional, e hoje eu estava acompanhando e as pessoas perguntavam assim: “[nome da usuária], é sua filha?” (risos). Então, assim, eu andava pela rua e essa diferenciação é interessante. E quando as pessoas vêem que é um profissional, até chegam assim: “Um profissional acompanhando ela, poxa, que interessante você estar fazendo esse trabalho”. Então, assim, são casos que demandam que a gente saia dessa postura, que a gente possa estar cada vez mais junto, mesmo, do usuário, entender como é ele nas situações concretas, onde é que ele vive, que rua é essa. E quando a gente começa a entender, sentir isso, compartilhar mais com eles, eu acho até que facilita as nossas intervenções. **R05/Psicologia** (primeira turma)

As experiências de formação em serviço de saúde relatadas favorecem a superação do preconceito tecnológico entre os residentes, ainda que não tenham conseguido o mesmo impacto entre os técnicos e profissionais de saúde, mesmo em CAPS. O trabalho em equipe multiprofissional, parece exigir de todos os residentes envolvidos uma revisão de noção de “clínica”, que se amplia em settings sociais e políticos. Segundo Brasil (2007, p. 13), as características fundamentais da clínica ampliada são: compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular; a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; busca de ajuda em outros setores - intersectorialidade; reconhecimento dos limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e busca outros conhecimentos em diferentes setores; compromisso ético profundo.

Por sua vez, as propostas de intervenção e projetos desenvolvidos pelos residentes parecem colocar sob suspeita a organização do processo de trabalho dos profissionais dos serviços apegados a práticas

exclusivamente dentro dos muros do CAPS, não há como acontecer isso sem uma dose de conflito e interrogações sobre os fazeres de profissionais e técnicos.

No entanto, a nossa prática, o nosso cuidado, demonstrou, pelo que eu pude perceber em outras leituras, é que o cuidado no *setting*, naquele setting CAPS, naquele *setting* terapêutico restrito só percebe a compreensão do sujeito de alguns aspectos, outros não são alcançados.

Então o sujeito não é cuidado na sua integralidade, ele não é cuidado, muito menos nos seus aspectos relacionais, eu não estou dizendo que os aspectos psíquicos, que o empoderamento psíquico não deva ser feito, ele deve ser feito sim, mas tem o empoderamento social, o empoderamento relacional, político que falta naquele CAPS, e que o cuidado... e nós só podemos argumentar a partir dessa prática. **R12/Ciências Sociais** (primeira turma)

E aí, quanto mais a gente vai buscando, revendo as nossas posturas, se a gente se coloca no lugar do profissional, a gente se distancia do usuário, a gente tem que se colocar muito pra conversar mesmo sobre as coisas, aí as coisas vão emergindo. E eu acho que dá um quadro da possibilidade de intervenção exatamente essa presença ativa, por mais que eu esteja ali com ela como uma vizinha, mas é uma vizinha dela. Então, quando eu observo as questões, busco questionar ela, ver qual é o lugar, pra que ela também se tornar ... então eu acho que é esse o diferente que se faz, então não é o *setting*, eu acho que uma das contribuições que tem me dado muito é isso, não é o *setting* clássico da aplicação para uma intervenção, mas sim a nossa presença. Cada vez mais é a nossa presença aqui que faz com que tenham infinitas possibilidades pra gente fazer as intervenções nos usuários. E é muito mais rico e, também, às vezes, é mais complexo. **R05/Psicologia** (primeira turma)

As atividades desenvolvidas pelos residentes em dupla e/ou em equipe multiprofissional parecem favorecer que as tecnologias leves sejam a marca da ação, e não exclusivamente, as tecnologias leve-duras. Merhy (1999, p. 24) descreve três tipos de tecnologias que se apresentam na organização do trabalho em saúde: *tecnologia dura*, reflete o conjunto das intervenções assistenciais que contam com instrumentos específicos (no caso da saúde mental, das tomografias, ressonâncias magnéticas, contenção química, etc.); *leve-dura*, alicerçada pelos vários saberes profissionais estruturados (clínicas psiquiátrica, psicológica, da enfermagem, do serviço social, etc): “leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado; *tecnologia leve* se remete ao processo de relações inerente a qualquer encontro entre usuário e profissional, pelo seu caráter relacional, que anuncia certa forma de agir entre os sujeitos, implicados com a produção de saúde (Merhy, 1997). Sobressaem as tecnologias leves quando se “opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações” (Merhy, 1999, p. 24).

