

# A RESIDÊNCIA INTEGRADA DE SAÚDE MENTAL COMO UM DISPOSITIVO DE FORMAÇÃO ORIENTADO PELO *RECOVERY*

*The Integrated mental health residence as a Recovery-oriented training device*

Políbio José de Campos Souza<sup>1</sup>

Ana Sophia Torres de Oliveira<sup>2</sup>

Caroline Oliveira Romão<sup>3</sup>

Olívia Malheiro Siqueira<sup>4</sup>

Sílvia Maria Soares Ferreira<sup>5</sup>

---

Artigo encaminhado: 30/08/2020

Artigo aceito para publicação: 30/03/2021

**RESUMO:** A Residência Integrada de Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens e a Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte têm no conceito de *recovery* um dos seus pilares de formação. Desde suas origens em 2012, a Residência aceitou o desafio de implantar um dispositivo único de formação profissional para as áreas de enfermagem, psicologia, psiquiatria, serviço social e terapia ocupacional. Capacitamos nossos profissionais para produzir cuidado e reabilitação psicossocial de forma colaborativa, em equipe e em rede, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial Brasileira. O maior desafio dessa proposta foi o de consolidar a Residência como um dispositivo de formação profissional orientado pela perspectiva do usuário e pela compreensão de que este é o protagonista dos processos de cuidado, bem como de suas jornadas singulares de *Recovery*. O desenvolvimento desta orientação partiu das matrizes constitutivas da nossa rede de atenção psicossocial, mas foi ainda preciso dialogar com experiências mundiais de reforma psiquiátrica, notadamente aquelas orientadas pelas perspectivas dos usuários. Concomitantemente, desenvolvemos práticas, projetos de inovação do cuidado e atividades de formação orientadas pelo *recovery*, com destaque para a presença e participação dos usuários no processo de formação do profissional. Pretendemos, neste artigo, narrar o processo em questão, indicando as potencialidades e os obstáculos que o permeiam, com o objetivo de redirecionar a formação de profissionais e as ações das nossas redes de cuidado e

---

<sup>1</sup> Especialista em Psiquiatria e Medicina Preventiva e Social pelo Programa de Residência do Hospital das Clínicas da UFMG. Graduado em medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: polibiodecampos@uol.com.br

<sup>2</sup> Graduada em medicina pela Universidade Federal de São João del Rey. Residência em psiquiatria pelo hospital Metropolitano Odilon Behrens. E-mail: anasophiatorres@gmail.com

<sup>3</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Atenas - Paracatu/MG. Residência Médica em Psiquiatria pelo Hospital Metropolitano Odilon Behrens. E-mail: carol.o.romao@hotmail.com

<sup>4</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal De Goiás. Residência De Psiquiatria (Hospital Metropolitano Odilon Behrens. E-mail: oliviapsiquiatra@gmail.com

<sup>5</sup> Psicóloga pela UFMG. Tem vínculo com a Associação Companhia Girassol. E-mail: vilarejo@hotmail.com

reabilitação com base numa orientação guiada pelas perspectivas, necessidades e valores dos usuários.

**Palavras-Chave:** Recuperação da Saúde Mental. Sistemas de Apoio Psicossocial. Formação Profissional em Saúde.

**ABSTRACT:** The Integrated Mental Health Residence of the Odilon Behrens Hospital and the Psychosocial Care Network of Belo Horizonte has the concept of recovery as one of their training pillars. Since its origins in 2012, the Residence has accepted the challenge of implementing a unique professional training device for nursing, psychology, psychiatry, social work, and occupational therapy. We train our professionals to produce psychosocial care and rehabilitation collaboratively, in teams and networks, within the scope of the Brazilian Psychosocial Care Network. The biggest challenge of this proposal was to consolidate the Residence as a professional training device guided by the user's perspective and by understanding that he is the protagonist of the care processes and his unique recovery journeys. The development of this orientation started from the constitutive matrices of our psychosocial care network, but it was still necessary to dialogue with worldwide experiences of psychiatric reform, notably those guided by users' perspectives. Concomitantly, we develop practices, care innovation projects, and training activities guided by recovery, emphasizing the presence and participation of users in the professional training process. In this article, we intend to narrate the process in question, indicating the potentialities and obstacles that permeate it to redirect the training of professionals and the actions of our care and rehabilitation networks based on an orientation guided by perspectives, needs, and user values.

