



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**PAULA CRISTINA VIANNA GOULART GALLINDO**

**A RESIDÊNCIA DE PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL: UMA  
EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Salvador**

**2022**

**PAULA CRISTINA VIANNA GOULART GALLINDO**

**A RESIDÊNCIA DE PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL: UMA  
EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito à obtenção do título de mestre em Psicologia e Intervenções em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lêda Lessa Andrade  
Filha.

**Salvador**

**2022**

**PAULA CRISTINA VIANNA GOULART GALLINDO**

**“A RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL: UMA  
EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”**

Dissertação apresentada à Escola Bahiana  
de Medicina e Saúde Pública, como  
requisito parcial para a obtenção do Título  
de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Salvador, 26 de janeiro de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Ana Cristina Costa de Figueiredo  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ

---

Dra. Andréa Hortélio Fernandes  
Doutora em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise.  
Universidade Federal da Bahia, UFBA

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Constança Velloso Cajado  
Doutora em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMS

Dedico esse trabalho aqueles que me transmitiram o amor pelo saber e pelas palavras, meus pais com quem compartilhei muitas histórias, minha tia Areuza, de quem herdei muitos livros e com quem descobri que as mulheres podem ir para o outro lado do Atlântico fazendo pesquisa e meu avô Aldyr, o primeiro professor universitário que conheci e que me mostrou como a educação transforma.

Sem vocês não poderia acreditar na importância da ciência, da valorização da vida e do resgate das histórias.

## **AGRADECIMENTOS**

A meus pais e irmãos, que nesse período contaram mais com as ausências do que a presença.

A meu marido, pelos momentos de paciência, de apoio e contribuições entre todos os altos e baixos ao longo desse processo.

A minha tia Areuza, grande incentivadora da decisão de fazer mestrado.

A Lêda, por ter me proposto o desafio de resgatar uma história, por provocar um olhar sobre minha própria trajetória, pela orientação cuidadosa e pela parceria.

Aos colegas de residência que contribuíram enormemente para a concretização dessa pesquisa, compartilhando suas memórias.

Aos colegas que fizeram parte do corpo técnico da residência, por aceitarem contar essa história junto comigo e com Lêda.

## RESUMO

**Introdução:** A pesquisa se propõe a conhecer a percepção dos profissionais egressos do Programa de Residência em Saúde Mental e Psicologia Clínica oferecido entre os anos 2005 e 2015, pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia em conjunto com a Universidade Federal da Bahia, no Hospital Juliano Moreira. **Objetivos:** O objetivo foi resgatar tanto a história do programa como denotar sua importância enquanto estratégia de formação para o SUS. **Metodologia:** Para tanto realizaram-se entrevistas com profissionais egressos desse programa e os dados foram tratados através da técnica de análise de conteúdo temática, conforme define Minayo (2014). A pesquisa é considerada um estudo qualitativo exploratório e compõe parte do produto resultante de um Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde. **Resultados:** Como resultado, evidencia-se que a experiência da residência é uma estratégia de formação em recursos humanos para o SUS, agregando consistência à formação do profissional e fortalecendo o próprio sistema de saúde. Resultado evidenciado pela produção de um artigo de relato de experiência sobre o período da autora e pesquisadora enquanto foi residente do programa e pelos conteúdos expressos pelos entrevistados ao longo da pesquisa. Soma-se a isso, o projeto de um livro, escrito pelos atores que ajudaram a compor a residência enquanto programa, resgatando assim, sua história sob diferentes facetas. **Conclusão:** A partir do material encontrado pode-se afirmar que o Programa de Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental produziu efeitos de formação para o SUS que ressoam nas práticas profissionais de seus egressos, denotando essa estratégia de formação como protetiva para o próprio SUS e ao mesmo tempo, como se faz importante pensar em outras estratégias de formação permanente, favorecendo a qualidade dos serviços prestados à comunidade sem sobrecarregar os programas de residência.

**Palavras-chave:** SUS. Formação profissional. Residência. Psicologia clínica. Saúde Mental.

## ABSTRACT

**Introduction:** The research aims to understand the perception of professionals who graduated from the Residency Program in Mental Health and Clinical Psychology offered between 2005 and 2015 by the Department of Health of the State of Bahia in conjunction with the Federal University of Bahia, at the Hospital Juliano Moreira. **Objectives:** The objective was to rescue both the history of the program and to denote its importance as a training strategy for the SUS. **Methodology:** To do so, interviews were conducted with professionals who graduated from this program and the data were treated using the thematic content analysis technique, as defined by Minayo (2014). The research is considered an exploratory qualitative study and is part of the product resulting from a Professional Master's Degree in Psychology and Health Interventions. **Results:** As a result, it is evident that the residency experience is a strategy for training in human resources for the SUS, adding consistency to professional training and strengthening the health system itself, in addition to the production of an article reporting on the experience of the author and researcher while she was a resident of the program and a book project, written by the actors who helped to compose the residency as a program, thus rescuing its history under different facets. **Conclusion:** Based on the material found, it can be stated that the residency program in clinical psychology and mental health produced training effects for the SUS that resonate in the professional practices of its graduates, showing how this training strategy is protective for the SUS itself. and at the same time, it is important to think about other strategies for permanent formation, favoring the quality of services provided to the community.

**Keywords:** SUS. Professional qualification. Residence. Clinical psychology. Mental health.

## SUMÁRIO

<b>1 A RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....</b>	<b>9</b>
1.1 O papel das residências não médicas e a permanência do SUS.....	7
1.2 Uma residência não médica em um ‘manicômio’. Do que se trata?.....	10
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>3 RESULTADOS PARCIAIS.....</b>	<b>16</b>
3.1 A Residência pelos residentes.....	16
3.2 O tempo lógico e a asserção de uma elaboração postergada .....	20
3.3 Livro .....	30
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>30</b>
<b>5 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>33</b>
<b>6 ANEXOS .....</b>	<b>3</b>



## **A Residência de Psicologia Clínica e Saúde Mental: uma experiência de formação para o Sistema Único de Saúde**

O programa de Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental, ocorrido no Hospital Juliano Moreira em Salvador – Bahia no período de 2005 a 2015, surgiu no bojo do fomento, por parte do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de programas de residências não médicas que visassem a formação de profissionais ajustados aos valores preconizados pelo SUS, trazendo novas práticas e renovando o cuidado em saúde tanto na atenção básica, quanto na média e alta complexidade (Brasil, 2006; Veras, 2010).

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde são criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, como forma de responder à necessidade de formar recursos humanos em saúde treinados a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e levando em conta as necessidades e realidades locais e regionais de cada lugar em que eram criadas (Brasil, 2006; Miotto, Alves, Caetano, & Dal Prá, 2015).

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 287/1998, os programas de residências multiprofissionais e em área profissional da saúde abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Brasil, 2006).

A partir do levantamento de informações sobre a história dos programas de residências multiprofissionais e não médicas, percebe-se um esforço dos atores implicados na Reforma Sanitária e na implementação do SUS na tentativa de criar um espaço de transformação do cuidado, garantindo a integralidade do acesso à população que busca os serviços de saúde e desenvolvendo um ambiente voltado para práticas que priorizem o atendimento multidisciplinar, rompendo com a lógica biologista centrada no binômio médico e enfermeiro (Miotto et al., 2015; Silva, 2018).

O profissional residente aparece como uma figura que provoca um tensionamento no campo de prática, evocando uma reflexão sobre práticas institucionalizadas e muitas vezes cronificadoras, e convidando a equipe a produzir novos saberes no campo do cuidado e assistência em saúde (Martins, Caregnato, Barroso, & Ribas, 2016; Miotto et al., 2015). Pensando a necessidade de prover e responder as novas demandas no campo da saúde a partir da implementação do SUS e da Reforma Psiquiátrica, se fez relevante entender como o

Programa de Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental proporcionou formação técnica e profissionalizou o grupo de psicólogos que dele participaram.

De tal maneira, a pesquisa propôs como objetivo geral:

- Conhecer a percepção de psicólogos que passaram pela experiência de residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental sobre a influência do programa em sua formação profissional;

E como objetivos específicos:

- Caracterizar o programa de residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental em seus aspectos históricos, documentais e acadêmicos.
- Conhecer a percepção dos psicólogos aperfeiçoados pelo programa de uma formação para o SUS em sua práxis.
- Compreender se o profissional egresso da residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental propaga, em sua atuação, os princípios do SUS no seu cotidiano.

O trabalho demonstra sua relevância pois se entende que é necessário dar mostras a comunidade científica da importância dos programas de residências multiprofissionais e não médicas para a permanência e, atualmente, sobrevivência dos princípios norteadores do SUS, e pela ausência de trabalhos referentes a esse programa em específico.

Tratou-se, então, de uma pesquisa exploratória (Piovesan & Temporini, 1995) que visava conhecer o contexto do grupo de egressos e do Programa de Residência, que compreende o período de 2005 a 2015. A pesquisa exploratória é um método qualitativo e contextual, que ajuda a ampliar o conhecimento acerca de determinado fenômeno, evento ou período a ser estudado ( Da Silva, Castro-Silva, & De Moura, 2018; Piovesan & Temporini, 1995; Silva, Peres, Pio, Marin, & Otani, 2019).

Para a realização das entrevistas, foram convidados 1 (um) residente que tenha concluído o programa de cada uma das 9 (nove) turmas, garantindo que os diversos períodos de duração do Programa fossem representados. Os egressos convidados são profissionais que concluíram o programa, obedecendo aos critérios estabelecidos pela UFBA e SESAB, como o cumprimento da carga horária total e defesa da monografia de conclusão de curso com nota maior ou igual a 7.0 pontos (sete). O recrutamento foi feito por mensagem através do e-mail

dos participantes e, sempre que possível, também por contato telefônico.

A coleta de informações se deu através de entrevistas semiestruturadas, as quais foram realizadas a partir de roteiro previamente definido, gravadas por meio digital, sendo transcritas ao final da coleta das informações.

O roteiro tomou como aspectos a serem investigados as motivações que levaram o profissional a escolher uma especialização através da residência, sua percepção do trabalho realizado e a implementação dos princípios e valores do SUS ao longo de seu período no programa, além da propagação desses valores em sua prática atual.

O conteúdo das entrevistas foi gravado, transcrito e encontra-se armazenado no Departamento de Pós-Graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob a responsabilidade da professora orientadora Lêda Lessa, devendo ser incinerados após o período de cinco anos. Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas serão codificadas com a letra R e numeradas de um a 9.

O direito, segurança e privacidade dos participantes estão assegurados, seguindo as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde e definidas pela resolução 466/2012. Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, foi apresentado à cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que apresentou as condições da pesquisa, além de assegurar a opção de desistirem de participar a qualquer tempo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – FBDC sob o parecer de número 4111706 (26431919.4.0000.5544).

Para a análise do material, utilizamos a análise de conteúdo, buscando termos específicos e significados que se relacionem com a percepção dos entrevistados sobre a experiência da residência em sua formação. Dessa maneira, após a transcrição das entrevistas, as informações foram ordenadas, classificadas e submetidas à análise (Nogueira, 2008; B. A. Silva et al., 2019).

É importante salientar que a pesquisa não dá conta de retratar uma ampla visão de profissionais formados pelos programas de residência de maneira geral, já que se trata de um estudo exploratório que investigou a percepção de um grupo de pessoas restrito e que fizeram parte de um mesmo programa. Sendo assim, a partir desse estudo é possível realizar algumas

afirmações sobre o programa de residência ocorrido no Hospital Juliano Moreira, mas sem proporcionar generalizações.

### **1.1 O papel das Residências não-médicas e a permanência do SUS.**

As Residências não-médicas, sejam elas em área ou multiprofissionais, são uma modalidade de formação de recursos humanos surgidas no Brasil antes das reformas propostas pela Reforma Sanitária de 1988, sendo que a mais antiga foi o programa de Residência em Enfermagem no ano de 1961, em São Paulo (Martins et al., 2016).

Não havia muitas experiências desse porte no Brasil e é apenas em 1976 que surge o programa precursor das residências multiprofissionais. Esse programa nasce na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e começa como uma residência de medicina comunitária tendo sido o primeiro programa a incluir mais do que uma profissão. Em 1978, esse programa se torna um programa de residência multiprofissional, congregando diversas profissões, direcionando o trabalho dos profissionais para uma perspectiva interdisciplinar, voltado para o cuidado à população na rede básica e para-além do cuidado médico e do corpo biológico (Abib, 2012; Martins et al., 2016).

Essas propostas têm em voga a lógica de formação baseada nos princípios do Movimento Sanitarista Brasileiro, se consolidando ao longo do tempo como a maior experiência de imersão no âmbito do SUS. São experiências interessantes para o sistema de saúde por proporcionarem uma implicação dos trabalhadores nos serviços públicos de saúde atrelado à perspectiva da Educação Permanente (Abib, 2012; Martins et al., 2016).