Eu acho que a estratégia assim é você tá disponível, sabe, se colocar mesmo disponível ao que vem, ao que surge, né, tá aberta! Porque muitas vezes a gente acaba sendo surpreendida, então nunca tá pensando antes, o quê que vai acontecer e tal, sempre

tá buscando mesmo esse encontro com o usuário, porque só a partir daí que vai, que vão surgir as idéias do que fazer, de como lidar, como manejar as situações”

R04/Psicologia (primeira turma)

A descrição acima, de uma residente da psicologia sobre a sua estratégia de abordar o usuário, de estar disponível para o imprevisto, mostra-se ilustrativa da aposta do uso das tecnologias leves na produção de saúde, ou seja, no trabalho vivo, que pode ocorrer no encontro entre usuário e o profissional. Os projetos, as oficinas, os acompanhamentos terapêuticos, as visitas domiciliares e, de modo geral, a apropriação que os residentes têm feito do território (Santos e Nunes, 2011) de cada um dos CAPS ao qual se vincularam é o diferencial da reorganização do processo de trabalho, que é muito orientado por conceitos e princípios do campo da saúde mental e, não exclusivamente, dos seus núcleos específicos. Esta característica responde à articulação da referida residência com os campos da saúde mental e da saúde coletiva:

E o mais interessante que esse grupo acontece no Centro Social Urbano, que é um lugar lindo assim, do território. Por isso que eu falo, não vejo o porquê desse CAPS, por mais que ele, é pequeno, tem três salas, parece um ambulatório, mas isso não é motivo pra equipe utilizar isso pra não fazer uma ação social e um trabalho profissional. Porque tem muita gente aqui que se apegam nisso e não sai dessa mini-sala nem a pau! E a gente tá aqui há dois meses e faz todo um trabalho que todo CAPS faz, sem se apegar a essas salinhas, né, que vocês viram. **R03/Educação Física** (primeira turma)

Esta reorganização do processo de trabalho multiprofissional através de atividades extramuros, aqui entendidas como ações terapêuticas, podem aumentar o “poder contratual” de cada sujeito/usuário, sendo função daqueles que cuidam restituir o poder contratual, partir do empréstimo do seu próprio poder como técnico/profissional de saúde mental para aumentar o dos usuários que acompanham. A noção de poder contratual considera que “no universo social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada um indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio” (Tikanori, 2001, p. 55). No caso de usuários com transtornos graves e persistentes, este poder está visivelmente comprometido e as ações de saúde devem suplantar essa dimensão da problemática da loucura na sociedade. Neste sentido restituir o poder contratual dos usuários tem que ser uma das finalidades do cuidado ético em saúde mental, a restituição do poder contratual deve redimensionar a troca de bens, a troca de mensagens e a troca de afetos, uma vez que o objetivo de ações de cuidados em saúde mental é restituir o poder contratual dos usuários (Tikanori, 2001; Saraceno, 2001).

Nesta direção, há visivelmente nessa residência a aposta de que o território seja um espaço educativo fértil para o aprimoramento de cuidado antimanicomial em saúde mental. Esse tipo de atividade extra-CAPS traz uma ampliação das possibilidades de “entender o usuário” e de intervenção. Na medida em que o usuário se apresenta fora de suas relações institucionais (deixará de ser um “usuário”, um caso clínico, com diagnóstico tal, referência de tal técnico, que se comporta de tal forma dentro do serviço etc.), inserindo-se na rede de relações complexas na qual ele vive (familiares, vizinhos, sua comunidade), portanto na vida.

