

# Os desafios da interprofissionalidade na Residência Multiprofissional em Saúde: Notas sobre a experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial (UNIFESP)

Fernando Sfair Kinker<sup>1</sup>  
Maria Inês Badaró Moreira<sup>2</sup>  
Maria Inês Badaró Moreira<sup>3</sup>  
Carla Bartuol<sup>4</sup>

**RESUMO:** Este artigo apresenta um relato da experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial da Universidade Federal de São Paulo em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, Santos - SP. Analisa os desafios de se produzir o cuidado em saúde de modo interprofissional e interdisciplinar em busca de superar práticas especialistas e abrir espaços para o trabalho em rede. Discute a importância dos serviços como espaços para aprender-ensinar para o trabalho em saúde no SUS e o seu papel em manter o conhecimento em saúde mental vivo e em movimento de produção. Defende a necessidade de se manter vivos os desafios da formação em serviço como direção às investidas contínuas de promover práticas inovadoras para o trabalho em saúde.

Palavras-chave: residência multiprofissional, ensino, saúde mental, rede de atenção psicossocial,

**ABSTRACT:** This article presents an account of the experience of the Multiprofessional Residency Program in Psychosocial Care Network of the Federal University of São Paulo in partnership with the Santos - SP Municipal Health Department. It analyzes the challenges of producing health care in an interprofessional and interdisciplinary way in order to overcome specialist practices and open spaces for networking. It discusses the importance of services as spaces for learning-teaching for health work in the SUS and its role in keeping mental health knowledge alive and moving. It defends the need to keep alive the challenges of in-service training as a guide to continuous efforts to promote innovative practices for health work.

Keywords: multiprofessional residence, teaching, mental health, psychosocial care network,

**RESUMEN:** En este artículo se presenta un relato de la experiencia del Programa de Residencia

1 Universidade Federal de São Paulo -Departamento Saúde, Clínica e Instituições - curso de Terapia Ocupacional

2 Universidade Federal de São Paulo -Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva -curso de psicologia

3 Universidade Federal de São Paulo -Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva -curso de psicologia

4 Universidade Federal de São Paulo -curso de psicologia - Departamento Saúde, Clínica e Instituições

Multidisciplinaria em Rede de Atenção Psicossocial de la Universidad Federal de Sao Paulo, en colaboración con el Departamento de Salud, la ciudad de Santos - SP. Analiza los retos de la producción de salud en el planteamiento interdisciplinar e interprofesional en busca de superar las prácticas especialistas y abrir espacios para la creación de redes. Discute la importancia de los servicios como espacios de aprendizaje y enseñanza para el trabajo en la salud en el SUS y su papel en el mantenimiento del conocimiento vivo en la salud mental y su movimiento de producción. Aboga por la necesidad de mantener con vida a los retos de la formación en servicio como el norte a los continuos esfuerzos hacia la promoción de prácticas innovadoras de trabajar en la salud. Palabras clave: Residencia Multidisciplinaria, educación, salud mental, red de atención psicossocial,

## INTRODUÇÃO

A interprofissionalidade e a interdisciplinaridade tem se constituído como importantes desafios nos processos de graduação dos cursos da área da saúde e na formação permanente e continuada de profissionais sintonizados com a realidade sempre complexa do SUS.

A perspectiva cartesiana, amparada na hiperespecialização e atualizada pela ideologia flexneriana da fragmentação e da disjunção, com conseqüente aprofundamento do saber e da prática em saúde sobre células, tecidos, órgãos e sistemas, e a ignorância crescente sobre o complexo funcionamento do corpo vivido, ainda se mantém hegemônica, embora muitas tenham sido as tentativas de renovar e revolucionar os processos educacionais<sup>1</sup>.

Iniciativas que se propõem a colocar o foco da formação na complexidade do funcionamento sócio-histórico, cultural, fisiológico e subjetivo do corpo vivido, considerando a co-penetrabilidade e interdependência formativa de cada uma destas dimensões – pois, como disse Morin <sup>2</sup>, o homem é 100% cultural e 100% biológico – ainda carecem de radicalidade, penetração e legitimidade no universo acadêmico, e são cada vez mais necessárias num mundo que tem provado ser a disjunção e a separação ações que destroem e empobrecem a vida e a existência.

Uma das grandes questões problemáticas da formação na área da saúde é o distanciamento dos processos pedagógicos acadêmicos da realidade dos serviços, em especial os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse fenômeno vem articulado ao distanciamento que os próprios profissionais do SUS, absorvidos por processos de trabalho burocratizados e mecanizados, tem das necessidades e dos processos de vida reais dos usuários em seus territórios de vida. Ou seja, ao constante reforço da especialização e da separação das dimensões do corpo vivido nos processos de ensino dentro das universidades se somam os processos simplificadores e empobrecedores da existência humana (afinal, o fenômeno do sofrimento é co-produzido pela relação terapeuta-paciente; estes dois atores constroem no aqui e agora os sentidos dos processos de dor vividos por aqueles que demandam cuidado).