‘Pode-se perceber que a criação das primeiras RIMS (Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde) tem muito a ver com as características do contexto, principalmente com questões que estavam sendo discutidas, tensionadas na área de saúde, como a revisão dos modos de trabalhar em equipe e na comunidade, a superação da unicausalidade dos processos saúde-doença e da biologização do conhecimento, as relações do modelo de produção da sociedade com a saúde da população, a formação universitária e a constituição do campo da Saúde Coletiva’ (Nunes, 2005 *apud* Abib,

2012, p. 16).

Dessa forma, as residências não-médicas representam tanto uma alternativa fundamental para a formação de profissionais identificados com os valores do SUS quanto uma maneira de garantir a sustentação desses valores através da imiscuição dos egressos dos programas em equipes e unidades que não tem vinculação com programas de residência (Abib, 2012; Domingos, Nunes, & Carvalho, 2015; Martins et al., 2016; L. B. Silva, 2018).

As residências são, então, programas de pós-graduação em formato de especialização *lato sensu* e caracterizadas pelo ensino em serviço, mas essa caracterização formal veio somente a partir dos anos 2000. Durante as décadas de 80 e 90 os programas sofreram altos e baixos, junto com o processo de sucateamento da assistência pública em saúde e com a valorização das residências médicas, após a regulamentação dessa profissão (Abib, 2012; Martins et al., 2016; Silva, 2018).

Com os investimentos no SUS, a partir dos anos 2000, as residências se tornaram uma alternativa importante na estratégia de sua consolidação o que permitiu esforços em vários âmbitos para que em 2005 fosse possível sua regulamentação, através da Lei 11.129, parágrafo 13. Essa modalidade de especialização recebe ‘bolsas para a educação pelo trabalho’, sendo financiadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação por meio da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais (CNRM), que coordena as ações de credenciamento dos programas (Martins et al., 2016; Silva, 2018).

A portaria interministerial 45/2007 define o funcionamento da Comissão, apontando que a cargo do Ministério da Educação fica o suporte técnico e administrativo, enquanto o Ministério da Saúde é o responsável pelo financiamento da estrutura e do seu funcionamento (Martins et al., 2016; Silva, 2018).

Entre 2005 e 2016, houve um crescimento significativo no número de programas de residências não-médicas no Brasil passando de 22 para 1.500 programas em toda a extensão nacional. No entanto, a maior parte dessas vagas concentrava-se nas regiões sul e sudeste, deixando evidente uma certa desigualdade na forma de distribuição desses recursos (Silva, 2018).

Até então, a portaria 45/2007 definia que os programas deveriam ser desenvolvidos em parceria com gestores e instituições formadoras, justificados pela realidade local e considerando necessidades locais e regionais, o modelo de gestão, a realidade epidemiológica,

a composição das equipes e a capacidade técnico-assistencial dos espaços (Silva, 2018).

Porém, o crescimento na oferta de vagas, somado a uma iniciativa do Ministério da Educação em 2009, implantando o Programa de Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde da rede de Hospitais Federais traça um novo perfil dos programas de residência, afastando-as da lógica da atenção primária e voltando a formação para uma atenção mais especializada e em serviços de alta complexidade (Brasil, 2006; Silva, 2018).

Esse redirecionamento ressoa sobre a forma de cuidados dispensados à população e alguns autores propõem que, dessa forma, ficariam em risco a preservação de valores do SUS e de sua proposta de atender às comunidades em suas necessidades locais, já que o foco dos investimentos estaria voltado a ações cada vez mais fragmentadas e especializadas dentro do nível de mais alta complexidade de atenção à saúde, deixando fragilizada a atenção primária em seu contexto local e descaracterizando o modelo de atenção integral à saúde. (Brasil, 2006; Silva, 2018).

Somadas a esse questionamento, pode-se ainda debater a substituição de outras modalidades de Educação Permanente no âmbito do SUS pela residência de forma quase que exclusiva, demarcada pela falta de investimentos na atenção primária e secundária através das secretarias de saúde locais, e da própria ausência de investimentos em concursos e contratações para cargos efetivos, alocando residentes em unidades desprovidas de profissionais suficientes para acompanhá-los em preceptoria e desviando-os da posição de aprendizes (Abib, 2012; Brasil, 2006; Silva, 2018).

Essas questões são cruciais não apenas para a manutenção dos programas de residência, mas também para a preservação de uma formação ajustada com a proposta do SUS de oferecer atenção integral aos seus usuários, preservando a integralidade, equidade e universalidade nas intervenções em saúde dentro de cada contexto de atuação. A ausência de profissionais para compor o quadro das equipes de saúde fragiliza o serviço de saúde, o cuidado ao usuário e a formação do residente, que fica privado da experiência de aprender na prática com um profissional mais experiente (Abib, 2012; Martins et al., 2016; Mito et al., 2015; Silva, 2018).

Levando em conta as trajetórias do SUS e dos programas de residência no Brasil, podemos olhar mais detidamente para o Programa de Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental com suas possibilidades, desafios e peculiaridades vivenciados a partir da implementação da

Reforma Psiquiátrica.

### **1.2 Uma Residência não-médica em um ‘manicômio’. Do que se trata?**

Para situarmos o programa de Residência pesquisado aqui é interessante contextualizarmos dois elementos que podem ser considerados fundamentais para que a residência surgisse. O primeiro é a contextualização da própria história do Hospital Juliano Moreira, baluarte de práticas em saúde mental desde sua fundação primeira, quando ainda se chamava Asylo São João de Deus, nos idos do século XIX, e que vivia um momento de reestruturação frente às demandas da Reforma Psiquiátrica.

O segundo elemento, que advém desse processo de reestruturação, é o novo encaminhamento dado às práticas desenvolvidas no HJM, a partir da chegada de uma nova diretoria no ano 2000.

O programa de Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental pode ser considerado uma experiência pioneira, já que foi a primeira residência em área não-médica do Nordeste, valorizando a premência por profissionais com uma formação consonante com valores da Reforma Psiquiátrica e demarcando o HJM como espaço possível na formação desses profissionais (Fernandes & Freitas, 2009; Veras, 2010).

Em seu início, o Asylo São João de Deus nasce, em 1874, dos ideais modernos e coaduna com as práticas psiquiátricas em voga na Europa, ofertando assim um espaço de internamento para aqueles que sofriam de problemas psiquiátricos. Nesse momento histórico, o tratamento moral era a direção dada no cuidado a essas pessoas, porém, esse mesmo cuidado era precário e os pacientes de então se viam amontoados, sofrendo de inúmeras privações e agravos a sua saúde (Andrade Filha, 2019; Veras, 2010).

Em 1936, o Asylo passa por mudanças, deixando de ter uma administração leiga em prol de uma diretoria médica, e passando a se chamar Hospital Juliano Moreira (HJM), em homenagem ao psiquiatra baiano falecido em 1932 (Andrade Filha, 2019; Veras, 2010).

Essa passagem, por si só, representa a tentativa de oferta de um cuidado pautado pela ciência da época, apontando para os avanços no discurso médico em relação aos tratamentos dispensados àqueles sujeitos que padeciam da loucura.

Porém, muito pouco se avançou nas práticas exercidas dentro do manicômio, que ainda eram segregativas e punitivas, tendo como lógica a noção de que o afastamento social puro e

simples teria efeito curativo sobre os pacientes. A condição de dejetos da sociedade se sustenta de forma indelével ao longo dos anos, mesmo com as diversas tentativas de modernização, seja do ambiente hospitalar em si, seja dos discursos que orientam os profissionais (Amarante, 2005; Andrade Filha, 2019; Veras, 2010).

Em 1982, o HJM é transferido para o bairro de Narandiba, um local que na época era afastado das regiões mais centrais da cidade e seu projeto reitera, mais uma vez a lógica da exclusão, seja em suas formas arquitetônicas seja na escolha do bairro (Veras, 2010).

Marcelo Veras, em seu livro “A loucura entre nós” (2010), coloca que a chegada no hospital naquela região trouxe consigo uma população vulnerável, que vai formando uma comunidade em seu entorno e estabelece-se, então, uma relação de alteridade entre a instituição, seus pacientes e os moradores do bairro.

Dessa forma, o HJM passa a representar não apenas um espaço de segregação da loucura, mas de acolhimento para aqueles que a ela se dirigiam com as mais diversas demandas (Veras, 2010). Podemos pensar que essa relação constituída entre a comunidade e a instituição ultrapassa sua missão de espaço de saúde mental de um hospital psiquiátrico e o demarca como parte indissociável do tecido social.

A partir de 2000, uma nova diretoria assume o hospital e se vê as voltas com a necessidade urgente de responder às pressões da Reforma Psiquiátrica e também de modernizar as práticas do HJM, já que Bahia era um dos estados que menos havia implementado novas estratégias de atenção à saúde mental ou serviços substitutivos (Andrade Filha, 2019; Veras, 2010).

As experiências dessa diretoria estão descritas no já citado livro “A loucura entre nós” (Veras, 2010), que compreendeu o período entre 2000 e 2007. Diante das inovações e invenções que aconteceram durante esse período, a Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental surgiu e é possível tomá-la como uma das soluções possíveis frente à demanda de responder tanto a uma necessidade do hospital por mais profissionais capacitados para atuar no HJM diante da escassez de profissionais concursados ou contratados pela gestão estadual quanto à urgência em se modernizar, atendendo às exigências da Reforma Psiquiátrica e das comissões de direitos humanos que fiscalizavam os cuidados dispensados aos pacientes (Calmon; Restrepo; Hage, 2015; Veras, 2010).



Dessa forma, o projeto do Programa de Residência<sup>1</sup> teve a Universidade Federal da Bahia (UFBA) como instituição acadêmica e estava vinculado ao Ministério da Saúde através da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Em 2005 seu projeto foi submetido e aprovado, tendo início a primeira turma. Em seus nove anos de duração, o programa acolheu 39 residentes e teve como concluintes 34 (Calmon, 2021).

O programa constituía-se em uma especialização *lato sensu*, em formato de residência, contemplando 3840 horas a serem cumpridas em 2 anos. Desse total, 570 horas eram destinadas à fundamentação teórica (aulas e seminários) e 3270 horas se dividiam em atividade de pesquisa, que deveria resultar em na produção de uma monografia, e a vivência prática (Calmon, 2021).

O projeto da residência previa, como objetivos:

- Aprimorar as habilidades técnicas e de raciocínio científico e clínico da psicologia na área da saúde mental, aliadas à compreensão social, analisando as intervenções possíveis e desenvolvendo atitude que permitisse ao egresso ter uma compreensão integral da saúde mental do ser humano;
- Oferecer treinamento adequado, promovendo a integração do psicólogo em equipes multiprofissionais;
- O emprego de recursos metodológicos e técnicos adequados aos projetos de intervenção no campo da saúde mental;
- O estímulo da capacidade crítica das atividades da residência, considerando seus aspectos éticos, científicos e sociais;
- Capacitar o residente à elaboração de uma monografia final com base na sua vivência clínica e fundamentação teórica adquirida durante a Residência.

Durante o primeiro ano de residência, os residentes deveriam atuar no Setor de Triagem e Acolhimento (SETA), participando junto com a equipe multiprofissional que ali trabalhava, escutando e acolhendo os usuários que buscavam atendimento/encaminhamento para suas demandas. A partir da escuta nas entrevistas de acolhimento e da discussão das possíveis condutas a serem tomadas (encaminhamento para outro equipamento de saúde mental, ambulatório, emergência), casos pontuais poderiam ser acolhidos pelos residentes para uma

---

<sup>1</sup> O projeto submetido à UFBA encontra-se nos anexos.

escuta mais detida.

É importante destacarmos que, o hospital sempre pode contar com profissionais orientados pela psicanálise, mas que desde os anos 2000, houve um aumento no número de profissionais orientados pela prática da psicanálise lacaniana através de contratações temporárias, o que produziu uma mudança na orientação clínica das práticas vigentes. Junto com esse crescimento numérico e com a chegada dos residentes de psicologia, em 2005, surge o Grupo de Urgência Subjetiva (GRUS), um dispositivo de escuta para os pacientes acolhidos na triagem pelos residentes e por alguns dos profissionais do SETA (Veras, 2010).

Os pacientes, acolhidos no GRUS, geralmente seguiam em entrevistas por um período que podia variar entre 4 e 16 sessões, finalizando esse ciclo com a resolução de algumas das demandas que os haviam levado até o HJM e, em muitos casos, sem a necessidade de uso de medicações psicotrópicas ou de iniciar um longo acompanhamento ambulatorial na instituição (Fernandes & Freitas, 2009; Veras, 2010). ‘O objetivo era acolher a demanda do paciente e dar uma resposta, mesmo que negativa, mas evitando que este permanecesse no limbo, vagando entre ambulatórios e emergência’ (Veras, 2010, p.212).