**Keywords:** Mental Health Recovery. Psychosocial Support Systems. Health Human Resource Training.

## 1 INTRODUÇÃO

O projeto da Residência Integrada de Saúde Mental (RISM) da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) foi desenvolvido e aprovado em 2011 – ano que marcou o 18º aniversário da implantação da Reforma Psiquiátrica em Belo Horizonte –, nas comissões nacionais de residência médica e multiprofissional. A Residência iniciou suas atividades em 2012 com 16 vagas de entrada, 8 vagas de psiquiatria e 2 vagas para assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Apesar da necessidade de apresentar projetos separados às comissões nacionais, concebemos o processo de implantação de cada um dos projetos como partes de um dispositivo único e integrado de formação das categorias profissionais referidas. Desde 2006, com o advento do Projeto Hospitalidade, nossa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) local havia

assumido integralmente a responsabilidade pelo cuidado em saúde mental no município, após a extinção progressiva e quase total dos cerca de 2100 leitos manicomiais existentes no início da década de 90 (SOUZA, 2008). Naquele momento, pudemos desenvolver uma rede substitutiva experimental e de vanguarda: boa parte dos operadores foram formados no processo de construção inicial da rede, a partir de um processo de desconstrução de sua experiência prévia nos manicômios. Em 2011, encerrávamos esse ciclo, nos deparando com uma rede ampla, composta de centenas de operadores e de jovens recém-formados, com escassas experiências em saúde mental.

Um dos grandes desafios dentre aqueles que surgiram, foi o de articular e fazer dialogar sinergicamente saberes e competências no âmbito do trabalho interprofissional e interdisciplinar, e ao mesmo tempo produzir um domínio prático e teórico transdisciplinar. Foi constatado que tal processo somente é possível se os profissionais envolvidos desenvolvem a capacidade de lidar com relações de poder-saber e com os afetos, que muitas vezes geram conflitos e barreiras intransponíveis para o trabalho em comum e a produção coletiva. A iniciativa de implantar uma residência plenamente integrada tinha o objetivo de criar um dispositivo e cenários necessários para enfrentar o desafio. Considerávamos já de antemão que a superação das particularidades dos grupos profissionais e de suas disputas de poder-saber, não poderiam ser resolvidas, simplesmente, colocando os profissionais juntos, por meio do aprendizado e das ações em conjunto no cotidiano. Assim, os caminhos para a superação dos problemas, barreiras e conflitos, foram se delineando paulatinamente conforme o desenvolvimento de nosso projeto. O processo de implantação e os primeiros anos da residência na forma integrada foram detalhadamente descritos em uma dissertação de mestrado e em um artigo recente, aos quais remetemos para maiores detalhes (LIMA, 2016; 2019).

Passados oito anos, a RISM tornou-se um dispositivo vivo de produção de sujeitos e subjetividades, atravessado por relações de poder-saber, e afetos, no qual os atores, os médicos e os profissionais de nível superior se movimentam, se posicionam e procuram ativamente a regência e o controle da produção de sujeitos e subjetividades. Há conflitos, antagonismos e resistências, bem como momentos de alianças e de reconhecimento. O poder e os afetos que a ele se

relacionam estão em cena, em permanente confronto e em relações dialógicas. O resultado tem sido excelente.

Mas o problema mais desafiador, complexo e decisivo da formação profissional que encontramos diz respeito à proposição de que o cuidado deva ser centrado no usuário do sistema de saúde. Levar em consideração as necessidades, perspectivas e valores dos usuários é proposta muitas vezes enunciada, mas em geral pouco praticada e viabilizada, em razão de resistências, oposições, barreiras e obstáculos que muitas vezes parecem intransponíveis. Este desafio nos conduziu ao coração das transformações biopolíticas necessárias ao campo da saúde mental contemporânea e passou pela decisão de orientar nosso processo de formação pelo *recovery*, aspecto do processo que vamos narrar agora.