Neste contexto, caberia uma pergunta para sustentar o problema deste artigo: em que medida e de que forma é possível desenvolver processos de re-complexificação do cuidado, e como os programas de residência multiprofissional podem contribuir para o processo de religação de saberes<sup>3</sup>?

Com o intuito de contribuir com essa discussão, este artigo propõe trazer alguns elementos constitutivos da Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) –campus Baixada Santista. Para atingir esse objetivo, serão apresentados inicialmente aspectos que caracterizam o programa e, posteriormente, será realizada uma discussão em torno do tema da interprofissionalidade e interdisciplinaridade, com o intuito de trazer elementos que contribuam com a pergunta acima formulada.

### **Histórico da Residência em RAPS**

O Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial (PRMRAPS) da UNIFESP foi implantado em 2015, como demanda da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SMS) por uma residência na área da saúde mental que teve ressonância imediata para os docentes do Laboratório de Produção do Conhecimento Compartilhado em Saúde Mental. Teve um início modesto, uma vez que abriu vagas apenas para 02 terapeutas ocupacionais, 02 psicólogos e 02 assistentes sociais, que são parte das seis áreas profissionais que constituem os cursos do Instituto Saúde e Sociedade da UNIFESP.

A solicitação da SMS de abertura da Residência veio num contexto histórico de uma cada vez mais ampla articulação e parceria do campus baixada santista com a Prefeitura de Santos. Afinal, a cada ano mais de 700 alunos de 1º ao 3º anos desenvolvem atividades de graduação nas unidades de saúde, outras dezenas de 4º e 5º anos realizam estágios profissionalizantes nas mesmas unidades, e outras iniciativas exitosas já haviam ocorrido no momento de formação do PRMRAPS, tais como: os programas de Educação pelo Trabalho (PET-SAÚDE), a oferta do curso de Especialização em Formação e Cuidado em Rede para 100 profissionais da rede municipal de saúde, vários projetos de extensão, e o Programa de Residência em Atenção à Saúde<sup>4</sup>, que deixou importantes marcas em sua trajetória pelas unidades.

Como já foi divulgado em outras publicações<sup>5,6</sup>, o Projeto Político Pedagógico do campus valoriza a perspectiva interdisciplinar e de construção do comum nos processos pedagógicos e nas práticas profissionais, tanto assim que os alunos dos 6 cursos (Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Nutrição, Educação Física, Fisioterapia) são colocados para viverem experiências e desenvolverem ações juntos em diferentes cenários de práticas desde o 1º ano da graduação. Ou seja, o aprendizado da área profissional e a sua profissionalidade se dá em constante diálogo, troca e construção coletiva com os alunos e professores de outros cursos. Isso possibilita uma experimentação enriquecedora no sentido de fortalecer o auto-olhar pelo olhar do outro e a busca por práticas que partam sobretudo das necessidades complexas de quem busca o cuidado, sem

ficar refém de repertórios e respostas pré-formadas, que moldam as perguntas ou as demandas às respostas e aos saberes padronizados.

Somado ao contexto do projeto pedagógico do campus, outro importante fator que trouxe implicações à constituição da residência foi a trajetória profissional dos docentes que produziram inicialmente as primeiras ideias do que seria o Programa de Residência, em constante diálogo com os representantes da gestão, com a coordenação de saúde mental do município e a Coordenadoria de formação continuada (COFORM), responsável pelos processos de formação profissional e pelas relações entre universidades e Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Os docentes e técnicos da universidade, que se constituiriam como quadro de tutores e como coordenação no programa de residência, vinham de experiências profissionais anteriores à entrada na universidade em serviços e projetos de saúde mental construídos pela Reforma Psiquiátrica, na área da atenção à infância e adultos com sofrimento psíquico grave, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Atenção Básica, processos de desinstitucionalização, entre outros. Nesses projetos e locais desenvolveram ações como profissionais diretamente vinculados ao cuidado, como gestores de unidades, como gestores de programas municipais de saúde mental, como consultores, como supervisores clínico-institucionais. Ou seja, certa visão do que são os desafios da prática cotidiana dos serviços de saúde mental da Reforma Psiquiátrica indicaram os caminhos pelos quais o programa de residência, e os residentes, passariam.