Um outro aspecto muito ressaltado pelos residentes nas suas experiências multiprofissionais no cuidado em saúde mental, é que eles têm adquirido uma capacidade de negociação para lidar com a

hierarquia, sutil ou estarecedora, apresentada por alguns profissionais, e tolerância e diálogo em situações conflitivas, pouco imaginadas anteriormente, como habilidades tão significativas para a sua atuação. Paim e Almeida-Filho (2000, p.91) destacam as seguintes habilidades e competências a serem promovidas na formação de sujeitos “dinamizadores”, capazes de criar modos de cuidado diferentes, que respeitem a heterogeneidade cultural e a riqueza subjetiva dos usuários, dentro de um quadro sanitário marcado pela desigualdade social, tais como: capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realizam; compreensão da organização e gestão do processo de trabalho em saúde; exercício de um agir comunicativo ao lado do pensamento estratégico; advocacy ou habilidade para proceder denúncia de situações e convencimento de interlocutores; tolerância e diálogo em situações conflitivas; atenção a problemas e necessidades de saúde; senso crítico quanto à efetividade e ética das intervenções propostas ou realizadas.

As habilidades desenvolvidas pelos residentes na formação multiprofissional também são positivamente avaliadas, após dois anos de finalização da residência. Destacamos uma das narrativas de um residente psicóloga egressa da primeira turma:

Eu vejo muito, sei lá, 99% de vantagem no trabalho em equipe, porque é uma troca assim, é muito rica a experiência que a gente troca com o outro profissional, tanto teórica, com as reflexões que a gente faz com o trabalho, como na prática mesmo, com essa coisa de não psicologizar tudo, e a desvantagem que eu, a única que eu penso agora, é que às vezes ainda existe uma coisa assim em saúde mental, o status do psiquiatra, né, depois vem o psicólogo, então, alguns outros profissionais que não são psi, eles acham que a gente tem resposta pra tudo, então, a desvantagem é que às vezes eles se colocavam num lugar assim um pouco de perguntar tudo [R01/Psicologia, dois anos após finalização da residência]

A hierarquização dos saberes pode ser uma ameaça para a formação multiprofissional. Entre os residentes como representantes de campos de conhecimento ou profissional diferentes, com menor ou maior aproximação ao campo da saúde mental, deve-se atentar para que um campo não se sobreponha aos outros campos, a ponto de um saber ser superior ou menosprezado. Há certa zona de tensão (Ceccim, 2005) nos espaços educativos multidisciplinares, considerando a presença de representantes de campos de conhecimento e de saberes diferentes, no caso da residência estudada: das ciências da saúde e das ciências sociais e humanas. O acesso a um campo de realizações interdisciplinares e multiprofissionais, ao invés de produzir somente intersecções e intercruzamentos entre os diferentes saberes envolvidos num determinado campo, seria responsável por estabelecer uma zona de tensão na experiência do cuidado, promovendo alteridade e potencializando uma aprendizagem que considera não objetos fragmentados, mas os sujeitos em sua existência cotidiana (Ceccim, 2005). Espera-se que a zona de tensão criada em equipes multiprofissionais gere alteridade e potencialize a compreensão de sujeitos, e não promova objetos fragmentados, mas isto não é algo garantido pela simples presença de representantes de áreas diferentes (Ceccim 2005; Almeida-Filho, 1997).

A força motriz para o trânsito dos residentes entre os campos de conhecimento e os saberes, como indica a narrativa abaixo, tem duas direções, uma delas: a) a capacidade de produção de sentido proveniente da relação teoria-prática, ou seja, frente a uma situação-problema (ex. criança autista) a capacidade teórica (ex. psicanálise) de alimentar a reflexão e orientar o ato concreto de trabalho; b) a

qualidade da relação estabelecida com o preceptor representante da área de saber (que causa resistência) e o residente (independente da área de conhecimento e/saber).

Por causa dessa pessoa que eu conheci [profissional representante da psicologia], que eu vejo que é uma pessoa super competente e que é psicanalista. Mas, assim, eu admiro Freud, porque ele foi um cara que quebrou um paradigma, né? Essa coisa de sair dessa coisa de procurar no corpo e veio a falar da estrutura psíquica e tal, mas assim eu não tenho paciência, não. Muitos artigos de álcool e drogas mesmo, eu não leio. Se for psicanálise, desculpem, mas eu não leio. Porque, pra mim, sinceramente, não consigo. Eu sei que as pessoas falam: Ah, é uma escrita hermética... Mas, se eu achasse que valia a pena, eu ia ler, você tá entendendo, mas eu realmente não acho nem um pouco imprescindível esse conhecimento assim. Então eu tenho, não sei se é uma resistência... eu acho que é, talvez seja. Mas, também, eu abri minha mente, eu vejo que tem coisas interessantes ali. Aí talvez eu ache que seria uma coisa que, pra mim, seria difícil negociar um pouco mais assim. (risos) **R11/Ciências Sociais** (primeira turma)