## **2 O RECOVERY COMO CONCEITO, MOVIMENTO E EXPERIÊNCIA PARA FORMAÇÃO DE SUJEITOS E PROFISSIONAIS**

O *recovery* tem como matriz básica a singularíssima jornada que cada cidadão portador de sofrimento mental necessita empreender para construir sua cidadania e seu protagonismo pessoal e social. Está em jogo, nessa jornada, a conquista da regência da sua vida por meio da produção de subjetividade e agência e de sua transformação enquanto sujeito, ao mesmo tempo em que gerencia e lida com seu sofrimento mental. É necessário, ao longo deste processo, combater, permanentemente, a alienação de sua identidade, sempre acossada pela presença de uma pretensa doença mental ou transtorno que, externamente, lhe atribuem outros. Esta experiência de enfrentamento e produção de sujeitos e de subjetividades se fez movimento, organizou-se coletivamente e engendrou a experiência-movimento político, social e cultural do *recovery* no mundo anglófono, que teve seu início marcado pelas primeiras iniciativas do movimento de usuários e sobreviventes do manicômio na década de 70.

É necessário registrar que utilizamos, neste trabalho, uma abordagem conceitual foucaultiana; mais especificamente, é levado em consideração o aparato teórico associado à vertente da produção deste autor a que se nomeou genealogia. Conforme o seu texto lapidar *O Sujeito e o Poder*, a abordagem genealógica visou “criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em

nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos.” (FOUCAULT, 1995, p. 231). Ao longo deste texto luminoso, Foucault estabelece que a produção de sujeitos e subjetividades é um processo mediado por relações de poder determinadas no âmbito de dispositivos que operam uma biopolítica, um modo de governo da população e de seus indivíduos, o “governo da individualização”. Portanto, ambos os conceitos de biopolítica e de dispositivo, o primeiro desenvolvido no volume I da História da Sexualidade (FOUCAULT, 1985), e o segundo definido por Foucault uma única vez em uma entrevista (FOUCAULT, 2000), mas usado extensivamente de forma mais genérica no curso sobre o poder psiquiátrico no Collège de France (FOUCAULT, 2003), permearão nossa compreensão acerca do cerne das questões que o *recovery* coloca em jogo. Outro registro importante a ser realizado é o de apesar de não caber, neste artigo, uma discussão exaustiva do acervo exuberante de produção teórica que temos sobre *recovery*, recomendamos alguns textos de referência que levam em conta todas as dimensões e implicações práticas dessa proposta (SLADE & DAVIDSON, 2011; DAVIDSON & SCHUMUTTE, 2019). Temos, atualmente, referências nacionais excelentes: o número especial dos Cadernos Brasileiros de Saúde Mental de 2017 (ROWE & REIS, 2017) constitui incontornável exemplo.

A força das suas origens e o movimento empreendido em seu nome ao longo das últimas cinco décadas transformaram o *recovery* e seus princípios em diretrizes de orientação para as propostas e políticas de saúde mental; mais de uma dezena de países, atualmente, referenciam suas políticas de saúde mental no *recovery*.

### **2.1 Recovery no modelo residência de formação: panorama mundial**

A implantação de uma orientação *recovery* exigiu, para aqueles países que a adotaram, a oferta de uma formação específica em *recovery*, em graus variados de extensão e profundidade, direcionada aos profissionais de saúde mental pertinentes. É evidente que a implantação de novas diretrizes que determinam mudanças na política e na cultura de cuidados, especialmente uma nova orientação biopolítica, requer um longo tempo para se consolidar. Tal implantação enfrentará resistências e barreiras de todas as ordens. Entre elas, está o fato elementar de que os profissionais que se encontram em ação numa rede de cuidados já carregam certas concepções e práticas consolidadas, e a

maioria deles pode estar pouco flexível e receptiva a diretrizes diferentes. Um caso representativo desse tipo de resistência está na dificuldade de aceitação da presença e do protagonismo dos usuários, posição esta que projetos e cursos de formação isolados não conseguem, isoladamente, transformar.