Nesse sentido, o cotidiano interdisciplinar e interprofissional das unidades de saúde mental deveria ser um balizador para a organização da inserção dos residentes na rede de serviços. Elementos como o trabalho em equipe, a organização do trabalho a partir das necessidades dos usuários e não de esquemas pré-formados, o trabalho territorial de reconhecimento e produção de novas realidades e de mudanças na cultura e nas relações de poder, a flexibilidade e a prontidão dos serviços em contraste com os processos burocratizados e engessados, os processos de reabilitação psicossocial, o trabalhar junto e o apoiar-se mutuamente, a importância da escuta e do olhar atentos, que superam filtros e a tradução diagnóstica em códigos simplificadores, o investimento no protagonismo e no saber dos usuários como ponto de partida de toda a prática do cuidado, todos esses elementos circunscreveram a organização do trabalho dos residentes, e todas as iniciativas organizativas que serão descritas abaixo.

Como último elemento de descrição do histórico da formação do programa, cabe ressaltar o intenso trabalho coletivo de discussão e negociação com os representantes da SMS na definição de quais seriam os cenários de práticas, quem seriam os preceptores e quais seriam as áreas profissionais que comporiam a residência.

Destas discussões participaram, além dos representantes mencionados acima, os coordenadores de todas as unidades de saúde mental. Esse processo de discussão e negociação levou em conta

a característica e o momento vivido por cada equipe, o perfil dos preceptores, e a viabilidade de se produzir uma inserção cuidadosa dos residentes. Estes teriam que viver processos de trabalho em equipe, junto com os demais profissionais, exercendo sua capacidade profissional, mas tendo garantido seu espaço para reflexão coletiva da prática. Cuidado especial foi tomado para que os residentes não fossem colocados em unidades que não estivessem suficientemente preparadas para recebe-los e apoiá-los, evitando assim o abandono ou o risco de que ocupassem os buracos e fizessem frente solitariamente às fragilidades das unidades, encobrindo assim contradições como a ausência e insuficiência de funcionários.

Além disso, como se verá adiante, pensou-se na possibilidade de produzir espaços de reflexão e formação, a partir da residência, aberto aos membros das equipes dos serviços, como forma de potencializar o saber e as práticas coletivas. Tomando esses cuidados, pensou-se ser possível criar para os residentes espaços de prática e aprendizagens ao mesmo tempo desafiadores e acolhedores, dando a estrutura básica para que pudessem crescer profissionalmente ao oferecer também às unidades novas iniciativas, projetos, ações criativas que pudessem potencializar o cotidiano dos serviços.

Como resultado dessas discussões, foi definido que os residentes ficariam em duplas de áreas diferentes em 3 dos CAPS III (lembrando que o programa de saúde mental de Santos possuía na época 5 CAPS III, 01 CAPS AD, 01 serviço de saúde mental voltado a adolescentes, 03 serviços de saúde mental infantojuvenis - Centros de Valorização da Criança, residências terapêuticas, e a Seção de Reabilitação Psicossocial). Os primeiros preceptores foram os coordenadores de cada uma dessas 3 unidades, sendo um de cada área profissional, o que facilitou a inserção dos residentes junto às equipes. Definiu-se também que no segundo ano da residência os R2 ficariam em trios em 2 unidades diferentes, uma do campo da saúde mental infantil (CVC da Zona Noroeste) e outra do campo de álcool e drogas (CAPS AD), trocando de posição semestralmente, de forma que todos os residentes tivessem a possibilidade de vivenciar cenários dos 3 grupos populacionais abrangidos pela política de saúde mental: adultos com sofrimento psíquico grave, pessoas com dependência em álcool e drogas e crianças com sofrimento psíquico. Como na época não havia nem Núcleos de Apoio à Saúde da Família nem profissionais desenvolvendo ações de saúde mental na Atenção Básica, mas iniciativas de matriciamento dos profissionais dos CAPS aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, optou-se pela estratégia de intensificar as ações de saúde mental na Atenção Básica a partir dos CAPS; ou seja, os residentes não ficariam lotados na Atenção Básica, mas desenvolveriam ações de matriciamento nestas unidades.

### **Características do Programa de Residência**

A Rede de Atenção Psicossocial foi regulamentada pela Portaria Ministerial nº.3088/2011<sup>7</sup>e representa um avanço no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Política Nacional de Saúde Mental e da Lei n. 10216/01<sup>8</sup> por estabelecer a integração e articulação da atenção ao sofrimento psíquico em diferentes serviços e por estar orientada por Eixos Estratégicos de (1)

Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental;(2)Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental; (3)Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação e (4) Ações de prevenção e redução de danos.