Eu acho que a residência, ela nos dá muito esse olhar muito crítico, tanto em relação ao acompanhamento dos usuários, que é uma sustentação teórica, então a [tutoria] busca incentivar a gente às leituras. Eu mesmo não gostava muito de psicanálise, mas, depois que eu fiquei no [suprimido nome do CAPS] com o caso de uma criança autista, eu fiz: “Psicanálise, não tem pra onde correr”. E como é gostoso, a delícia da residência é exatamente isso, é que a gente está estudando e trabalhando. Então, assim, aquilo que eu leio, quando eu estou com o usuário, começa a fazer sentido e isso é maravilhoso. **R05/Psicologia** (primeira turma)

Por fim, e não menos importante, a participação dos egressos na Residência (primeira turma entrevistados após dois de finalização) tem grande ou total ligação com as atividades que desenvolvem atualmente, mesmo para os que não tiveram um contato prévio com a área de saúde mental, durante a graduação. Apesar de três profissionais terem permanecido desempregados após deixar a residência, por um período de seis meses, atualmente, todos os ex-residentes estão trabalhando em alguma atividade no campo da saúde geral ou na saúde mental. As áreas de atuação atual dos residentes egressos da primeira turma, podem ser caracterizadas: 1) áreas de ensino e pesquisa, fazendo mestrado ou lecionando em universidades, por exemplo; 2) na área de gestão, como na Secretária de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e; 3) na assistência, em Centros de Saúde Psicossocial (CAPS), Saúde do Indígena, “consultórios de rua” ou mesmo em hospitais psiquiátricos. Vale lembrar que há muitos residentes que trabalham em mais de uma dessas áreas, indicando que a formação da residência também possibilita uma formação completa que permite esse trânsito entre a assistência, gestão e o ensino/pesquisa. Por sua vez, destacamos o fato de alguns egressos exercerem na segunda turma da residência a função de preceptor.

Considerações finais

Os resultados obtidos por meio deste estudo mostram como a formação em serviço, a partir da organização do trabalho em equipes multiprofissionais, pode ser rica e desafiadora para o cuidado em saúde mental. As experiências multiprofissionais podem favorecer a integralidade da saúde e

fomentar a qualificação dos residentes na perspectiva de desenvolverem uma postura transdisciplinar (Almeida-Filho, 1997). A residência estudada apresenta espaços de aprendizagem para reflexão, interação e problematização das práticas, que ilustram a metodologia da pedagogia da educação, na direção apontada por Fagundes (2006).

Percebemos que tanto a interação multiprofissional no trabalho, os momentos complementares de tutoria e a preceptoria quanto à experiência no campo cotidiano da saúde mental levariam à respectiva diferenciação e refinamento de habilidades dos núcleos profissionais compatíveis com as necessidades do campo da saúde mental. No caso das residentes-psicólogas, o contato com a diversidade de saberes e práticas proporcionado pelo ingresso na residência multiprofissional pode levar a maior reconhecimento do seu núcleo profissional específico e contribuir para o alcance da maturidade profissional exigida pelo campo (Santos e Lima, 2011). A formação multiprofissional tem potencial para o desenvolvimento de sujeitos operadores da ciência, com atitudes transdisciplinares. Para tanto, é preciso estar atento à dimensão subjetiva da formação técnico-acadêmico-militante, que diz respeito à experiência singular de cada residente de atribuir sentidos e significados às ações que desenvolve sobre uma determinada problemática, quiçá mais próxima da compreensão de objetos complexos e orientada pela gestão de processos de mudança de si mesmos e dos entornos.

... eu acho que a multiprofissional é muito, é muito mais rica, porque na verdade a prática em saúde mental é multiprofissional a gente trabalha... é isso eu acho que o CAPS tem, essa característica de você trabalhar com diversos profissionais, cada um ter a sua contribuição da sua área, mas a gente se mistura muito no sentido de fazer o trabalho de técnico de saúde mental, que perpassa por todas as profissões. ...”(Preceptor 02).