Isto posto, é interessante examinar o quanto o *recovery* tem estado presente nos processos de formação profissional, tanto na graduação, quanto na pós-graduação modelo residência. Apesar de, isoladamente, não ser suficiente para a incorporação da prática na atuação posterior do profissional, a presença do *recovery* no ambiente de formação da graduação e da residência faz com que haja um contato básico prévio acerca do assunto, elemento que contribui para a melhor adaptação dos profissionais a sistemas de saúde que se utilizem desse recurso. Fizemos uma revisão da literatura com foco na psiquiatria, e a conclusão foi a de que a penetração do *recovery* nos processos de formação dessa área é muito diversa, mas, de modo geral, escassa.

O Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME, 2014), instituição responsável pela gestão das residências médicas nos Estados Unidos da América (EUA) incorporou o *recovery* no treinamento dos residentes em Psiquiatria em 2014. O conceito passou a ser um componente dos desfechos de aprendizado necessários à formação de competências de um bom profissional. No modelo de formação do Royal College da Austrália e Nova Zelândia o *recovery* está fortemente presente, tanto conceitualmente quanto fazendo parte da formação de competências nas EPAs (Entrustable Professional Activities), que são atividades essenciais de ciclo completo que o residente deve realizar na prática, para então ser certificado desta capacidade (RANZCP, 2012). Contudo, o mesmo não se repete em outros modelos. O CanMEDS, de origem canadense, que é a grande referência mundial de modelo de formação baseado em competências, praticamente ignora o *recovery*. No Brasil, o *recovery* sequer é mencionado no Programa Mínimo de Psiquiatria da Comissão Nacional de Residência Médica, formulado pela Associação Brasileira de Psiquiatria.

No que diz respeito à exposição de residentes de psiquiatria a experiências e práticas de *recovery*, cabe avaliar seu impacto na formação desses profissionais. No Brasil, a presença de residentes numa experiência com grupos de Gestão Autônoma da Medicação, uma boa prática reconhecida, e que foi



desenvolvida por usuários canadenses, mostrou que o *recovery* pode ter impacto na formação, pelo menos, no âmbito da capacidade de escuta, influenciando no “modo de enxergar o paciente, fazendo com que considerassem outros elementos no momento da consulta” (OTANARI, 2011, p. 466). Outro estudo avaliou o impacto na formação de residentes de psiquiatria da Universidade de Yale a níveis variados de exposição ao *recovery* (GAMBINO et al., 2016). Eles passavam por atividades que os colocavam em contato com conteúdos teóricos, atividades, discussão de casos, presença em serviços e programas orientados pelo *recovery*; um grau de contato muito robusto, considerando o panorama mundial. Os residentes demonstraram uma retenção de vários princípios importantes do *recovery*, principalmente aqueles relativos à compreensão de que os pacientes, como sujeitos, vão além de sua doença, bem como os referentes à necessidade de considerá-los em sua dimensão subjetiva mais ampla, enfatizando os objetivos dos pacientes e seu empoderamento. Os autores do referido estudo constroem a hipótese de que os residentes podem ter captado a mensagem de que o *recovery* tem a capacidade de reconfigurar a relação de poder entre pacientes e profissionais. Mas, ainda é apontado que os residentes não conseguem vislumbrar as possibilidades de *recovery* fora do cuidado psiquiátrico. Aqui reside um limite a ser superado.

### **3 A IMPLANTAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA DE SAÚDE MENTAL: Conversações e encontros com o *Recovery***

Quando da implantação da residência, o que era evocado pelo *recovery* dizia respeito a uma referência a ser explorada, ou, a um eixo de formação entre outros: formar profissionais comprometidos e capazes para desenvolver projetos terapêuticos singulares, orientados pela perspectiva do usuário. Sabíamos que o conceito de *recovery* era um conceito passe – ou seja, que ele estava abrindo portas, permitindo o diálogo entre experiências diversas e importantes da Reforma mundial. Havia chamado a nossa atenção, à época, um número especial do *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* de 2005-2006, dedicado a relatar e refletir sobre um projeto de pesquisa envolvendo Trieste, o Programa de *recovery* de Yale, Noruega e Suécia (AJPR, 2005; AJPR, 2006). Nos demos conta que a experiência de referência da Reforma de Belo Horizonte, Trieste, estava ativamente fazendo um intercâmbio internacional sob o signo do