Neste sentido observa-se claramente a intenção de trabalho para que as ações da atenção psicossocial possam ser potencializadas e ganhem maior alcance nos diferentes serviços e territórios, garantido o cuidado desde os serviços que são considerados porta de entrada até a atenção hospitalar. O trabalho para a implementação e construção desta rede, é desde o início escolha e posição político-pedagógica do PRMRAPS.

Com o intuito de facilitar a detecção de elementos para a discussão, são elencados abaixo algumas das características do PRMRAPS:

1) Protagonismo dos preceptores e aprendizado em rede.

Partiu-se do pressuposto de que a parte mais intensa do aprendizado se daria nos cenários de prática e, nesse sentido, o papel do preceptor assume importância fundamental. Afinal, esta personagem é que tem condições de identificar e vivenciar no corpo os principais desafios, colocar-se no lugar daquele que é desafiado o tempo todo a dar respostas e, ainda, conseguir articular-se com os demais profissionais e os demais pontos da rede de forma a produzir respostas potentes e transformadoras. No caso, as 3 preceptoras que assumiram a preceptoria dos R1 eram muito experientes, estavam na rede há anos e compreendiam com clareza o objetivo e o sentido do trabalho, embora sofressem com as dificuldades que os serviços passavam devido à sucessão de gestões municipais que pouco investiram nos serviços de saúde mental. Os preceptores, assim, foram estrategicamente escolhidos para garantir uma inserção cuidadosa aos residentes, que teriam assim condições de liberdade para criar e desenvolver projetos inovadores, sem estarem dissociados da equipe, mas imersos em todos os contextos e momentos do cotidiano dos serviços.

A possibilidade de terem como preceptores os coordenadores de unidade, a princípio, possibilitou aos residentes sentirem-se legitimados e fortalecidos para estabelecerem novas conexões e parcerias com os outros atores da rede, fossem esses serviços das áreas da saúde, educação, assistência social, cultura, ONGs, grupos comunitários, entre outros. Essa possibilidade de vivenciar articulações e parcerias concretas é o que ajudaria a constituir as redes de apoio à autonomia, em contraposição às redes empobrecedoras de contenção da vida<sup>9</sup>, uma vez que as redes só existem no aqui e agora das ações, atravessadas por fluxos de saberes, práticas, valores culturais e relações de poder. Alguns exemplos de formação de redes serão dados quando se dissertar sobre o protagonismo dos residentes, nos itens abaixo.

2) Inserção cuidadosa dos residentes nas equipes

Como dito acima, a possibilidade de ter os coordenadores de unidade como preceptores favoreceu a inclusão dos residentes nas equipes. Os apoios eram mútuos e, como correspondência



ao cotidiano interdisciplinar dos CAPS, os residentes podiam contar a todo o tempo com os diversos profissionais da equipe, fossem eles de qualquer categoria profissional. Da mesma forma, podiam vivenciar e desenvolver ações com os diversos profissionais, tais como a coordenação de grupos terapêuticos, oficinas, a realização de atendimentos domiciliares de rotina ou de urgência, atendimento no acolhimento da unidade, exercício do plantão nos dias de semana (quando o profissional se responsabiliza pelo andamento da unidade em determinados períodos), plantões nos finais de semana (pois as unidades dos R1 funcionavam 24 hs por dia, todos os dias da semana), compartilhamento da referência dos usuários (ser o terapeuta e a referência dos usuários na relação com a unidade, conhecendo melhor a realidade destes, suas famílias, suas condições de vida, e construindo junto a eles seu Projeto Terapêutico Singular). De uma forma geral, pode-se dizer que os residentes compuseram as equipes, sendo acolhidos e acolhendo, e exercendo sua profissionalidade com o respaldo das equipes, o que potencializou muito o aprendizado.

3) indissociabilidade entre as reuniões de núcleo profissional, de áreas profissionais e do programa.

Esta foi uma opção tomada que considerava a realidade concreta de funcionamento dos serviços. Afinal, nestes, os processos de formação permanente continuamente se dão de forma coletiva e interdisciplinar, seja através de experiências de supervisão clínico-institucional, cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização, ações de matriciamento, etc. Não haveria porque, e seria contraproducente realizar processos de formação/discussão separados por categorias profissionais. Afinal, os temas fundamentais a serem discutidos não dizem respeito a categorias separadas, mas se colocavam como desafios ao trabalho e à construção coletiva. Desta forma, construiu-se uma dinâmica em que, em todas as segundas-feiras, alternadamente, ocorriam: a) reuniões de todos os residentes e todos os preceptores juntos; b) reuniões entre todos os residentes, preceptores, tutores e, eventualmente, com a participação de profissionais dos serviços.