Além disso, em seu primeiro ano os residentes rodiziavam entre os diferentes módulos de internação para pacientes, acompanhando casos, participando das reuniões e equipe e propondo atividades juntos aos usuários em internamento. Ao longo dos 10 anos de existência da residência a oferta de vagas de internamento sofreu mudanças, com alguns módulos sendo fechados e outros ganhando novo papel dentro da instituição. Havia dois módulos de internamento exclusivamente femininos, sendo um deles desativado ao longo desse período, um módulo exclusivamente masculino, o Núcleo de Atenção à Crise (NAC), voltado a pacientes em primeiro internamento e o módulo de pacientes moradores, pacientes que tinham um longo período institucionalizados – alguns egressos de antigos hospitais que fecharam – e que por sua condição agravada não haviam tido possibilidade de ser remanejados para lares abrigados ou retornarem para suas famílias.

No segundo ano da residência, os atendimentos no ambulatório do HJM passavam a incluir o ambulatório Infante-Juvenil e o rodízio de práticas passava a envolver outros equipamentos de saúde. As duas primeiras turmas tiveram experiências no CENA, hospital-dia do HJM e as turmas seguintes fizeram incursões em CAPS da cidade de Salvador que se alternaram entre CAPS II e CAPS Ad.

As diferentes escolhas de CAPS se deveram essencialmente às demandas das turmas de residentes, que propunham diferentes propostas de trabalho a partir da sua própria experiência na residência e interesses temáticos, elemento que ficou evidenciado a partir das entrevistas.

Havia, também, a possibilidade de uma experiência de estágio opcional fora da cidade de Salvador. As experiências ocorreram em Buenos Aires, Paris e Rio de Janeiro, por um período de dois meses nos quais os residentes atuaram em serviços de saúde mental nos locais escolhidos, acompanhados de um preceptor da unidade.

O estágio opcional marcava o período de conclusão das atividades práticas e no seu retorno o residente deveria apresentar um trabalho de conclusão, como produto de sua vivência clínica articulada à teoria da psicanálise lacaniana. Os trabalhos finais sintetizam algo da clínica, demarcando a finalização do processo de trabalho e condensando o que é possível produzir na clínica em saúde mental dentro das instituições de assistência à saúde mental. As monografias podem ser encontradas na biblioteca do HJM.

Ao longo de sua permanência no HJM, a residência acompanhou mudanças e rupturas dentro da instituição, como trocas de diretoria geral e diretoria clínica, mudanças no perfil de profissionais que chegam à instituição através de contratos temporários ou concurso, mudanças nas políticas públicas em saúde mental em níveis nacionais e estaduais causando efeitos na gestão da própria residência. Esse último efeito poderá ser mais bem debatido à luz da análise das entrevistas e de como é possível pensar os mal-entendidos no dia a dia da residência como ressonância da forma de seleção dos candidatos ao programa.

## **2. Metodologia**

Essa pesquisa é considerada um estudo exploratório, que tem como um de seus intuitos contextualizar a experiência do Programa de Psicologia a partir da percepção dos egressos do programa, além de situá-la historicamente através do resgate das práticas realizadas no programa. Partimos da premissa de que a pesquisa exploratória é, segundo Piovesan e Temporini (1995), uma estratégia usada quando se deseja conhecer um contexto sobre qual não existem estudos prévios ou teorias já sistematizadas.

No caso do programa de residência que é objeto desse estudo, apesar de ter perdurado por um longo período, pouco ou quase nada se produziu da experiência de uma residência em saúde mental, lotada em um hospital psiquiátrico e orientada pelas lógicas da psicanálise lacaniana e da reforma psiquiátrica.

Sendo assim, tomamos a pesquisa exploratória como forma de conhecer o contexto do programa da residência a partir do olhar de seus egressos e adotando como base a ideia de que essa experiência ressoa até hoje em sua formação e atuação profissional.

Evocamos assim o processo de elaboração a partir daquilo que pode ser resgatado pelas reminiscências daqueles que dela fizeram parte, coletando o que foi precipitado pelas entrevistas com os egressos e propiciando a maturação dessa pesquisa enquanto produto dessa elaboração (Camargo, 2003; Lacan, 1998).

Sabemos que ‘a pesquisa qualitativa opera o levantamento e análise da informação posicionada, mesmo que só venhamos a saber disso *a posteriori* por meio dos efeitos ético-políticos que derivam de nossa produção de conhecimento’ (A. Da Silva et al., 2018, p.638), representando para nós o movimento mesmo do saber inconsciente, que pode ser evocado através do processo de elaboração e resultando em produções diversas, como no caso dessa pesquisa, no conteúdo coletado nas entrevistas (Camargo, 2003; Vale, 2013).

A técnica escolhida para tratamento das informações coletadas nas entrevistas foi a análise de conteúdo. Minayo (2014), aponta que a análise de conteúdo visa uma ultrapassagem daquilo que está evidenciado pelo sentido manifesto no material, levando-nos a trabalhar com aquilo que pode ser encontrado como latente e pode ser articulado às variáveis psicossociais e contexto social em que se inserem os sujeitos. Essa perspectiva coaduna mais uma vez com a lógica psicanalítica de que é a partir da escuta do que se manifesta no discurso daquele que fala é possível capturar algo que escapa à métrica objetiva (Andrade Filha, 2019; Camargo, 2003; Ratti & Estevão, 2015; Veras, 2010).

A partir da pré-análise do material foi possível destacar elementos no discurso dos entrevistados que se repetiam e eram comuns às diferentes gerações de egressos, como a singularidade do papel do residente de psicologia frente à equipe, o significado da formação para o SUS em sua trajetória, expectativas em relação ao trabalho em saúde mental.

Tomando esses elementos em comum como base, estabelecemos as categorias de análise temática dividindo-as em cinco: Importância da residência na formação para o SUS, política do SUS em saúde mental, política das residências, lugar da residência no HJM, clínica do sujeito.

Ainda segundo Minayo (2014), a análise temática pode ser considerada mais apropriada para pesquisas qualitativas em saúde e levando em conta que esse estudo é uma pesquisa

exploratória sem a pretensão de estabelecer generalizações, consideramos que essa abordagem de tratamentos das informações favorecia um panorama consistente e representativo do programa pesquisado.

Ao todo foram realizadas nove entrevistas, através de meio virtual a fim de atender aos protocolos de segurança vigentes e preservar a saúde e segurança dos participantes. Eles expressaram sua concordância em participar através de resposta positiva aos e-mails contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O conteúdo das entrevistas foi gravado, transcrito e encontra-se armazenado no Departamento de Pós-Graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob a responsabilidade da professora orientadora Lêda Lessa, devendo ser incinerados após o período de cinco anos. Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas serão codificadas com a letra R e numeradas de 1 (um) a 9 (nove).

Como parte dos resultados da pesquisa, incluímos também o relato de experiência da pesquisadora sobre seu período como residente no HJM e por fim, o projeto da produção de um livro organizado pela pesquisadora e sua orientadora, com capítulos escritos por diversos atores que fizeram parte do programa, como preceptores, coordenadores e professores.

### **3. Resultados**

#### **3.1 O tempo lógico e a asserção de uma elaboração postergada – Relato de experiência**

As Residências Multiprofissionais e Uniprofissionais em áreas da saúde tem-se mostrado, ao longo do tempo, uma forma de manutenção dos princípios do SUS através da formação de recursos humanos especializados (Arnemann et al., 2018; Miotto et al., 2015; L. B. Silva, 2018). Neste artigo, me proponho a trazer um relato de experiência a partir da minha vivência como residente no Programa de Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental, ocorrido no Hospital Juliano Moreira (HJM), na cidade de Salvador (BA).

O relato de experiência se constitui em uma forma de criação da narrativa científica no campo das pesquisas que pode englobar processos e produções subjetivas partindo da experiência singularizada na condução de um ponto de abertura e de análise crítica, sistematizando a experiência vivida (Daltro & Faria, 2019). Sendo assim, esse artigo vem como um desdobramento do projeto de pesquisa de um programa de mestrado, em que

trato de investigar como se deu, para profissionais egressos da referida residência, a experiência de participar desse programa e sua ressonância na formação profissional de cada um dos entrevistados.

A pesquisa se constituiu, originalmente, em entrevistar colegas que, como eu, tinham vivido essa experiência e saber um pouco sobre suas elaborações a respeito do que foi experienciado ao longo do processo de formação. A escuta da experiência desses colegas e o resgate de histórias despertaram em mim um processo de elaboração sobre minha própria vivência e o desejo de dizer algo sobre isso.

A ideia do relato de experiência como narrativa científica que engloba a experiência singularizada permite, para nós, uma certa aproximação com aquilo que na psicanálise podemos tomar como o processo de elaboração (Freud, 1914/1996; Daltro & Faria, 2019). Partindo dessa aproximação, o relato que segue trata das possíveis elaborações a partir daquilo que foi precipitado tanto pela experiência vivida ao longo do programa de residência, quanto pela que foi provocado a partir da escuta dos entrevistados ao longo da pesquisa.

Essa residência ocorreu no HJM entre 2005 e 2015, oferecendo vagas para 9 turmas de psicólogos. Ao todo foram acolhidos no programa 39 profissionais, a eles se propiciando uma experiência de formação no SUS através da clínica ampliada com práticas em saúde mental sob a orientação da Psicanálise lacaniana. O programa se encerrou por algumas questões administrativas e relacionadas à realidade do próprio hospital, como mudança de diretoria, com a adoção de posturas mais hospitalocêntricas e medicalizantes, a restrita presença de psicólogos que pudessem acolher os residentes nos espaços do hospital e a inconstância na oferta de professores para cumprimento da carga horária acadêmica.

Especificamente, vou me referir aqui ao meu período de trabalho no Hospital, que se iniciou em janeiro de 2009 e se encerrou em janeiro de 2011. Minha relação com o HJM havia começado em 2006, quando lá cheguei como estagiária e acompanhava diversos profissionais de psicologia em atividades de triagem e acolhimento na emergência e de atendimentos nas enfermarias. Foi assim que conheci e passei a ter contato com os residentes psicologia, que estavam também, no início do programa.

Esse primeiro contato com os residentes, antecipava para mim a possibilidade fazer mais dentro do espaço em que estava inserida, pois como estagiária minha atuação estava

limitada a de uma estudante e o lugar de residente proporcionaria uma maior autonomia. Além disso, o trabalho naquela instituição causava algo do meu desejo, já que me identificava com as práticas dos profissionais da psicologia que lá trabalhavam, que eram em sua maioria praticantes da psicanálise lacaniana.

Passei no processo seletivo e me tornei residente logo após minha formatura, uma passagem que não foi sem entraves, apesar de corresponder ao planejamento de uma recém-formada desejosa de trabalhar com saúde mental e psicanálise. O fato de ter uma certa familiaridade com o ambiente, com alguns profissionais e pacientes trouxe também a angústia de corresponder às expectativas ditas e não-ditas por colegas que haviam acompanhado minha trajetória de estágio, além do confronto direto com as impossibilidades reais do fazer em uma instituição psiquiátrica.

A passagem do lugar de estagiária ao de profissional foi atravessada pelo fracasso, expondo os furos institucionais, a queda da idealização tanto da equipe quanto do que era possível frente à loucura institucionalizada (Camargo, 2003; Ratti & Estevão, 2015). Além disso, o lugar da residência dentro do hospital aparecia como estranho para muitos profissionais que lá trabalhavam e que demonstravam um certo desconforto com a presença dos residentes nos diferentes espaços.

Uma prática pautada nos princípios do SUS e inspirada na psicanálise se mostrava, muitas vezes, fonte de conflito com alguns profissionais que entendiam que os residentes não possuíam um saber adequado, ‘não faziam nada’, ‘inventavam coisas com os pacientes’ ou que ‘desobedeciam’ ao *status quo* da lógica da enfermagem. Isto gerava questões para os preceptores, professores e supervisores e me fazia refletir na tentativa de viabilizar um lugar de trabalho em que fosse possível intervir, mas também estabelecer uma interlocução, ouvindo mais os colegas e tentando capturar o que tornava a presença do residente tão incômoda.

Me causava muito estranhamento que profissionais que durante meu período de estágio foram acolhedores e dispostos a compartilhar algo do fazer em saúde mental tivessem adotado uma postura mais distante e às vezes querelante, fosse com a presença dos residentes, fosse com condutas por nós adotadas. Nos primeiros meses, suspeitava que essa hostilidade estivesse direcionada a mim e me angustiava, fantasiando que poderia ter ‘decepcionado’ colegas por quem eu tinha muita simpatia, já que parecia que eu não era a residente que eles desejavam.

Com o trabalho de análise, as longas discussões com a coordenação e conversas com outros residentes, essa fantasia se esvaziou e deu lugar a uma hipótese: parecia haver uma ideia de que os residentes de psicologia eram privilegiados pelo valor da bolsa que recebiam, por um horário supostamente mais flexível, já que não estávamos o tempo todo dentro do hospital, e havia um limite na quantidade de pacientes que acolhíamos, tanto na enfermaria quanto no ambulatório.