*recovery*. Passamos os três primeiros anos da residência (2012-2015) muito ocupados com os aspectos práticos e cotidianos de sua implantação, mas a discussão sobre *recovery* estava viva e ocupava parte importante das oficinas de Projeto Terapêutico, Reabilitação Psicossocial e, propriamente, de *recovery*. Incentivamos as primeiras turmas a produzir trabalhos de conclusão de curso da residência na linha das intervenções ativas para a melhoria do Cuidado na nossa rede, bem como a formular e implantar projetos relativos a dimensões críticas e vitais de nossas linhas de cuidado. Alguns desses trabalhos buscaram oferecer soluções para problemas graves relacionados com intervenções involuntárias e restritivas (contenções físicas, mecânicas e medicamentosas), polifarmácia e hiperdosagem de neurolépticos, medicação encoberta, alta por abandono, problemas na transferência de cuidado, e assim por diante. Dois projetos de melhoria do cuidado produzidos durante esse período se dirigiram a questões centrais do cuidado e foram sustentados coletivamente pelos residentes por vários anos.

O primeiro deles visava melhorar o cuidado quanto à questão da escandalosa precariedade da saúde física, morbidade e mortalidade diferencial dos portadores de sofrimento mental grave. Ele iniciou-se com os residentes do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Pampulha, depois um grupo de residentes elaborou as nossas Diretrizes de Cuidado e Monitoramento da Saúde Física e Risco Cárdio-Metabólico, o qual está servindo de referência para a melhora de cuidado em toda a Rede de Atendimento Psicológicos Sociais (RAPS) belo-horizontina. O segundo projeto implantado coletivamente pelos residentes, durante três anos, foi o Projeto de Intervenção Assertiva no Território (PIAT), realizado na comunidade da Pedreira Padre Lopes – comunidade histórica da cidade, uma das primeiras favelas de Belo Horizonte.

O Projeto de Intervenção Assertiva no Território tinha como objetivo cuidar e agenciar oportunidades de Reabilitação Psicossocial/*recovery* aos portadores de Transtornos Mentais Graves e Persistentes, principalmente, aqueles com graves problemas no laço familiar e social, portadores de comorbidades clínicas e de abuso de álcool e drogas e com dificuldades de vinculação aos serviços da nossa rede. Tinha como referência nossa prática de saúde mental no território e com populações de rua, bem como as experiências mundiais dos serviços de alcance assertivo e comunitário, os *Assertive Community Treatment* (MARX et



al., 1973; KILLASPY & ROSEN, 2011). O PIAT produziu resultados surpreendentes para os usuários que dele participaram. Foi um cenário de produção de formação do ponto de vista profissional e ético, e acabou sendo a inspiração para remodelar, posteriormente, o modelo de funcionamento e atuação no território do CERSAM Noroeste, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III da região.

A partir de 2015, com a residência integrada consolidada e a avaliação das nossas primeiras experiências de formação, bem como uma leitura e avaliação da experiência da nossa RAPS como um todo, decidimos considerar de forma radical o ponto de vista do usuário, e encaminhamos para tornar o *recovery* não apenas um componente, mas um pilar: uma orientação decisiva do processo de formação de nossos residentes. Algumas barreiras e obstáculos à implantação dos projetos de melhoria do cuidado que a residência havia tentado realizar, reforçavam mais ainda esta perspectiva. O *recovery*-cidadania plena-empresa social passaram a constituir o pilar orientador da formação, que ao mesmo tempo se transformou em um vetor que nos impulsionou a resolver os impasses que encontrávamos pela frente. Fizemos três movimentos combinados: (i) fortalecemos a presença dos conceitos de *recovery*, reabilitação psicossocial, inclusão, empresa social, economia solidária e cidadania, em todas as atividades de formação da residência e de nossa rede; (ii) ampliamos o intercâmbio com as experiências de *recovery* em nível nacional e internacional; e (iii) iniciamos com os usuários um processo de construção conjunta baseado na coprodução das atividades de formação e dos projetos de melhoria de cuidado da rede.