Durante o 1º ano da residência, as discussões temáticas foram realizadas com a presença de todos. Quando da entrada de novos R1, optou-se por uma organização em que, numa segunda-feira, os preceptores dos R1 e os R1, e os preceptores dos R2 e os R2 se encontravam separadamente; na seguinte, os preceptores dos R1, os R1 e os tutores de referência dos R1, e os preceptores dos R2, os R2, e os tutores de referência dos R2 se reuniam separadamente, e na seguinte todos os atores se reuniam num único encontro.

Com a entrada dos R2 e o aumento no número de participantes, foi possível também pensar na constituição do Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE), com a participação de representantes de tutores, preceptores e alunos (embora no regimento da COREMU-UNIFESP não estivesse previsto a participação dos residentes, constituiu-se um grupo paritário para o NDAE). Constatou-se que a realização conjunta das reuniões de núcleo profissionais e área profissional congregando todas as categorias propiciou um enriquecimento dos processos de discussão. O intercâmbio e a produção coletiva serviram de base para formação nuclear, a partir da discussão de

situações cotidianas complexas e temas teóricos, ou seja, de problemas reais do cotidiano.

Os temas importantes a serem discutidos pertenciam a todas as categorias profissionais, e estas teriam o desafio de contribuir com a construção histórica de suas profissões na elaboração desse saber coletivo, fundamental para a prática do dia a dia. Já graduados, caberia aos residentes colocarem à mesa suas contribuições para o saber coletivo, o que tenderia a fortalecer a própria identidade profissional, mas de forma colaborativa e não corporativa, sem lutas por espaços privativos e legitimidades incontestadas, a despeito das necessidades dos usuários.

4) aprofundamento de temas nas aulas teóricas, considerando de forma dinâmica as necessidades decorrentes do processo de trabalho.

A definição de temas tem se dado numa conjugação entre aqueles que compreendem os pressupostos do Programa, ou seja, a Atenção Psicossocial no âmbito da Reforma Psiquiátrica, e outros que surgem a partir de problemas concretos do dia a dia. Dessa forma, por exemplo, os R1 definiram temas considerados importantes para eles, e foram realizadas aulas pelos docentes e seminários pelos residentes, alguns deles com a participação de profissionais da rede.

Nessa linha, também foram formados junto aos R2 grupos de estudo com temas relacionados à saúde mental infantojuvenil e à atenção psicossocial a pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Tais grupos de estudo eram coordenados pelos docentes e tinham uma duração definida a priori. Houve também a participação de profissionais dos serviços que atendem a esses 2 grupos, e que são cenários de prática da residência. Atualmente, as reuniões gerais têm servido tanto para discutir e deliberar sobre questões administrativas e operacionais, discutir problemas e situações de atendimento, como para a discussão de alguns temas teóricos.

5) incentivo ao protagonismo dos residentes nas ações comuns de fortalecimento da rede.

O protagonismo dos residentes sempre foi considerado um princípio estratégico do processo ensino-aprendizagem no âmbito da residência. O estímulo ao desenvolvimento de novos projetos tanto internos a cada serviço como entre serviços também foi uma estratégia para fortalecer o trabalho em rede e enriquecer o cotidiano do processo de trabalho, entendendo que quanto mais rico e intenso este processo nas unidades mais significativo e rico seria o aprendizado prático, vivencial e teórico dos residentes.

A partir dessa possibilidade de exercício de poder, legitimado não só pela universidade mas sobretudo pelos preceptores e a equipe, os residentes foram protagonistas de várias ações e projetos, tais como a participação em editais do Ministério da Saúde quando se conquistou recursos para projetos culturais, de reabilitação e fortalecimento do protagonismo dos usuários, a organização do VER-SUS (Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde) nos serviços da rede



de saúde de Santos, a realização de eventos e atividades conjuntas entre as unidades, como festas, debates, rodas de conversa e a confecção de um filme sobre a questão dos direitos e cidadania feito junto aos usuários dos serviços de saúde mental, a organização de bloco de carnaval, etc.

Os residentes tiveram intensa participação também nas reuniões da Frente Antimanicomial da Baixada Santista, em aulas abertas desenvolvidas na universidade e que tiveram como público usuários, profissionais, estudantes, docentes e gestores da RAPS. Tais ações possibilitaram o exercício profissional em rede e intersetorialmente, gerando novos aprendizados e experimentações.

6) integração com estágios, projetos de extensão e demais atividades acadêmicas.