Isso proporcionou um giro na minha posição e pude começar a realizar minhas atividades sem tanto constrangimento e ficando mais à vontade. Como me tornei representante da minha turma de residentes, tentei empreender formas de ir demarcando, em muitas situações, o que era previsto para o residente tanto na perspectiva do programa de residência, quanto na perspectiva do SUS e do Ministério da Educação. Essas tentativas surtiam efeitos surpreendentes; conseguimos uma sala para guardar nossos pertences e fazer nossas reuniões, perdemos o direito de usar a impressora do hospital, alguns colegas ‘ameaçavam’ denunciar atrasos e faltas, outros se aproximaram apoiando e estabelecendo parcerias de trabalho.

Hoje, ao investigar as experiências de meus colegas e ouvir deles diferentes problemas com a mesma temática, que se repetia ao longo dos anos, formulei a hipótese que nosso lugar dentro do hospital acabava sendo um lugar de extimidade frente à equipe. Extimidade é um neologismo lacaniano que descreve aquilo que pode haver de mais íntimo e de mais estranho, trazendo a radicalidade do objeto *a* (Ratti & Estevão, 2015; Seganfredo & Chatelard, 2014).

Fabiana Ratti (2015) e Seganfredo (2014) descrevem a importância do lugar de êxtimo para que o psicanalista realize seu trabalho em uma instituição, se colocando em um para-almém dos conflitos imaginários e da perspectiva de completude, apontando que ao ocuparmos esse lugar nas instituições, podemos engendrar um novo movimento, rompendo com a repetição sintomática e propiciando a invenção no fazer em saúde mental.

Essa posição êxtima pode causar um certo embaraço, já que ao não responder as demandas e provocar um processo de elaboração, muitas vezes a presença do praticante da psicanálise pode realçar ou ativar conflitos existentes na equipe, já que rompe com práticas previamente estabelecidas e com um certo adormecimento que a repetição pode trazer. Tomar a presença do residente como êxtima pode ajudar a entender o que fazia



com que muitas vezes condutas adotadas na internação fossem consideradas absurdas pelo restante da equipe.

Um exemplo disso foi uma intervenção feita junto a um paciente da enfermaria masculina que estava internado há poucos dias e se encontrava muito arredo e desorientado. Apesar de já estar em uso de medicação injetável, a equipe não obteve êxito em sedá-lo e isso lhe preocupava, pois o paciente se recusava a ser submetido aos procedimentos-padrão de higienização: cortar as unhas e o cabelo, fazer a barba e tomar banho. Ele havia sido internado no final de semana e até segunda de manhã já havia tido desentendimentos com uma boa parte da enfermagem.

Na segunda de manhã, quando entrei na enfermaria, fui surpreendida por uma técnica que me direcionou o paciente com a frase ‘Converse você com ele, pois só um psicólogo pra aguentar isso...’. Frente a essa demanda, peço que ela me explique o que acontecia, porém o próprio paciente vem até mim e relata sua insatisfação com a tentativa de todos em obrigá-lo a fazer a higiene e em chamá-lo de paciente. A técnica de enfermagem se recusa a continuar a conversa, deixando claro que ‘ele não terá alta tão cedo se não quiser fazer as coisas lá’ e ‘vai falar com o médico sobre outra medicação para ele’.

Fico um pouco espantada com a naturalidade com que ela diz essas frases e aproveito que voltou para o posto de enfermagem para me propor a escutá-lo e saber mais sobre o que ele achava que fazia no hospital, já que não se reconhecia no lugar de paciente. Ouço um pouco de sua história, ele diz que foi por um mal-entendido que estava ali internado e que não precisava fazer a rotina de higiene, já que sairia dali naquele mesmo dia. Porém, um outro paciente que estava por perto intervém, dizendo ‘Cara, eu também estou aqui por um erro. Mas olhe, faça as coisas que elas te deixam em paz. A gente consegue alta se fizer o que elas pedem porque pensam que a gente ficou bom e contam pro médico’.

Diante do diálogo entre os dois, eu proponho que ele aceite cortar as unhas e o cabelo a fim de sair do hospital já arrumado para seus compromissos. Ao que ele aceita, pois se lembra que barbeiro custava dinheiro, porém se mantém firme na posição de não tomar banho. Não quer tomar banho pois não quer ceder às ordens da técnica, interpretando-a como mais um de seus perseguidores. Sugiro que ele poderia tomar banho um dia sim e um dia não, que eu anotaria no prontuário para atestarmos que ele cuida de sua higiene e não estaria dando à técnica o que ela queria. Como o paciente aceita minha proposta, colocamos em prática esse plano e a princípio a enfermagem ‘se satisfaz’, já que acaba o

conflito.

A proposta de anotar no prontuário os banhos e a rotina de higiene instala uma certa temporalidade para o sujeito e com isso algo de seu discurso vai se organizando. O paciente obtém uma estabilização de seu quadro e a equipe passa a pensar na sua alta.

Na reunião em que discutimos sobre a alta desse paciente, sou perguntada sobre como fiz para que ele se acalmasse e se tornasse mais receptivo às rotinas da enfermaria. Quando relato o acordo que fiz com o paciente, a técnica de enfermagem com quem ele havia discutido se mostra aborrecida, dizendo que era obrigatório cumprir rigorosamente a rotina de higiene e eu que havia permitido que ele burlasse essa regra. Ponto que era mais interessante permitir que o paciente exercesse algo de autonomia, decidindo quando cumprir aquela regra e esvaziando a sensação que ele tinha de ser perseguido por ela. A pouca autonomia daquela decisão havia esvaziado a posição querelante do paciente frente à enfermagem e dissolveu a perseguição imaginária que ele achava sofrer.

A explicação não diluiu o estranhamento da equipe frente à minha intervenção, porém, teve como efeito um giro dentro da equipe que passou a me solicitar mais frente a alguns impasses com pacientes, oportunizando um trabalho em equipe menos conflituoso durante meu período lá.

Ao final do primeiro ano de residência, estabeleceu-se que iríamos para um CAPS da cidade, alternativa que atendia uma demanda da turma de residentes anterior à minha, e já vinha sendo construída pela coordenação da residência. Na época, eu não me senti muito à vontade pois algo me fazia gostar muito de estar no hospital e não era adepta da ideia de me dividir entre o HJM e o novo CAPS.

A decisão foi de me direcionar para um CAPS no centro da cidade, que era novo e vinculado à Universidade Federal da Bahia (UFBA). Assim, eu e mais um colega passávamos nossas manhãs trabalhando no CAPS e pela tarde frequentávamos as aulas, sessões clínicas e atendíamos no ambulatório do HJM.

O CAPS se mostrou um campo novo, em que pude atuar com mais liberdade, já que a própria equipe era nova e composta por algumas pessoas sem nenhuma ou pouca experiência em saúde mental, o que dava margem para propormos intervenções diferentes sem o adormecimento da repetição institucionalizada. Havia conflitos e disputas dentro da própria equipe, fenômeno que causava resistência no grupo de residentes de maneira

geral, já que nos víamos convocados a ‘tomar partido’ nos conflitos de ordem imaginária inúmeras vezes.

A possibilidade de compartilhar um fazer com os novos colegas trouxe uma aproximação com a equipe do CAPS e permitiu um mecanismo de trabalho diferente daquele experimentado na internação do Hospital. Era possível fazer incursões no território acompanhando colegas, participar de atividades em grupo em diferentes formatos e a troca de estratégias na condução dos casos de forma mais dinâmica.

No entanto, a estranheza frente a algumas intervenções persistiu até a minha saída da unidade. A peculiaridade da presença de um praticante da psicanálise nas instituições é a possibilidade de provocar um giro nos discursos, o que faz com que um dos profissionais que compõe a equipe possa, em determinados momentos, apontar para o saber que se extrai do paciente, colocando em questão condutas até então tomadas em um saber fechado sobre a doença e não sobre o sujeito que a experimenta em seu corpo (Camargo, 2003; Ratti & Estevão, 2015). Nesse lugar êxtimo, trabalhávamos com a perspectiva de propiciar a emergência da clínica do sujeito no CAPS.

Uma dessas situações de estranheza emergiu frente a uma intervenção junto à equipe a respeito de um usuário recém-chegado ao serviço e que gerava muito incômodo por sua recusa em interagir e participar das atividades. O paciente havia sido recebido de forma muito calorosa pela equipe, que depositava nele a possibilidade de um ideal de cura pelo amor e pela salvação, pois se tratava de alguém com longo histórico de internamentos e sua recusa em interagir fora lida como ‘timidez’ pelas colegas que o recebiam na unidade pela primeira vez.

Porém, rapidamente, esse ideal cai, já que o paciente estava decidido a não responder a nenhuma forma de interação social, evitava ao máximo entrar na unidade, sentar-se para participar das atividades e a se alimentar junto com o grupo no refeitório, permanecendo quase que todo o tempo em pé no estacionamento. A equipe se sentia rejeitada em seus esforços e frustrada.

O ápice da crise se deu quando o paciente fora flagrado, em um mesmo dia, se alimentando de restos do lixo quando havia recusado receber o lanche das mãos de uma das técnicas, tirou a roupa no corredor do CAPS e evacuou na van que transportava os usuários. A situação escandalizou a equipe e fez com que formulassem a ideia de

informar à família do paciente sobre a possível suspensão de seu acompanhamento na unidade, caso ele não se comprometesse a obedecer.

A situação foi narrada para mim na hora do café da manhã, em meio à chegada de outros usuários, que confirmavam os acontecimentos e tentavam decidir se o ocorrido era cômico ou trágico, alternando falas como ‘é preciso respeitar as regras’ e ‘a gente fica meio sem noção depois de muito tempo internado’. Aproveitei a informalidade da situação para interrogar as colegas um pouco mais sobre o caso e ouvir o que achavam que acontecia com ele.

Fico sabendo que ele morava sozinho no andar térreo da casa da família, enquanto mãe e irmãos habitavam o andar de cima e nesse contexto o paciente passava seus dias sem interagir com o restante da família, separado por um portão fechado com cadeado que impedia seu acesso ao andar superior. Segundo a família, assim ele poderia ficar à vontade e ao mesmo não incomodar a ninguém.

Ao ouvir essa fala, pontuo que se decidíssemos por ‘suspender’ suas idas ao CAPS estaríamos fazendo o mesmo que a família, repetindo a atitude de isolá-lo frente à sua recusa em ceder aos nossos apelos. Sustento que ao invés de ficar convocando o paciente para entrar na casa e para participar das atividades, pudéssemos nos alternar indo para a área externa, onde ele costumava ficar, não apenas para levar as refeições, mas para conversar com ele, mesmo que não obtivéssemos resposta.

A princípio, minha fala foi ouvida com certa desconfiança e fui questionada se achava mesmo que iria dar certo, pois até o médico tinha dito que ele ia evoluir muito pouco. Respondi que se nós, que trabalhávamos lá, não fôssemos capazes de supor que o paciente podia alguma coisa, o trabalho ficaria impossível. A fala produziu um riso nas colegas, que aceitaram a proposta e com o passar dos meses, a recusa total foi dando lugar a pequenas interações por parte desse paciente.

Mônica Camargo (2003), ao apontar para a clínica da contingência operada pela presença de um praticante da psicanálise nas instituições, esclarece que é a partir de situações como essa que podemos fazer o saber circular e abrir espaço para novas formas de condução na direção do tratamento. Minha intervenção junto às colegas da equipe abriu um intervalo entre a sentença de prognóstico limitado dada pela medicina e o desejo de salvar que imbuía as ações da equipe, permitindo assim que fosse possível trabalhar a

partir do paciente e não de prescrições prêt-à-porter.

A experiência da residência foi para mim um giro, do lugar de estagiária, daquela que estava ali para aprender e de certa forma, submetida à repetição de práticas institucionalizadas, para o lugar de residente, um lugar de exercício da clínica da contingência, partindo de incidentes que propiciassem a intervenção e a invenção no cotidiano de práticas em saúde mental.

O período de trabalho na residência pode ser tomado, na perspectiva lacaniana, como instante de ver, em que as experiências aconteceram e deixaram suas marcas e levando em conta que o tempo do inconsciente escapa a noções cronológicas; foi possível elaborar algo dessa experiência a partir da escuta dos colegas egressos e que se conclui com a produção desse relato.

Entre o fim do meu período de residência e a produção desse relato se passaram exatos dez anos. Esse relato se constitui, então, no momento de concluir, aparecendo como um certo resto dessa operação, marcando não apenas o lugar que o residente pode ocupar dentro das unidades de saúde e da equipes, mas o próprio lugar dessa experiência em minha formação profissional, um lugar êxtimo, de estranha familiaridade e de invenção frente ao inusitado da clínica psicanalítica da psicose (Camargo, 2003; Lacan, 1998; Ratti & Estevão, 2015).