Quanto ao primeiro movimento ampliamos a discussão do *recovery* para todos os campos e cenários de prática buscando orientar por este conceito as discussões clínicas cotidianas e a formulação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Ampliamos a carga horária e o conteúdo das atividades sobre *recovery*, reabilitação psicossocial e projeto terapêutico, passando a discutir e analisar as experiências e modelos internacionais, principalmente aqueles com os quais estabelecemos intercâmbio, tais como o do PRCH (*Yale Program for Recovery and Community Health*) e Trieste, os desdobramentos triestinos atuais do *recovery* de inspiração basagliana, mas sem deixar de visitar a experiência britânica que é muito rica, e o modelo finlandês dos diálogos abertos e sua translação mundial.

O segundo movimento nos levou a realizar encontros e seminários e a fortalecer o intercâmbio com nossas referências principais. Em 2015, realizamos, em parceria com a Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte, o evento *Recovery: Jornada Individual e Empresa Social*, com a presença de Roberto Mezzina, coordenador do Departamento de Saúde Mental de Trieste e de Ernesto Venturini, liderança histórica da Reforma italiana. Um dos frutos da discussão e da troca de experiências foi a abertura de um campo de estágio em Trieste para os nossos residentes, a partir de 2016.

Em 2016, a residência participou ativamente do Seminário “O usuário como protagonista do cuidado em saúde mental”, realizado por várias entidades locais, dentre elas a Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (ASSUSAM) em parceria com um grupo de pesquisadores do PRCH. O Seminário nos aproximou do PRCH e, em 2018, realizamos um encontro-conversa com pesquisadores de Yale e Campinas. Discutimos sobre as possibilidades de implantação de práticas e estratégias orientadas pelo *recovery* no âmbito da Reforma Brasileira, inclusive, sobre o papel do *recovery* na formação dos profissionais de saúde mental.

A partir deste seminário os nossos residentes começaram a estagiar no PRCH, o primeiro residente já em 2018. No segundo semestre de 2019 três residentes do nosso programa fizeram um estágio no Programa de *recovery* de Yale. A experiência coletiva deles produziu o seguinte relato reflexivo:

Durante os estágios no PRCH, os residentes visitam serviços de atenção à saúde mental baseados em *recovery*, conhecem grupos e treinamentos facilitados por apoiadores de pares e acompanham o dia a dia dos pesquisadores, participando de reuniões e discussões. É importante destacar que o próprio corpo de pesquisadores inclui pessoas com experiência em saúde mental, percebidos como construtores ativos de conhecimento no campo da saúde mental e não meros objetos de estudo. O estágio no PRCH possibilita a consolidação dos conhecimentos teóricos sobre as estratégias de *recovery*, como cuidado centrado na pessoa, suporte de pares e decisão compartilhada. Para além do rigor metodológico, valendo-se das melhores práticas da pesquisa qualitativa, as pesquisas conduzidas no PRCH são orientadas pela pertinência e

importância dos problemas tratados. Nesse sentido, mostra-se fundamental a participação de pessoas com experiência em saúde mental não só na condução dos estudos, mas na proposição de perguntas verdadeiramente relevantes. O testemunho desse processo de empoderamento do usuário e seus resultados têm um grande impacto na formação do residente, ao deslocar a perspectiva médico centrada, de usuário-objeto, para uma perspectiva de coprodução de conhecimento, usuário-protagonista. (Relato dos residentes de saúde mental integrada I (RSMI - I))

Em 2019, a atividade inaugural das nossas Oficinas de *recovery* e Produção de Subjetividade e Sujeitos, consistiu num debate com o pesquisador do PRCH Mark Costa, cujo tema central era a questão da potência do *recovery* para a formação. Na ementa, convocando o corpo da Residência Integrada e toda RAPS BH ressaltamos:

O conceito de *recovery* tem suas raízes no movimento de sobreviventes ao manicômio, e neste sentido, sua matriz semântica o destaca como definidor de um movimento político e social pela afirmação e construção da cidadania e direitos por um sujeito político social preciso. Este movimento faz questão de destacar a autonomia, a regência e protagonismo dos cidadãos portadores de sofrimento mental nas jornadas pessoais e coletivas de *recovery*. O conceito de *recovery*, nos últimos anos, tem sido este conceito-experiência-movimento mensageiro, o qual catalisa o diálogo, a troca de experiências em diversos níveis e possibilita em escala mundial o compartilhamento de pesquisas, estratégias, dispositivos e operadores que se revelaram potentes para a construção da cidadania, inclusão social e política... também queremos destacar que o *recovery*, na medida em que vai ao cerne do processo de produção de subjetividade e sujeitos no campo da saúde mental, traz um grande potencial para a formação dos profissionais no âmbito da reforma psiquiátrica. (Ementa das Oficinas de *Recovery* e Produção de Subjetividade e Sujeitos, 2019)