A presença de uma residência multiprofissional nos serviços substitutivos de saúde mental revela-se como componente fundamental à potencialização destes dispositivos (Lima e Araújo, 2011). Uma residência multiprofissional produz nos sujeitos em formação um tensionamento das fronteiras dos núcleos profissionais, inquietações sobre qual o papel específico de uma categoria, em que diferem as atuações, até onde uma determinada formação profissional permite agir, a quem compete tal função. Leva a perceber o quanto há de fluido e de permeável quando profissionais de diferentes categorias atuam em parceria em determinado espaço, tentando dar conta da complexidade de um campo.

Território que é considerado pelos residentes como uma atividade primordial, “potente” para a produção do cuidado. Sendo assim, os profissionais do serviço passam gradualmente a ver no território um importante dispositivo, principalmente devido aos resultados alcançados pelas atuações nesse âmbito. Começam a perceber o quanto é importante pensar o usuário fora de suas relações institucionais e como esse “fora” é indispensável ao cuidado. Descrever alguns dos espaços educativos do ponto de vista dos residentes demonstra o quão rico e desafiador pode ser a formação em serviço, a partir da organização do processo de trabalho em equipes multiprofissionais para o cuidado em saúde mental. Embora pareça ser muito difícil para alguns profissionais de saúde compreender as contribuições que os representantes de cada um das áreas pode trazer para a organização do cuidado em saúde mental, as experiências multiprofissionais podem ser consideradas como favorecendo a integralidade da saúde e fomentando a qualificação dos residentes na perspectiva de desenvolverem uma postura transdisciplinar. Contudo, vale ressaltar, não é a simples presença, é a

presença qualificada a partir de concepções e estratégias educativas que possibilitem melhor aproveitamento das estratégias potencialmente férteis.

Referências Bibliográficas

- Almeida-Filho, N. (1997). A Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva* 11 (1/2).
- Brasil. Ministério da Saúde (2004). Os CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental. Brasília: *Ministério da Saúde*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Ceccim, R. (2005). Equipes de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In R. Pinheiro, & A. Mattos, (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. (pp. 259-278). Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, ABRASCO.
- Fagundes S. (2006). *Águas da pedagogia da implicação. Intercessões da educação para a política pública de saúde*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, RS.
- Geertz, C. (1973). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- _____ (2002). *O saber local: novos ensaios de antropologia interpretativa*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Goldberg, J. (2001). Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial. Em Pitta, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. (pp. 33-47). 2ª ed. São Paulo: HUCITEC.
- Jucá, J.S.; Nunes, M.O.; Barreto, S.G. (2009). Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: Impasses e Desafios na construção da rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 173-182.
- Lima, M. e Araújo, D. (2011). Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia, *Psicologia: Teoria e Prática*, Salvador, 13(3); 67-80.
- Lima, M; Santos, L. (2012). Formação de Psicólogos em Residência Multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão (Impresso)*, v. 32, p. 126-141.
- Lima, M.; Nunes, M. O.; Alves, V.S.; Santos, M.R.P. (2011). Reflexões teórico-metodológicas para a interpretação das intervenções e do cuidado no território em saúde mental. RECIIS. *Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde* (Edição em português. Online), v. 5, p. 87-96.
- Merhy, E. (2009). O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 4(2), 305-314.
- Oliveira, M; Mota, E. (2007). Entrevista com Eduarda Mota e Marcus Vinícius Oliveira, supervisores do Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos. IN-TENSA. EX-TENSA/ UFBA. Dep. de Psicologia/UFBA, PIC-Programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos. Ano I, n. i (2007) – Salvador, BA: UFBA, FFCH.
- Paim, J.; Almeida-Filho, N. (2000). Nos sujeitos novos paradigmas. Em Paim, J.; Almeida-Filho, N. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. (pp 73-104). Salvador-BA: Casa da Qualidade Editora.
- Santos, M.R.P.; Nunes, M. O. (2011). Território e Saúde Mental: um estudo sobre a experiência de usuários em um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu. Impresso)*, v. 15, p. 715-726.

Saraceno, B. (2001). Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: Pitta, A (org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. (p. 65-69) .2 ed. São Paulo: Hucitec.

Spink, M., & Medrado, B. (2000). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para a análise das práticas discursivas. In M. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (2a ed., pp. 41-61). São Paulo: Cortez.

Tikanori, R. (2001). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. (pp. 55-59). 2ª ed. São Paulo: HUCITEC.