### **3.2 A residência pelos residentes**

A partir do que define Minayo (2014) a respeito da análise temática de conteúdo e da leitura exaustiva dos conteúdos das entrevistas foram estabelecidas cinco categorias que melhor representam aquilo que pode ser encontrado nas falas dos entrevistados, sendo as categorias: Importância da residência na formação para o SUS, política do SUS em saúde mental, política das residências, lugar da residência no HJM, clínica do sujeito<sup>2</sup>. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada participante e dessa forma, os dados não foram coletados e nem tratados seguindo a temporalidade da participação deles no programa.

Entre os nove entrevistados, dois são do gênero masculino e sete do gênero feminino. Cinco atuam hoje em serviços de saúde que compõe rede SUS, se distribuindo em serviços substitutivos, atenção primária e atenção terciária. Dentre esses cinco, três tem vínculo com o

---

<sup>2</sup> Clínica do sujeito se refere à clínica de orientação psicanalítica em que tomamos o sujeito do inconsciente como categoria clínica, demarcando sua evanescência e possibilidade de manifestação a partir das contingências.

município de Salvador via concurso, uma atua através de contrato e uma atua como gestora de uma unidade de saúde em outro município através de cargo comissionado.

Três entrevistados atuam hoje em consultório privado, tendo realizado um percurso na área da saúde mental pública e privada por um período após deixarem o programa. Um deles permanece trabalhando em saúde mental no âmbito privado até o momento e duas entrevistadas deixaram de atuar na área da saúde mental, migrando exclusivamente para o consultório privado. Apenas uma entrevistada atua no SUAS – Serviço Único de Assistência Social.

Esse dado aponta que o investimento público na residência de psicologia clínica e saúde mental retornou para o próprio SUS, de forma direta ou indireta, como é o caso da entrevistada que hoje atua no SUAS, já que dos nove entrevistados seis pessoas estão trabalhando na assistência pública atualmente e uma atuou por um breve período no próprio HJM. Porém, essa informação não pode ser tomada como representativa do total de egressos do programa, já que atuar ou ter atuado na área da saúde mental foi um elemento preponderante para a participação do entrevistado na pesquisa.

Dois sujeitos salientam que a baixa remuneração, a falta de concursos públicos, a precarização dos serviços públicos em saúde e as dificuldades em lidar com lógica de medicalização e manicomialista ainda presentes nos serviços, são elementos que desestimularam sua permanência no SUS.

### Caracterização dos egressos entrevistados

Residente	Gênero	Local atual de trabalho	Nível de atenção na Assistência Pública	Cargo	Outra experiência em Saúde Mental
R1	Masculino	SUS	Nível primário	Psicólogo	
R2	Feminino	SUS	Nível primário	Psicóloga	
R3	Feminino	SUS	Nível terciário	Psicóloga	

R4	Feminino	SUS	Nível primário	Gestão	
R5	Feminino	SUAS	Nível primário	Psicóloga	
R6	Feminino	Consultório privado e clínica de trânsito		Psicóloga	SUS
R7	Feminino	SUS	Nível primário	Psicóloga	
R8	Masculino	Setor privado em Saúde Mental e consultório privado		Psicólogo	
R9	Feminino	Consultório privado		Psicóloga	Setor privado

A categoria ‘importância da residência na formação para o SUS’ define tanto a importância da experiência da residência como processo de transmissão e aprendizado de práticas em saúde correspondentes aos princípios e valores do SUS como à importância da residência na trajetória de cada um dos regressos, sendo considerada por alguns como ‘*um divisor de águas para mim*’ (R9), ‘*foi o início de tudo pra mim*’ (R1) ou ‘*ali eu me vi técnica em saúde mental*’ (R7), demarcando a passagem desses profissionais do lugar de estagiários ou estudantes para o lugar de profissionais em saúde mental, praticantes de uma clínica orientada por esses valores.

É interessante observar que para alguns dos entrevistados, a residência tem um caráter instrumentalizador, precipitando o desenvolvimento de habilidades e competências que vão além do saber teórico. ‘*Pra mim, foi bom, porque eu aprendi muito, eu aprendi muito, muito mesmo, tanto a lidar com a equipe, lidar com situações adversas, né?*’ (R6); ‘*Por tudo que eu falei, acho que posso dizer que a residência, foi a residência que me trouxe o que eu sei sobre o SUS muito mais no fazer do que necessariamente foi proposto pela residência em termos*

*teóricos.’ (R4); ‘A residência... Ela teve um papel importantíssimo no meu conhecimento e conduta clínica... Ela foi o ponto de partida, ela foi quem organizou essa conduta clínica’ (R2); ‘Eu diria que foi fundamental, eu diria que foi fundamental enquanto profissional para pensar clínica, instituição, a psicose, a saúde mental, foi fundamental’ (R8).*

Podemos tomar a fala de R5 como condensadora da potência do processo de formação da residência e sua relevância na trajetória dos egressos desse programa: *‘Eu defino como momento importante entre a graduação e a vida profissional, um momento de formação que agregou muito à minha trajetória profissional, que agrega muito à minha trajetória profissional, que foi importante também para um amadurecimento, de conhecimento em relação ao sistema, ao SUS, relação a clínica, em relação as relações interprofissionais, em relação a equipe multi, em relação a lidar com desafios e sistemas públicos...’ (R5).*

As falas citadas expressam como esse período pode influenciar a percepção do próprio residente acerca das possibilidades de trabalho, do significado do SUS e seus valores nas práticas cotidianas, possibilitando o desenvolvimento de um estilo clínico e ao mesmo tempo de uma percepção sobre si enquanto técnico em saúde mental.

A categoria ‘política do SUS em saúde mental’ traduz os impasses trazidos pela reforma psiquiátrica e os investimentos públicos na área da saúde mental para aqueles que trabalham em um hospital psiquiátrico, mas permite a leitura do quanto as atuais políticas em vigência podem perpetrar a lógica manicomial para os trabalhadores, mesmo que eles atuem em serviços substitutivos, como os CAPS. Nessa temática, é possível perceber que no HJM encontravam-se profissionais engajados pelos princípios da reforma psiquiátrica e desejosos de uma atuação que promovesse a desinstitucionalização dos usuários, mas que viam sua ação limitada pelas dificuldades impostas pela precariedade das possibilidades e alternativas concretas, além de profissionais que tinham um certo descrédito nas possibilidades de intervenção, devido ao um longo percurso trabalhando no espaço manicomial.

*‘...poque assim, pra mim o grande diferencial da residência era a possibilidade de discutir caso clínico, de discutir diagnostico, de pensar a direção do tratamento, né... Que era uma coisa que ninguém fazia no hospital. E que a gente estava disposto a fazer isso. Porque aí assim, até hoje permanece essa lógica da medicação, o centro terapêutico na saúde mental, em 2009, quando eu tava fazendo a minha residência isso era muito mais forte, então. E a gente fazia justamente um movimento novo aí, né... Desse sentido subversivo...’ (R1)*



*‘Então, acho que sim, que havia esse espaço, mas quando a gente se depara com algumas burocracias eu diria, não sei devo chamar de burocracia do serviço público, o funcionamento mesmo de profissionais que estão há 30 anos, né, dentro de um mesmo serviço e que às vezes tem algumas mentalidades de serem donos do serviço e de territorialização dos espaços, então isso ia trazendo certas dificuldades de a gente encontrar esses princípios mais arraigados como prática, como valor mesmo de trabalho, com os pacientes mas eu acredito, embora tenha a questão dos espaços, eu via muitos profissionais, mesmo lá dentro do próprio hospital, eu diria que com a busca pela implementação desses valores nos seus atendimentos, por exemplo, na lida com outros profissionais já era mais difícil, mas no dia a dia com o paciente sempre sim, eu via essa busca.’ (R7)*

*‘Tem algo dessa lógica manicomial, assim no sentido de tomar um pouco o paciente como objeto, no sentido de um médico tem um saber sobre o paciente que perpassa os muros do hospital, né? E que muitas vezes, a gente via acontecendo no CAPS é, né? Algo dessa lógica também, que eu tou dizendo, de silenciar o paciente com medicação, algo assim...’ (R9)*

Essas falas apontam como a experiência do SUS é rica e ao mesmo tempo contraditória, pois em um mesmo espaço de saúde, diferentes lógicas de tratamento estão em jogo, evidenciando como o campo da saúde mental é um campo de tensionamento de práticas e como os residentes podem se fazer atores importantes ao interrogar práticas institucionalizadas no fazer dos profissionais.

É interessante ressaltarmos como o HJM é um espaço múltiplo, já que contém diferentes lugares de tratamento como internação, emergência e hospital-dia o que faz com que dentro do próprio hospital aconteçam tensionamentos e conflitos.

*‘É porque quando você fala em hospital parece que é uma coisa só, né, eu penso em hospital, mas, tipo... Dentro do hospital eu vi diferença de práticas. O CENA, por exemplo, a gente chamava de hospital apesar de haver algumas diferenças, mas eu já via diferenças... É redundante né? Mas é isso, diferenças de práticas... A emergência e o modulo D, por exemplo, eram práticas também, né, diferentes...’ (R3)*

*‘Ver e fazer alguns enfrentamentos, que eram enfrentamentos com o próprio hospital, entender esse dentro/fora, porque o CENA era um fora, mas ao mesmo tempo dentro, dentro da estrutura do Juliano, né... Ainda muito submetido à lógica manicomial.’ (R4)*

Ou seja, havia espaços muito submetidos à lógica manicomial, em que prevaleciam práticas

medicamentosas e espaços que se apropriavam de outras formas de funcionar, acolhendo e direcionando as questões dos usuários de maneira diversa. Porém, mesmo dentro dos espaços mais ‘manicomiais’, como as enfermarias, havia possibilidades de diálogo e a preocupação em adotar princípios do SUS como norteadores.

*‘Nos serviços mais abertos para as novas políticas de saúde mental essa interlocução era muito maior, as pessoas inclusive contavam conosco’ (R2)*

*‘Então, eu percebia que não tive dificuldade, assim, em estar na equipe... Participar das discussões interdisciplinares e tudo o mais... Eu não sentia falta de perceber os princípios do SUS’ (R5)*

*‘Isso que eu tô te dizendo, é... Dentro do hospital psiquiátrico, nos setores da internação, em módulo, não. Mas no CENA, havia essa possibilidade, né? Porque a gente trabalhava com o território.’ (R6).*

*‘A gente tava dentro de uma instituição psiquiátrica, pós-reforma psiquiátrica, então também aí tinha esse qual é o papel ainda de uma instituição psiquiátrica pós-reforma? Então, era uma luta, né? Mas eu acho que a gente atuava a gente... Eu atuava, com isso no horizonte e acredito que na residência, por mais que tivesse esse viés clínico psicanalítico, havia também uma abertura para se tentar dialogar sobre esses caminhos’ (R8).*

Podemos entender que o espaço do HJM é um território múltiplo que guarda em si inúmeras possibilidades de trabalho, mesmo nos espaços mais refratários à lógica antimanicomial ou a lógica da psicanálise, deixando algum espaço para que o residente de psicologia pudesse contribuir com um aporte técnico e clínico diferenciado. Como tempo, podemos ver que os próprios residentes eram tomados como integrantes que poderiam contribuir, como expressa R2.

‘Política das residências’ diz respeito à experiência da residência levando em conta aquilo que é previsto pelo seu programa e pelas normas definidas pelo Ministério de Educação e Ministério da Saúde, como organização da carga horária, disciplinas, preceptorias. Para os sujeitos entrevistados havia uma boa organização da proposta, porém, encontramos em pelo menos um relato um questionamento sobre a necessidade de se investir tanto na transmissão da psicanálise, apesar do próprio sujeito referir ter clareza de que quando escolheu o programa estudado, estava claro que o programa seguiria a orientação psicanalítica. Os entrevistados localizam que a residência oferecia um conhecimento rico, com aporte clínico e prático

refinado, porém também apontam que havia uma falta de equilíbrio na distribuição das horas de trabalho e estudo. Para quatro sujeitos, o fato de ser um programa que tinha a orientação psicanalítica como ponto de apoio foi fundamental na escolha por esse programa.