A Coordenação da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte fazia parte da mesa de debates, bem como a representação dos usuários. A presença dos profissionais, e não apenas dos preceptores e dos gerentes da rede, foi significativa, como havia sido nos eventos anteriores, e assim, julgamos que poderíamos continuar com o projeto da residência e consolidar o terceiro movimento.

#### **4 RUMO À TERCEIRA MARGEM DO RIO: *Recovery*, consolidação de um novo dispositivo de formação e o porvir de uma outra biopolítica**

O aprofundamento e a ampliação do intercâmbio de experiências ocorridos, produzindo efeitos de formação tais como o relatado pelos residentes, nos impulsionou a reforçar o terceiro movimento da residência, qual seja, a coprodução da formação e do cuidado, sob a orientação do *recovery*. Este movimento pretende dar consistência prática e orientar nosso dispositivo de formação, produção de sujeitos e subjetividades na direção de um campo de possíveis para uma nova biopolítica.

Em 2015, abrindo a linha de força do engajamento e participação dos usuários na produção da melhoria do cuidado, fizemos em um de nossos CERSAM um piloto da GAM – Gestão Autônoma da Medicação –, uma ferramenta validada e já bastante experimentada no Brasil<sup>6</sup>. A partir deste piloto, nos anos seguintes, tivemos várias experimentações em diversos serviços, gerando oito trabalhos de conclusão de curso da residência. Em alguns serviços a GAM tornou-se uma ferramenta permanente; pretendemos ainda testá-la como referência para a decisão compartilhada no âmbito do projeto de cuidado à saúde física e monitoramento do risco cárdio-metabólico. Estamos incentivando os residentes a desenvolver projetos e experimentar ferramentas de decisão compartilhada diversas que possam ser utilizadas, também, individualmente entre os profissionais e usuários.

O intercâmbio com o PRCH fortaleceu e inspirou diversos trabalhos de conclusão de curso e projetos de melhoria do cuidado nos últimos dois anos. Uma das linhas mais promissoras é aquela do suporte de pares, apresentada em dois trabalhos de conclusão de curso. O suporte de pares, concordamos com

---

<sup>6</sup> O trabalho que gerou o Guia de Gestão Autônoma da Medicação (ONOCKO CAMPOS; PASSOS; PALOMBINI et al., 2014) pode ser encontrado em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>.

a posição de Costa (COSTA, 2017), pode ser um caminho para que nossa RAPS possa incorporar um componente estratégico decisivo para consolidar sua matriz substitutiva ao manicômio.

Na RAPS Belo Horizonte os usuários e seus representantes já declaram: “nada sobre nós, sem nós”. Eles estão presentes nos Consultórios de Rua e nos Centros de Convivência, enquanto *experts* por experiência própria. Acreditamos que sua experiência poderá fazer parte de todos os nossos serviços de forma profissional e reconhecida, levando para a cena do cuidado o seu conhecimento prático e singular de cuidar de si e dos pares. Vale ainda uma precisão: o usuário do suporte de pares, fez e continua fazendo uma jornada singular de *recovery*, processo cujo cerne, o cuidar de si, consiste sempre num cuidar em relação com um outro singular. Esse cuidado é produção de si e subjetividade em heteronomia, ou seja, na relação com injunções e determinações advindas do campo outro, da *cultura* nas suas diversas dimensões e recortes. E se podemos localizar neste processo a possibilidade de produção de identidade, autonomia, pertencimento, trata-se sempre de uma construção em permanente mutação, produto de uma relação social e de poder determinada (FOUCAULT, 1995). Assim, a presença do suporte interpares introduz um componente para as relações de poder no âmbito do cuidado, a saber: um vetor que desconcerta, desloca e torna possível a superação do dispositivo de poder psiquiátrico, da instituição psiquiátrica, para além da Despsiquiatrização, enquanto uma mera modulação dos seus excessos (FOUCAULT, 2003, p. 347-351).