Seguindo um dos pressupostos do Projeto Político Pedagógico do campus, fez-se um esforço para articular as diversas ações desenvolvidas junto a rede de serviços, e dentro da própria universidade. Assim, a integração entre residentes e estagiários da mesma unidade e mesmo a participação destes atores em projetos de extensão potencializaram as ações nos serviços e fortaleceram a presença da universidade nos espaços reais de cuidado e outros espaços comunitários. Em algumas situações os residentes puderam também participar juntos de aulas oferecidas aos pós-graduandos do mestrado profissional e aos graduandos, o que intensificou a troca de experiências e a construção de saberes e modos de operação comuns. Essas iniciativas contribuíram também para consolidar e dar corpo ao projeto pedagógico do campus.

## DISCUSSÃO

Após a apresentação de características do PRMRAPS, cabe retornar à reflexão sobre os desafios da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade, tendo como baliza a questão elaborada no início deste artigo, qual seja: em que medida a residência multiprofissional pode contribuir para tornar complexo e rico o processo de cuidado e para religar saberes de diferentes disciplinas e áreas profissionais?

É importante destacar que o modelo de formação por meio de residências foi regulamentado na década de 1970 pelo decreto 80.281<sup>10</sup>, visando a qualificação médica. Ainda nesta década houve experiências de residência em saúde comunitária com caráter multiprofissional extintas no início da década de 1990<sup>11</sup>. Entretanto a partir da Portaria interministerial no. 2.117 que instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde<sup>12</sup> houve o fortalecimento de ações entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação com vistas à formação multiprofissional, como ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinado às outras categorias profissionais que já estavam integradas nas equipes do SUS, confirmando-o como espaço formador.

Em primeiro lugar, seria importante salientar que, diante da opção por desenvolver as atividades de núcleo numa perspectiva interdisciplinar, vale lembrar que os residentes são profissionais

graduados já devidamente registrados em seus conselhos profissionais. A atividade desenvolvida pelo residente, no âmbito da residência, é sempre uma atividade de profissional, no entanto, os residentes estão na condição de profissionais em treinamento, sob a responsabilidade de outro trabalhador mais experiente, para auxiliá-lo diante dos desafios complexos. E, em segundo lugar, porém não menos importante é a consideração de que a profissionalidade não se encerra com a formação acadêmica, mas é construída de maneira processual, nos diferentes espaços das ações profissionais.

Tendo o residente já desenvolvido as devidas habilidades e competências que garantem as condições de desenvolver sua prática específica, para a qual foram formados, o desafio mais difícil de solucionar é viabilizar de fato o trabalho em equipe e em rede, de forma interdisciplinar, ou seja, constituindo através da ação conjunta fazeres inéditos de intervenção cujo resultado ultrapasse a somatória das ações individualizadas das áreas profissionais.

Este parece ser um desafio que se confirma cotidianamente, diante da inserção na realidade dos usuários, em busca de traduzir suas necessidades, de forma a construir percursos e trajetórias que transformem as condições concretas de vida, de se vivenciar o sofrimento e as relações de poder que estão submetidas. Poderíamos dizer que se trata da possibilidade de desenvolver e aperfeiçoar o diálogo de sua profissão e saber em aproximações críticas ao que pode ser produzido no encontro que se dá no cotidiano do serviço, no território.

Diante disso, pode-se defender que a partir de seus núcleos de conhecimento, os residentes sejam capazes de produzir ações interdisciplinares quando apoiados pela equipe em que estão inseridos, em um campo em contínua transformação, como o campo da saúde mental.

Para Campos<sup>13</sup> a institucionalização de saberes e os modos de organizá-lo partiria da conformação de núcleos e de campos. Núcleo seria compreendido como uma aglutinação de conhecimentos comprometidos com a produção de valores de uso sob o qual se demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional, dentro de um determinado campo. Espaço de limites imprecisos de intervenções em que as profissões buscariam apoio contínuo no exercício de ações práticas que respondam à demandas coletivas e/ou busquem responder desafios e questões teóricas. Deste modo, um núcleo indica uma certa concentração de saberes e de práticas, sem a necessidade de se romper com a dinâmica constitutiva de um campo.

Este desenho de residência como um processo de formação envolvendo diferentes protagonistas, diferentes áreas de formação e instituições comprometidas com a formação para o SUS, demandou o reconhecimento destes espaços de formação como espaço de construção de novas intervenções e práticas e não espaço de disputa por lugar e conhecimentos. Talvez este seja o fino retoque necessário e inacabável do cotidiano do trabalho em saúde, que deve-se manter como um desafio

constante uma vez que o novo é o destino certo para todos os trabalhadores da saúde.