*‘Mas os profissionais da residência tinham sim, uma ênfase muito grande na psicanálise como teoria, como orientação. Eu sei que a orientação da residência era psicanalítica, mas acredito que isso poderia ser um pouco diferente também... Mas assim, a crítica em relação a conteúdos de saúde mental e de áreas de profissionais da saúde mental acho que permanece, uma excessiva ênfase em questões teóricas permanece, eu diria assim.’ (R7)*

*‘Acho que tudo isso junto assim, mas a minha escolha pela residência do Juliano Moreira principal foi a Psicanálise.’ (R1)*

*‘A clínica do sujeito e a clínica social e foi uma forma também de sustentar um pouco a minha escolha por essa residência, né... Porque tem todo um estigma aí, quando a gente fala residência do Juliano Moreira, né?’ (R3)*

*‘Na época, eu estava muito interessada por essa coisa de psicopatologia enfim, saúde mental e muito interessada mais ainda até, pela psicanálise. Então, poder juntar essas coisas, me pareceu algo bem atrativo, então, foi aí que eu fiz essa prova...’ (R9)*

*‘Eu me formei, estava querendo fazer uma residência, que eu descobri que havia residência multiprofissional e eu estava procurando uma residência que tivesse um viés psicanalítico. Então me informaram da do Rio, aquela que tem certo viés psicanalítico, do Pinel e a da Bahia, mas, aí eu perdi o prazo da do Pinel e fiz só a daqui’ (R8).*

No entanto, os egressos também salientam que a experiência da residência ficava impactada pelas dificuldades institucionais acadêmicas, como uma certa desorganização que poderia ser relacionada com o pouco tempo de existência do programa, mas também com as disputas internas dentro da instituição de ensino à qual o programa se vinculava, que em algumas ocasiões impunha dificuldades para a realização das disciplinas, acesso à biblioteca da universidade e emissão de documentos comprobatórios.

*‘Eu acho que tinha uma coisa que era pra experiência nova e eu sentia uma dificuldade de organização para carga horária teórica muito mais do que para a prática... A Carga horária teórica é que pra mim trazia uma série de problemas porque assim não existia uma organização de uma carga horária linear’ (R2)*

*‘Então, não tinha essa conexão com a universidade, tanto que assim, a gente não tinha possibilidade... Em alguns momentos, a gente não tinha a conexão de pegar livro na universidade, porque a gente não era reconhecido como residente... Então, não havia, realmente, algo estruturado mesmo, tanto politicamente quanto conexões dentro da universidade, que garantisse a existência dela. Então, era muito centrada em A. (a coordenação geral)’ (R4)*

Havia também, para alguns egressos, um certo mal-entendido no que era o programa e na forma como ele era apresentado. Isso partia de dois elementos: o próprio nome do programa ‘Psicologia clínica e Saúde Mental’ e do fato de ser um programa lotado em um hospital psiquiátrico, considerado por muitos atores da saúde mental como índice máximo do retrocesso. Esse ponto é relevante para nossa discussão pois aponta especialmente para os questionamentos feitos por residentes das últimas turmas, que fazem referência a uma sensação de que os elementos da clínica psicossocial não foram tão abordados nas disciplinas ou de não tinham tanta noção de que a residência seguia a orientação psicanalítica lacaniana.

*‘Fomos 3, né? Para o CAPSad, eu, V. e C. Quando a gente inclusive escolheu ir para o CAPSad, houve alguma discussão com relação a isso, quando a gente quis trazer ‘Opa, a gente tá lá fora. Vamos conversar um pouco mais, vamos abrir, vamos entender o que tá acontecendo’ porque a gente não pode pensar numa atuação diferente, houve algum tensionamento, não por todos os preceptores, mas com alguns preceptores, inclusive dizendo que a gente era muito psicossocial.’ (R4)*

Essa discussão se faz importante por dois aspectos: o primeiro, como uma prática orientada pela psicanálise pode interrogar e angustiar o próprio praticante, confrontando-o com limites e impossibilidades do cotidiano de trabalho com a loucura; o segundo aspecto, mais pragmático, nos coloca uma reflexão sobre as mudanças no processo seletivo dos residentes já que a partir dos anos 2011 o memorial deixou de ser uma etapa seletiva e os participantes não tinham a oportunidade de serem inquiridos a respeito de sua escolha, ratificando ou retificando essa escolha por uma residência de orientação psicanalítica.

*‘...porque a psicologia clínica ela é direcionada para a psicanálise, então você precisa tá advertida que a psicanálise está muito presente ali. Talvez não seja uma escolha dela, né? Então, quando chegava lá no serviço a gente se sentia confortável porque a psicanálise estava muito presente, então a gente chegou a questionar isso, em relação talvez uma forma de apresentar melhor a residência para que as pessoas saibam do que se trata.’ (R5)*

*'Não foi uma escolha, especificamente, por ser, por exemplo, vinculada a psicanálise. Não foi nada dessa forma não... Era saúde mental e era residência. E aí foi um pouco assim a escolha.'* (R4)

Outro ponto evidente é como a precariedade das condições de funcionamento das unidades de saúde pode atravessar a residência, demandando do residente ocupar posições que não estão previstas.

*'Na época, inclusive, a gente questionou, mas na verdade não tinha muito o que fazer. O hospital tinha uma deficiência clara, tinha uma dificuldade, né? E a gente entendia, a gente cobrava da... Da... Da parte da administrativa da residência, mas a gente entendia que a administração estava tentando organizar porque nós éramos a segunda turma, é... Então havia muitas dificuldades em lidar com as questões de como fazer, onde era o lugar do residente, muitas vezes se misturava o que era do residente, porque o residente assumia coisas que não era do residente, mas sim de funcionário, né? E as vezes, a gente questionava até porque a gente tinha carga horaria enorme de aula, de textos, de coisas para fazer além do funcionamento e a gente tinha que dar conta dos atendimentos tudo, então tiveram muitos momentos de questão com isso...'* (R6)

Essa categoria concentra elementos que encontramos de forma extensa em outros autores que pesquisam sobre as residências, apontando em diferentes áreas da saúde um desencontro entre aquilo que é proposto nos projetos dos programas de residências, sejam elas médicas ou não, e aquilo de fato acontece no cotidiano dos programas (Domingos et al., 2015; Mello et al., 2019; Miotto et al., 2015; Paim, 2015). Dessa forma, fica patente como a realidade de pouco financiamento para a área da saúde, a ausência de concursos com a alocação de técnicos em número satisfatório e a preservação dos espaços de saúde fragiliza a presença dos programas de residência e gera uma sobrecarga tanto para preceptores quanto para os residentes.

Somam-se a essa realidade as disputas no campo acadêmico, em que se faz difícil o reconhecimento por pares de determinadas práticas ou o exercício da profissão em certos espaços tidos como lugares de retrocesso, causando prejuízo na execução das atividades curriculares definidas dentro da perspectiva do Ministério da Educação (Arneemann et al., 2018; Mello et al., 2019; Paim, 2015).

A categoria 'lugar da residência no HJM' pensa como a residência se fazia presente no hospital, ora como um incômodo, ora como um alento. Para os entrevistados era evidente que a residência de psicologia galgou um espaço importante, porém dicotômico. Em algumas

situações poderia ser tomada como referência no cuidado enquanto em outros poderiam ser entendidos como ‘sonhadores’ ou questionadores, causando mal-estar para a equipe. Alguns entrevistados demarcam que havia uma diferença explícita nas demandas dirigidas aos residentes de psicologia em comparação com a residência de psiquiatria, na forma de uma predominância das prescrições farmacológicas em detrimento de outras alternativas no tratamento dos usuários.

*‘... a primeira coisa assim, eu percebi que a gente tinha lugar, mas que a residência de psicologia ainda tinha uma diferença muito grande da de psiquiatria, a gente, apesar de ter um lugar, a gente tava chegando, ainda tinha muito a sensação assim de ‘tá chegando’. Muitas coisas ainda estavam em aberto, então os fluxos ainda estavam a definir, essa foi a minha experiência geral.’ (R1)*

*‘É um lugar que foi um pouco diferente quando as outras turmas foram surgindo, né? Era uma novidade e existia um investimento muito importante da diretoria na residência naquele momento. Não... Um crédito... M. era o diretor, ele acreditava muito na residência, ele queria muito a residência, então ele facilitou os processos, né? Ele dialogou com o hospital inteiro para aquela coisa nova e o que a gente viu foi que em algum momento, assim, na nossa entrada em cada espaço, podia haver alguma resistência inicial... Por mais que fosse uma coisa nova e que houvesse alguma resistência inicial, essa resistência, ela se dissolvia rapidamente, acho que por conta dessa... Dessa vontade, desse investimento coletivo, o que eu escuto de outros colegas é que eu não sei se isso perdurou...’ (R2)*

*‘Eu acho que a entrada, inclusive, às vezes o residente, que eu acho que aí é um ponto interessante, eu acho que os residentes muitas vezes eram vistos como um sonhador assim, como se ele quisesse é... Que eu ouvi isso bastante na época, como se a gente estivesse sonhando muito e não se desse conta das limitações reais, né? E isso às vezes me frustrava assim, me incomodava um pouco, entendo que às vezes eu acho que às vezes isso é um cansaço de longos anos aí de alguns profissionais, né? Mas eu acho que a residência, o residente incomoda nesse sentido por chegar ali querendo mudar as coisas...’ (R3)*

*‘Primeiro que eu acho que tem o próprio o lugar da residência lá no Juliano, eu acho que já era assim... Tem uma diferença muito grande entre ser um residente de Psicologia e ser residente da Psiquiatria, então a gente sabe, né... Que o médico tem lugar diferenciado em qualquer instituição. Então, enquanto os médicos circulavam de forma muito mais tranquila, tinham voz, tinha vez... Meio que pra mim ficou muito marcado, a salinha que a gente tinha*

*no último andar e passava por vários lugares, assim... E que era uma sala... Quando eu cheguei, né... Pouco organizada, que a gente, às vezes, não tinha onde deixar as coisas, porque era a sala dos residentes de Psicologia. Então acho que isso marca um pouco a entrada na residência, esse não lugar... Eu acho que isso foi importante de alguma forma, porque eu acho que esse não lugar marcou muito.’ (R4)*

*‘Com o tempo, com preceptorias eu fui me inteirando um pouco mais desse lugar ou desse não lugar porque ao mesmo tempo que a gente está ali, fazendo parte da discussão da equipe, a gente também é de fora, que não é do serviço, né? De qualquer forma, a gente sai, as equipes continuam e como é que os profissionais convivem com esse olhar? Então assim, eu acho que no Juliano, em relação à equipe do Juliano, enquanto a prática era no Juliano, a gente era bem integrado, bem aceito, né? Nesse sentido, eu acho que em outros espaços, foi um pouco mais desafiador, mas eu percebo que dentro Juliano era bem tranquilo assim, me sentia acolhida.’ (R5)*

Alguns residentes, especialmente os que tiveram a experiência de integrar as turmas iniciais demarcam a confusão entre o lugar do residente como quem veio para preencher o lugar vazio de um técnico da equipe com aquele que é o estudante em um processo de especialização. A necessidade da unidade por profissionais se misturava com a proposta da residência em prover a formação técnica e acadêmica dos participantes, deixando o limite entre essas posições difuso.

*‘É porque assim, na minha época, pra instituição, o residente não era um estudante que estava lá, era um psicólogo que estava lá atuando, então por isso que nos ocupávamos o espaço onde não tinha o psicólogo, a residência ocupava, né?... Então havia isso, porque a gente era colocada e tinha que assumir o lugar não de residente, mas de psicóloga daquele setor. Então para a instituição era isso, nós éramos cobrados pela instituição nesse lugar.’ (R6)*

*‘Depende muito do serviço, lá dentro eu acho que do espaço, lá dentro. Para os residentes de medicina, me parecia até que o espaço, até de fala era maior e era mais... Tinha um status, uma possibilidade de circulação, uma certa solicitação de serviços deles, a meu ver, maior.’ (R7)*

*‘Eu tinha, eu sempre tive a impressão, de que assim, de que a residência tinha um lugar, né? Que vinha se consolidando, que tinha um lugar que já existia, né? Que as pessoas assim, já*

*começavam esperar, é... Qual é a próxima turma de residentes, quem são os residentes deste ano, é... Assim, existia já um lugar da residência no hospital, que era um lugar ainda em construção, que vinha se consolidando enfim, mas assim... Existia já, um lugar para os residentes de psicologia no hospital, né? Que era um lugar em construção, é isso... Era a terceira turma, era o terceiro ano ainda que as pessoas, as pessoas ainda é... Que essas pessoas circulavam por lá, então, também não era tanto tempo assim, né? Mais... Mas já se dava lugar para esses residentes de psicologia, agora ainda não era tão claro assim, né? O que se esperava deles, né? Assim, que atribuições esses residentes teriam, assim no sentido pleno dos módulos, que eram lugares onde a atuação era mais complexa, né?’ (R9)*

*‘Eu me sentia sem lugar muitas vezes, né? É... Pela profissão do psicólogo mesmo, porque parecia que dentro do hospital o médico tinha lá uma função, assistente social tinha lá outro, enfermeiro tinha lá outro e o psicólogo, né? O que que tinha? É... Muitas vezes eu me sentia sem lugar dentro da... Da residência, em si... Com as pessoas da residência existia aquela coisa, que a gente enquanto residente tanto falava, né? Quando era pra se chamar pra responsabilidade de residente, nós éramos profissionais, mas quando éramos para reivindicar, éramos tidos como estudante ainda e aprendiz, né? Então é um lugar que ainda é de formação e de profissional, eu acho que pra gente era ainda um não lugar de certo modo, né? Ou um lugar a ser construído assim’ (R8).*

A falta de definição do que seria executado de uma maneira objetiva poderia ser reflexo do pouco tempo de existência do programa dentro do hospital, mas percebemos ao longo das entrevistas que essa falta de definição permaneceu ao longo dos dez anos do programa. Discutiremos mais à frente como podemos tomar essa falta de definição a partir do que alguns dos egressos nomeiam por ‘não lugar’ da residência.