Em respeito à manutenção deste desafio vivo, entende-se ser necessário desmistificar a ideia de que é necessário fortalecer o núcleo para que este possa participar da produção interdisciplinar. A experiência aqui apresentada demonstra que, ao contrário, o núcleo profissional se constitui e se fortalece na prática interdisciplinar. Para isso, é necessário oferecer possibilidades de ações que possam superar o corporativismo e as visões simplificadoras que impedem o aprendizado e o enriquecimento da prática profissional, a invenção de novos saberes e práticas centradas e construídas a partir das reais necessidades dos usuários <sup>14</sup>.

Pode-se afirmar que a noção de disciplina, compreendida a partir do referencial cartesiano ainda hegemônico como base dominante na ciência da modernidade, não tem contribuído para o trabalho no SUS. E com este desenho tem-se experimentado o afastamento do paradigma cartesiano e se aproximado do denominado paradigma da complexidade<sup>15</sup> proposto como marco transformador da ciência contemporânea; a experiência vivenciada por todos os protagonistas desta Residência Multiprofissional confirma a necessidade de buscar no trabalho compartilhado em equipe o espaço inventivo necessário às novas demandas humanas.

A resultante deste intenso processo é a criação de campo em intensa transmutação, a partir de diferentes olhares e fazeres convergentes tendo como elemento central, o usuário e sua vida, num processo de transformação das práticas de assistência em saúde mental: serviços substitutivos ao manicômio, garantia de direitos aos portadores de transtornos mentais, trabalho sobre o território, entre outros.

O ponto de encontro destes recursos e ferramentas teórico-conceituais e práticas, o usuário, também participa da construção de seu projeto terapêutico que envolve residentes, preceptores e demais protagonistas em diversas situações de encontro e troca. Esta ação culmina na produção de um novo conhecimento, este sim um conhecimento de encontro e portanto, transdisciplinar, como conceituado por Almeida filho<sup>16</sup>: fruto de comunicação intensa entre agentes interdisciplinares que circulam, não pelo discurso, mas pela troca e o trânsito contínuos. Nesta perspectiva, os residentes que vivenciam “aprender junto” enquanto realizam suas práticas no cotidiano dos serviços podem vivenciar uma experiência inovadora de se perceberem agentes transformadores e transformantes, capazes de trans-passar as fronteiras de seus núcleos de conhecimento em um agir em saúde construído no encontro com o outro.

Se apostamos na Residência Multiprofissional como recurso para ampliar e fortalecer a formação para o SUS, é necessário sobretudo, superar a ideologia que simplifica a experiência complexa do sofrimento na doença<sup>17</sup>, descontextualizando as formas de produzir a realidade, e oferecendo respostas pré-formadas e automatizadas. É necessário trabalhar ‘com’ os repertórios, e não ‘para’

os repertórios profissionais. Nesse sentido, todo encontro terapêutico implica encontros e tensões entre saberes diversos, diferentes áreas profissionais que necessitam ser interpenetradas por outras para produzir as metamorfoses que podem enriquecê-las.

A ideia que vem sustentando este processo está sob inspiração de Bondiá<sup>18</sup> ao contrapor a experiência à quantidade de informação que se recebe em ambientes formadores. Para este autor a experiência é o que passa, o que acontece, o que toca. O cotidiano dos serviços se dá com diferentes e inusitados fatos e a aposta em posturas abertas para a experiência é o ponto fundamental para a construção de novos fazeres.

Entende-se que a experiência interdisciplinar, na perspectiva aqui apontada, possibilita aquilo que é o mais importante para a prática do cuidado: a voz, a expressão, o exercício de poder dos usuários que ao exercerem esse poder e seu saber, podem construir novas realidades não submetidas aos códigos e simplificações dos repertórios profissionais.

Os usuários podem deixar de se submeter a um processo de coisificação quando percebem que o saber e a prática dos profissionais é fluida, permeável a novas descobertas, falível como tudo no mundo e, nesse sentido, a transformação dos residentes nesta experimentação é condição para a produção de novas realidades emancipatórias, considerando que as respostas oferecidas nos processos de cuidado co-produzem as características das experiências de sofrimento e as realidades construídas sobre elas.

Em segundo lugar, e a título de conclusão dessa discussão, caberia manter espaço de diálogo sobre a residência multiprofissional em aberto. Deste modo pode-se apontar outro desafio que se soma ao da produção da prática interdisciplinar.

Este outro desafio chama-se “Formação para o SUS” e nos remete a uma reflexão sobre o caminho da educação em serviço e para a formação para o trabalho em saúde de um modo mais amplo. Do ponto de vista das formas em que o processo de ensino aprendizagem vem se concretizando tendo o SUS como espaço formador, é primordial resgatar Arendt<sup>19</sup> ao defender o processo de educação como o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele, e na medida desse amor, trabalhar para salvá-lo da ruína que seria sem a renovação vinda de novos modos de pensar-fazer. A vivência da Residência expõe a todos a um intenso trabalho de deixar os processos dos alunos surgirem e acompanhar este processo, de modo a oferecer sustentação.