A categoria ‘clínica do sujeito’ reflete a possibilidade que a residência, por sua orientação psicanalítica, propiciou de uma escuta dos sujeitos que buscavam tratamento no HJM e eram acolhidos pelos residentes. A orientação psicanalítica foi tanto o motivador principal que levou alguns dos entrevistados ao programa como um ponto de confronto para outros, que esperavam praticar a partir da lógica psicossocial. Apenas dois entrevistados deixaram de pautar sua prática pela orientação psicanalítica enquanto os outros sete entrevistados, após a residência, buscaram um investimento maior na formação psicanalítica, incrementando assim sua prática, tanto em consultório privado como no SUS, buscando especializações, mestrado ou a vinculação a instituições de formação em psicanálise.



*'Acredito que sim, porque a gente fazia uma clínica de muito compromisso. Então assim, A gente tava o tempo todo discutindo os casos e buscando dialogar sempre com os outros núcleos né, o núcleo de serviço social, o núcleo de psiquiatria. Nesse sentido eu acredito que sim. Porque assim, acho que o pessoal fazia uma crítica muito grande ao fato de a gente trabalhar com psicanálise, de a gente trabalhar com dispositivos digamos assim, mais presos, eles consideravam mais arcaicos, eu lembro de algumas pessoas falando sobre isso, sobre a nossa política no ambulatório, que a gente devia liberar os pacientes, não deveria continuar atendendo, assim que eu acho que é muito mais conflitos aí talvez de percepção de pessoas acerca do que é o trabalho, mas eu sempre percebi que o trabalho era de muito compromisso, então eu acho que assim o que define pra mim a relação com a saúde pública, é o compromisso que não é pra você fazer de qualquer jeito porque é público, sabe?'* (R1)

*'...esse caso clínico até que eu me referi, que eu desenvolvi o trabalho clínico com esse sujeito, surgiu de um impasse porque essa paciente, ela chega a me agredir em determinado momento, e no momento que ela me agride, eu fico meio assim atordoada mesmo pelo tapa que ela me dá mas eu consigo segurar os braços dela e saio assim... Com os braços dela, assim meio sem saber naquele momento, segurando os braços dela e aí, a equipe percebe o que tinha acontecido. E aí, vem me pedindo que eu autorizasse a contenção, porque quem era agredido, as agressões eram muito comuns naquele espaço, então quem era agredido é que autorizava a contenção. E eu me vi em um impasse, né? Porque aquilo para mim, não era a forma, né, que eu via de conduzir, de manejar a situação e aí eu vi, eu fico ali, eu não autorizo, né, a contenção. Tento manejar clinicamente, naquele momento, não era... Não foi possível porque ela tava... Foi uma situação... Bem, depois a gente vai analisar clinicamente, mas assim, ela me tomou como perseguidor dela mesmo e aí ela começa, né... Ela investe, né, ela diz que eu que a agredi, eu que a xinguei, né, e aí tento trabalhar ali com as palavras e não foi possível, né? E aí eu recuo, mas não autorizo, né, a contenção e aí, levo para a supervisão, a gente vai discutir, né, e a partir disso a gente começa a fazer um investimento aí, clínico que vai dando um certo contorno ao caso e a gente começa a acompanhar.'* (R3)

*'Até porque todos os profissionais, eles eram... Tinham a leitura da psicanálise enfim, então acabava que a gente podia sentir um pouco mais da política assim, mas no geral, a maioria das discussões eram clínicas, tanto nas supervisões, óbvio, e também durante as aulas e também durante os estudos de caso, eram muito voltados para a questão clínica. Assim, a minha escolha pela supervisora foi justamente ter alguém que estivesse lá no Juliano, que trabalhasse no Juliano porque eu acho que poderia, teria essas duas visões, a visão da*

*profissional que trabalha lá, que tem o sistema do SUS e a prática clínica, né?’ (R5)*

*‘Se você me perguntasse assim ‘P, na residência, qual você acha... O que é que você acha que você ganhou mais assim?’ eu acho que foi a escuta, porque foi muito tempo fazendo uma escuta ali, de uma diversidade de pessoas, de possibilidades imensas, então foi muito interessante vivenciar isso, não só como profissional, mas para a vida mesmo.’ (R6)*

*‘Isso começa mesmo a partir da residência, a partir da experiência que eu tenho no hospital e a partir do amparo que a residência me dá voltando todo esse suporte que a residência me deu, do ponto de vista prático, teórico e de supervisão que eu tinha, isso me trouxe um uma riqueza clínica muito grande.’ (R9)*

*‘Posso dizer, diria que com alguns, me sentia muito aberto para discutir questões íntimas do meu fazer e com outros, não. Com outros, eu sentia que havia uma um distanciamento maior ainda do que eu tava vivendo ou era ou tratava a psicanálise dentro desse outro lugar que a gente tava tentando desconstruir, dessa clínica fechada. Então, tinha, tinha pessoas que pensavam a psicanálise dentro desse contexto mesmo e o esforço que faziam pra fazer uma relação da psicanálise, do contexto institucional. Seria pensar uma clínica dentro da instituição assim, né?’ (R8).*

Enquanto alguns egressos tomam a perspectiva da clínica psicanalítica como elemento de formação importante, que ajudou a prepará-los para lidar com as mais variadas adversidades no campo da saúde, dois egressos apontam que para eles houve um fracasso em relação a essa temática, como se a perspectiva psicanalítica do programa impossibilitasse o diálogo com outras esferas de trabalho.

*‘Apesar de que – e aí eu posso dizer que foi na residência que eu pude estudar mais –, é... Eu acho que quando a gente começa a estudar um pouco Lacan, a gente vê que Lacan, ele não reforça isso. Ele, é... Ele traz outras coisas, traz outras ideias, mas acho que o fazer, não conseguia ampliar sabe? Não que seja falta de interesse.’ (R4)*

*‘Eu acho que ficou muito restrito naquela linguagem psicanalítica que eu achava que precisava abrir mais, para uma linguagem de comum diálogo com a saúde mental. Então, essa seria, assim, a maior dificuldade que eu encontrei, então assim.’ (R7)*

É interessante observar que nas entrevistas os egressos apontam como as falhas do próprio sistema de saúde mental retroagiam para alimentar a presença do HJM como espaço de

tratamento, mesmo que de forma iatrogênica.

*'De clínica, totalmente! E às vezes, era uma crítica que eu ficava me fazendo, assim, indo e vindo, que eu acho que o Juliano só me deu, só foi essa escola para mim porque a rede de saúde pública não funcionava, as coisas não funcionavam, não aconteciam. Então, tudo parava lá, tudo chegava lá, a as questões mais variadas.'* (R2)

É interessante ressaltar que há uma mudança no olhar dos residentes sobre o programa e sobre a ênfase na teoria psicanalítica lacaniana dentro do programa que se conjuga com o momento em que o processo seletivo para as residências sofre uma mudança e a forma de absorção dos residentes passa a não contar mais com o memorial e a entrevista.

As categorias descritas expressam os pontos em comum encontrados nas entrevistas, como uma forma de dar contorno a essa experiência comum a um grupo considerável de pessoas, mas que pelo que podemos observar, é singular para cada um. Na seção 'Discussão' discutiremos esses elementos à luz das referências já citadas na tentativa de estabelecer um panorama do que pode ter sido o programa de maneira geral.

### **3.3 Livro**

Por tratar-se de uma pesquisa desenvolvida em um programa de mestrado profissional, é necessário que esse trabalho resulte em um produto condensador do que se propõe a pesquisa e se estabeleça como uma estratégia que nos permita resgatar a história desse programa de formação profissional, demarcando sua importância acadêmica e técnica, além de apontar horizontes possíveis para aqueles que desejam se tornar residentes, aqueles que já compõem programas de residência ou para colegas da área de saúde que desejam saber mais sobre o assunto.

Em nosso caso, optamos por convidar profissionais que fizeram parte do Programa Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental. O livro concentrará capítulos que contam a experiência da residência, passando pelas narrativas dos preceptores, professores, supervisores e coordenadores que acompanharam o programa, desde sua concepção até seu encerramento.

Até o momento contamos com o aceite dos seguintes colaboradores, que tratarão das seguintes temáticas:

1. Apresentação: Lêda Lessa
2. O projeto da Residência: Marcelo Veras, Cristina Goulart e Analícea Calmon
3. A experiência da coordenação adjunta: Cristina Goulart, Marilene Batista, Marta Restrepo
4. Sessões clínicas: Mônica Hage
5. A docência: Analícea, Manuela Azevêdo, Lêda.
6. A preceptoria: Wagner Ferraz e Priscila Almeida
7. Supervisões: Andréa Hortélio
8. A experiência da Residência pelas palavras dos ex-residentes: Paula Goulart

Dessa forma, entendemos que será possível caracterizar o programa em sua história e sua importância como estratégia de formação para o SUS enquanto garantidora da permanência de seus princípios ao longo da trajetória do profissional egresso de uma residência.

Ainda estamos tramitando com a busca de uma editora que possa publicar o livro.

#### **4. Discussão**

A partir dos resultados encontrados, podemos tomar a experiência da residência como um marco na trajetória profissional dos seus egressos, ratificando sua importância como estratégia de formação de recursos humanos para o SUS através dos programas de residência. Tomando como base os relatos das entrevistas, é possível entender que essa experiência forja a identidade profissional de quem tem a oportunidade de participar de um programa de residência, apesar dos percalços e frustrações que podem ser sentidos como um entrave na formação e no próprio desempenho do trabalho.

No entanto, é importante ressaltar que estamos tratando de um único programa de residência, que tinha como marca estar lotado em um hospital psiquiátrico e seguindo a orientação psicanalítica, elementos que lhe conferiam uma especificidade própria. A presença da psicanálise em instituições de saúde mental é comum tanto no Brasil como em outros países e pode ser sentida, pelas equipes de saúde mental, como um

elemento estranho e causador de tensionamento em relação às práticas normalmente executadas de forma cotidiana (Camargo, 2003; Ratti & Estevão, 2015).

Podemos, então, afirmar que os residentes do Programa de Psicologia Clínica e Saúde Mental acabam por ocupar, em inúmeras situações e setores, o lugar de estranho íntimo, evocando de toda a equipe um movimento de elaboração ou de resistência frente às práticas que pensassem um cuidado singularizado (Camargo, 2003; Ratti & Estevão, 2015). A presença dos residentes pode ser entendida como um elemento que propiciou parcerias, incrementando as práticas de profissionais do hospital ou gerou um certo incômodo e questionamento naqueles profissionais surpreendidos por outra lógica de trabalho.

Além disso, podemos acrescentar que o programa deixou sua marca na comunidade dentro e fora dos muros do hospital. Os egressos apontam como o programa em si sofria críticas de outros profissionais da saúde mental e também de colegas residentes em outros programas, no entanto, com o tempo as atividades abertas ofertadas pela residência acabaram por se tornar elementos ressonantes, como foram as sessões clínicas que eram abertas ao público e os colóquios anuais propostos pela turma de residentes do primeiro ano, que promoviam discussões pungentes no campo da saúde mental e sua possível interface com a psicanálise.

Os colóquios e as sessões clínicas garantiram um espaço de interlocução com profissionais e estudantes da área da saúde mental e da psicanálise, permitindo discussões e trocas entre diferentes saberes e práticas, possibilitando que o próprio programa pudesse ser repensado a partir dessas contribuições.

Podemos entender que tanto o programa quanto seus egressos imprimiram um registro singular dentro da comunidade, coisa que pode ser expressa pelas possibilidades que os egressos encontraram quando, ao encerrarem suas participações no programa, buscaram espaço no mercado de trabalho e puderam se inserir em atividades relacionadas à saúde mental.

É interessante ressaltar que, nas palavras de alguns egressos, fica evidente que aquilo que tornava o programa uma experiência singular foi justamente o que lhes fez buscar essa formação. Para eles a possibilidade trabalhar em consonância com a clínica psicossocial e a clínica psicanalítica foi um elemento decisivo nesse processo, não

sem causar dúvidas, angústias, mas que, justamente por isso, os convocou a produzir e a inventar soluções em seu dia a dia nos serviços.

Para alguns, no entanto, um certo ruído se presentificou ao longo do processo, quando revelam que optaram pela residência a partir da ideia de trabalhar com a saúde mental ou com a clínica psicossocial. R4 deixa bem claro que não sabia que a residência tinha a psicanálise como orientação clínica, mesmo tendo sido aluna, na graduação, de uma das preceptoras que compunham o quadro de profissionais da residência.

Enquanto R5 relembra que sua turma chegou a interrogar a coordenação sobre a possibilidade de trocaram o nome do programa, a fim de que ficasse evidente que a orientação do programa era a psicanálise. Para as duas entrevistadas, era importante que isso fosse evidenciado de forma mais contundente já que elas entendem que nas suas turmas de residente havia uma certa surpresa e, em certos casos, uma frustração em relação à adoção dessa teoria como ponto de ancoragem.

No entanto, suspeitamos que, a partir do momento em que deixou-se ter o memorial e a entrevista como etapa da seleção, esse mal-entendido em relação à psicanálise ficou mais presente. Nas turmas iniciais, alguns residentes questionam sobre a necessidade de saber um pouco mais sobre conteúdos voltados para a saúde pública, para as políticas de saúde mental vigentes e sobre questões da clínica psicossocial, já que precisam trabalhar em interlocução com atores que bebiam dessas fontes, mas é apenas nas últimas três turmas que o mal-entendido se traduz também sob uma forma de surpresa, como se a psicanálise fosse uma opção do residente e não a lógica que pautaria o programa. Seria interessante que em estudos futuros, se observasse como a forma de entrada dos residentes nos programas pode acarretar conflitos com suas turmas de origem, com as equipes de saúde e até mesmo dificuldades em permanecer no programa.

Esse ponto é de fundamental interesse, pois mobilizam-se grandes recursos financeiros e humanos a fim propiciar a formação em formato de residência e a desistência de um integrante da turma ou seu afastamento da área de formação no SUS gera um prejuízo para o sistema de saúde.

A residência, como especialização, coloca o desafio da práxis, articulando instituições de lógicas distintas no campo universitário e da saúde e reitera princípios e diretrizes

da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Sanitário Brasileiro (Paim, 2015). Ao mesmo tempo, é preciso avaliar criticamente o papel dos residentes frente aos desdobramentos do esfacelamento do funcionalismo público e a precarização dos vínculos empregatícios no âmbito da saúde em estados e municípios.

Alguns autores discutem que os programas de residência vem sofrendo perdas na qualidade da formação oferecida aos seus integrantes quando coloca o residente como ‘tapa-buraco’ frente à ausência de profissionais contratados para cargos efetivos nas unidades de saúde (Abib, 2012; de Araújo, de Vasconcelos, Pessoa, & Fort, 2017; Silva, 2018)

Esse elemento, mencionado por três das entrevistadas de forma direta, aparece como uma dificuldade que as fez trabalhar. Enquanto percebido como uma dificuldade institucional acolhida por elas, as dificuldades de estarem em um serviço sem o amparo de um preceptor, as fez trabalhar e impulsionou sua formação. No entanto, podemos entender que a ausência de profissionais ou de professores, por deficiências institucionais, fragilizam o programa e a própria experiência de formação dos residentes.

Para os outros entrevistados a precariedade de profissionais em certos espaços de prática também era patente, porém, eles não relatam ter preenchido um espaço vago. Salientam apenas que percebiam que a ausência de técnicos gerava a expectativa nas equipes de que os residentes pudessem vir a obturar esse buraco. Essa expectativa se frustrava em duas vertentes: no fato que os residentes não poderiam dar conta de uma carga horária de trabalho que não era a deles e no fato que se trabalhava em outra lógica, rompendo com as rotinas já estabelecidas pela equipe.

O que pode nos levar a pensar o que apareceu no discurso de duas egressas como o ‘não lugar’ da residência no hospital. Essa nomeação para o lugar da residência no hospital aponta não só para a precarização dos programas de formação e dos investimentos em saúde, elemento que pode ser observado de maneira objetiva em nosso contexto atual, frente aos retrocessos que experimentamos nos últimos anos, mas também aponta para a presença do residente como êtimo, conforme citado anteriormente, uma presença que provocava o tensionamento justamente por romper com muitas práticas já estabelecidas (Barral & Lima, n.d.; Camargo, 2003; Fernandes & Freitas, 2009).

## 5. Considerações finais

No caso do HJM, particularmente, é preciso ainda salientar que a residência teve um caráter pioneiro e original, já que era um programa pautado pela lógica psicanalítica e imbuído de valores da Reforma Psiquiátrica, elementos que lhe conferem a característica de interrogar a lógica manicomial. O próprio programa tinha sua existência questionada pela comunidade antimanicomial, porém, o relato dos egressos e o relato de experiência esclarecem como a presença dos residentes dentro da unidade, propondo uma outra lógica de trabalho, possibilitou a implementação de práticas mais singularizadas.

O respeito aos princípios do SUS e a priorização de uma prática mais ajustada aos valores da Reforma Psiquiátrica não dependem, como explicitado pelos ex-residentes, de se estar em um hospital psiquiátrico. A lógica manicomial e práticas que silenciam o paciente podem ser a tônica mesmo nas unidades de saúde mais modernas, públicas ou privadas, pois sua permanência depende de outros fatores, como a formação dos profissionais, sua identificação com determinadas práticas e o acesso a programas de formação permanente que fomentem novas práticas.

A partir dos resultados, consideramos que foi possível caracterizar o Programa de Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental como crucial na formação daqueles que dele participaram, mesmo que tenham se afastado do trabalho na assistência pública à saúde ou tenham deixado a psicanálise enquanto orientação clínica.

A permanência da maioria dos profissionais da área da saúde mental e no serviço público demonstra como a formação pelo trabalho instrumentaliza, mas também provê uma formação política, despertando nos sujeitos o interesse em permanecer na assistência, mesmo diante das dificuldades mencionadas como a precarização dos salários e ausência de concursos.

É significativo mencionar que apesar do vultuoso investimento que se faz em programas de residência, não tenham surgido formas de absorção desses egressos mais amplas e consistentes, deixando municípios e estados sem uma orientação definida a respeito de como prover melhor seu quadro de técnicos em saúde e permitindo que profissionais com um rico aporte profissional sejam direcionados para áreas distantes do SUS. Citamos, como exemplo, a equivalência de pontuação para títulos de pós-



graduações eminentemente teóricas frente aos programas de residência ou mesmo o condicionamento de determinadas posições de trabalho à indicações políticas e contratos temporários.

Por ser um estudo exploratório que caracteriza o contexto de um único programa, sugerimos que outras pesquisas venham a investigar de que forma é possível verificar os destinos dos egressos de programas de residências não-médicas, levando em conta que enquanto estratégia de formação de recursos humanos para o SUS e permanência desse modelo de assistência, é fundamental que se propicie o retorno do investimento feito nos programas com a oferta de vagas de trabalho em unidades do SUS.

O retorno dos egressos dos programas de residência ao SUS ajuda a garantir a qualidade do serviço ofertado à população, funcionando como fator de proteção ao próprio sistema de saúde e às políticas públicas que orientam o cuidado em saúde no Brasil, salvaguardando as conquistas históricas advindas das reformas sanitária e psiquiátrica e abrindo caminhos para a implementação de novas práticas e lógicas de cuidado.

Dessa forma, concluímos que um programa de residência é elemento crucial no cotidiano das unidades de saúde, promovendo espaços de diálogo e buscando inovações, mesmo diante dos momentos mais temerosos da história de nosso país no que se refere ao cuidado de suas populações vulneráveis. Um programa de residência orientado pela psicanálise pode ser, como pudemos constatar com nossa pesquisa, um campo fértil para invenções, dando lugar ao novo e garantindo um espaço de circulação da palavra.

O Programa de Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental pode ser considerado um programa exitoso, apesar de não ter continuado, já que aqueles que dele participaram se percebem hoje técnicos saúde mental, mesmo que não estejam atuando na área nesse momento ou que tenham se afastado da psicanálise enquanto orientação clínica.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Abib, L. T. (2012). *Caminhando contra o vento...: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde*.

- Amarante, P. (2005). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria* (5<sup>o</sup> edição). Fiocruz.
- Andrade Filha, L. L. (2019). *Entre acordes e dissonantes - A clínica psicanalítica no ambulatório de saúde mental*. Salvador: Edufba.
- Arnemann, C. T., Kruse, M. H. L., Gastaldo, D., Jorge, A. C. R., da Silva, A. L., Margarites, A. G. F., Condessa, R. L. (2018). Preceptor's best practices in a multiprofessional residency: Interface with interprofessionality. *Interface: Communication, Health, Education*, 22, 1635–1646. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0841>
- Barral, I. C., & Lima, F. (n.d.). *RESIDÊNCIAS INTEGRADAS EM SAÚDE MENTAL: PARA ALÉM DO TECNICISMO INTEGRATED RESIDENCIES IN MENTAL HEALTH: BEYOND TECHNICISM*. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00209>
- Brasil. (2006). Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. In *Ministério da Saúde* (Vol. 414). Retrieved from [http://www.saude.gov.br/bvs%0Ahttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://www.saude.gov.br/bvs%0Ahttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)
- Camargo, M. B. de. (2003). O analista trabalhando na instituição. *Opção Lacaniana*, 37, 68–69.
- Da Silva, A., Castro-Silva, C. R., & De Moura, L. (2018). Qualitative research in health: Routes and difficulties in beginner researchers' education. *Saude e Sociedade*, 27(2), 632–645. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018172700>
- De Araújo, T. A. M., De Vasconcelos, A. C. C. P., Pessoa, T. R. R. F., & Fort, F. D. S. (2017). Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: O olhar de residentes e preceptores. *Interface: Communication, Health, Education*, 21(62). <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>
- Domingos, C. M., Nunes, E. de F. P. de A., & Carvalho, B. G. (2015). Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: O olhar do trabalhador de saúde. *Interface: Communication, Health, Education*, 19(55). <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>
- Fernandes, A. H., Freitas, L. A. (2009). *Tempos de reforma psiquiátrica : a clínica da recepção e a direção do tratamento no hospital Juliano Moreira , de Salvador – Bahia*. 11(1), 97–109.
- Freud, S. (n.d.). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a Técnica da Psicanálise II). In *O caso Schreber e artigos sobre técnica*. Vol. XII. (p. 159 a 172).
- Lacan, J. (1998). O Tempo Lógico e a Aserção da Certeza Antecipada. In *Escritos* (pp. 197-213 ST-O Tempo Lógico e a Aserção da Certe).
- Martins, G. D. M., Caregnato, R. C. A., Barroso, V. L. M., & Ribas, D. C. P. (2016). Implementation of multi-professional healthcare residency at a federal university: historical trajectory. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 37(3), e57046. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.57046>
- Mello, A. D. L., Terra, M. G., Nietzsche, E. A., Backes, V. M. S., Kocourek, S., & Arnemann, C. T. (2019). Teaching-service integration in the training of health residents: The

- teacher's perspective. *Texto e Contexto Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0019>
- Mioto, R. C. T., Alves, F. L., Caetano, P. da S., & Dal Prá, K. R. (2015). As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. *Serviço Social e Saúde*, 11(2), 185. <https://doi.org/10.20396/sss.v11i2.8635288>
- Nogueira, C. (2008). *Análise ( s ) do Discurso : Diferentes Concepções na Prática de Pesquisa em Psicologia Social Discourse ( s ) Analysis . Different Conceptions in Research Practices of Social. 24, 235–242.*
- Paim, J. (2015). Formação especializada em saúde mental - quando a crítica é bem-vinda. In A. Nunes, Monica; Torrenté, Maurice de; Prates (Ed.), *O otimismo das práticas - Inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência Multiprofissional em Saúde Mental* (p. 507). Salvador: Edufba.
- Piovesan, A., & Temporini, E. R. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 29(4), 318–325. <https://doi.org/10.1590/s0034-89101995000400010>
- Ratti, F. C., & Estevão, R. (2015). Instituição e o ato do psicanalista em sua extimidade. *Opção Lacaniana*, 18(Novembro 2015), 1–12.
- Santos, S. M. A. (2017). O método da autoetnografia na pesquisa sociológica : atores , The method of autoethnography in sociological research : actors , prospects and challenges . *Revista Do Programa de Pós -Graduação Em Sociologia Da USP*, 24.1, 214–241. Retrieved from <http://www.periodicos.usp.br/plural/article/view/113972>
- Seganfredo, G. de F. C., & Chatelard, D. S. (2014). Das Ding: o mais primitivo dos êxtimos. *Caderno de Psicanálise - CPRJ*, 36(30), 61–70.
- Silva, B. A., Peres, C. R. F. B., Pio, D. A. M., Marin, M. J. S., & Otani, M. A. P. (2019). Estudantes de enfermagem e medicina inseridos na prática profissional: percepção de equipes. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 8(3), 298. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v8i3.2395>
- Silva, L. B. (2018). Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, 21(1), 200–209. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>
- Vale, S. C. (2013). *O tempo e o ato psicanalítico na direção do tratamento*. 439–451.
- Veras, M. (2010). *A loucura entre nós - Uma experiência lacaniana no país da saúde mental* (1º edição). Salvador: Aldeia Bahia Brasil.