No caso da participação ativa dos residentes neste processo pode-se identificar um refrescar de ideias a partir dos estranhamentos advindos de um olhar de quem ainda “não havia passado por ali”. Olhar de estranhamento e, muitas vezes de indignação ao se deparar com a estigmatização e o preconceito diante do sofrimento humano. Esta autora lança a questão sobre este importante

processo em que os envolvidos decidem se amam as pessoas o bastante para não abandoná-las a seus próprios recursos e tampouco arrancar-lhes a oportunidade de empreender esforços para encontrar um modo novo de fazer, imprevista aos que já o fazem anteriormente. É o que se buscou incansavelmente nestes dois anos de residência multiprofissional em rede de atenção psicossocial: não lançar um olhar “maduro e experiente” sobre o olhar encantado do novo e com isso não antever os novos processos diante das situações vindouras.

## CONCLUSÃO

A experiência do Programa de Residência reforçou a necessidade de substituição das formas ineficazes de capacitação profissional, como cursos e treinamentos de protocolos, pelo processo dinâmico do aprender fazendo em conjunto, quando todos aprendem e todos ensinam. A proposta do estudar e do fazer juntos torna-se então uma importante pista não apenas para tornar complexo o processo de cuidado, mas para religar os diversos saberes, que podem irrigar e adubar uns aos outros, produzindo novos meta-pontos de vistas<sup>15</sup>, que podem produzir novas realidades emancipatórias.

Enquanto uma aposta de formação em serviço voltada para as necessidades do SUS, os programas de residência multiprofissional devem evitar reproduzir situações precarizadas de trabalho, negando o lugar de mão-de-obra barata dos residentes e contribuindo para a construção de agentes potencializadores da vida. Eles, os programas de residência, podem representar respostas à altura dos desafios de qualificação da RAPS.

## REFERÊNCIAS

1. Feuerwerker LCF, Capozzolo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO. Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. p. 35-58
2. Morin E. Meu caminho. Trad. Edgard de Assis Carvalho e Mariza Perassi Bosco. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. p. 189-567.
3. Morin E. Os desafios da complexidade. In: MORIN, E. A religação dos saberes: Jornadas temáticas idealizadas e dirigidas por Edgard Morin. Trad. Flávia Nascimento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. p. 559-67.
4. Uchôa-Figueiredo LR, Rodrigues TF, Dias IMAV (Org.). Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016.

5. Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO. Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 2013

6. Universidade Federal de São Paulo. Projeto Político Pedagógico dos cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional. São Paulo. Unifesp, 2006. Disponível em <[http://www2.unifesp.br/homebaixada/projetopedagogico\\_baixada.pdf](http://www2.unifesp.br/homebaixada/projetopedagogico_baixada.pdf)>. Acesso em 25.01.2017.

7. Brasil. Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2011.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. 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**, seção 1.

9. Kinker FS. Ferramentas potentes da Atenção Psicossocial: as redes de apoio à autonomia e o trabalho no território. In: Boing AF, Assis FB. Alcool e outras drogas: da correção à coesão. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina/Ministério da Saúde. p. 131-151.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto n. 80.281, de 05 de setembro de 1977. Regulamentação da Residência Médica e criação da comissão Nacional de residência medica. Brasília, DF, 1977.

11. Ceccim, R. B.; Armani, T. B. Educação em saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001

12. Brasil. Diário Oficial. Portaria Interministerial n. 2. 117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providencias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005.

13. Campos G W. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):219-230, 2000.

14. Basaglia F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. (Org.). A instituição negada. Trad. Heloísa Jahn. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001. p. 99-133.

15. Morin E. O método 4: As ideias, hábitat, vida, costumes, organização. 3. ed. Trad. Juremir Machado da Silva. PortoAlegre: Sulina, 2002. 320 p.

16. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Saúde e Sociedade* v.14, n.3, p.30-50, set-dez 2005.



17. Rotelli F. A instituição inventada. Trad. Maria Fernanda de Silvio Nicácio. In: NICÁCIO M. F. S. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-100.

18. Bondiá JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de Educação, n. 19, Jan/Fev/Mar/Abr, 2002.

19. Arendt H. A crise na educação: III e IV. Entre o passado e o futuro. São Paulo: Perspectiva, 1972.

Artigo apresentado em 01/02/2017

Artigo aprovado em 02/02/2018

Artigo publicado no sistema em 25/11/2018