Além do suporte de pares, há linhas de trabalho abertas na esfera das soluções de inclusão pelo trabalho, seja na linha das cooperativas sociais, já presente na rede, seja na linha dos programas de emprego apoiado, também com um embrião forte já em operação na RAPS BH. Um trabalho de conclusão de residência sobre um projeto de *recovery* vivenciado por uma das nossas estagiárias em Yale, o qual demonstrava a potência de *recovery* que havia na ativação de redes de suporte comunitárias baseadas em laços de religiosidade e espiritualidade também está provocando entre nós ideias e práticas interessantes. Grande parte dos nossos usuários tem na sua vinculação religiosa um ponto de apoio e de suporte importante, que lhes propicia pertencimento e identidade; contudo, ainda ativamos apenas timidamente sua potência. Outro grande projeto da residência, campo de formação, está voltado para abordagens

inovadoras da primeira crise, tal como aquela trazida pelo modelo dos diálogos abertos, ativação da rede social e do protagonismo do usuário, desde o primeiro momento, e radicalização das decisões compartilhadas, até o limite possível das incertezas.

## 5 CONCLUSÃO

A consolidação do *recovery* como um dos pilares de formação da RISM passa, no momento de publicação deste trabalho, pela estratégia de ampliar e aprofundar os mecanismos de coprodução de todas as atividades da Residência com os usuários e seus representantes. Além da participação em oficinas e debates relativos à formação e às atividades regulares, os usuários têm participado das bancas de avaliação dos trabalhos de conclusão da residência, particularmente, aqueles concernentes diretamente ao *recovery*. O envolvimento dos usuários, desde a fase de discussão dos projetos de melhoria do cuidado da Rede fomentados e realizados pela Residência, ou seja, a consideração de que sua perspectiva é pertinente à concepção dos projetos, bem como o reconhecimento de seu protagonismo, pode nos levar a uma fase de coprodução plena das atividades de formação e produção dos projetos orientados pelo *recovery*. A coprodução, no entanto, deve começar na matriz do cuidado, no próprio ato de cuidar, que consiste num aspecto essencial, capturado por uma usuária que contribui ativamente com nosso processo de formação. Ela produziu a seguinte reflexão sobre o envolvimento e a experiência dela com a nossa Residência:

A RISM, como um dispositivo de formação orientado pelo *recovery*, tem produzido sujeitos que apostam na liberdade e na cidadania como geradores de saúde e saúde mental. Como um dispositivo, a RISM se conecta a vários outros dispositivos, criados e em construção, da lógica antimanicomial, onde o protagonismo, a responsabilidade e a solidariedade norteiam o trabalho e dão suporte às experiências da loucura. Sabemos das dificuldades e obstáculos de cuidar do sofrimento mental, mas o trabalho livre, consciente e pleno de sentido produz saúde numa via de mão dupla entre quem cuida e é cuidado. (Relato de usuária da Rede)



Aprendemos com Foucault, Basaglia e tantos outros, que habitamos uma biopolítica e dispositivos de formação, produção de sujeitos e subjetividades vivos, contraditórios, transversalizados por relações complexas de saber, poder e afetos. Não cabe aqui a ingenuidade de acreditar que as nossas boas consciências, militantes ou não, a nossa sensibilidade e engenho para criar reconhecimentos e identidades pontuais resolvam de forma automática um desafio que ainda se põe no horizonte de uma utopia por vir. Mas precisamos criar formas formantes, dispositivos que façam aparecer aqueles saberes, poderes e afetos de forma desencarnada, tão explícitos quanto possível, e que possam ser tratados, confrontados e reorganizados em um ambiente de coprodução partilhada entre usuários e profissionais, começando com a evidência simples e profunda de que se há cuidado, ou, se há produção de si em relação, quem cuida é cuidado e vice-versa. Sabemos que a nova biopolítica possível somente estabelecerá um território de não retorno, uma inflexão decisiva, quando a experiência dos usuários, a sua *expertise*, o seu saber-poder, entrarem em todos os nossos serviços em grande quantidade, ombreando em igualdade de condições o biopoder da clínica psiquiátrica e sua descendência diversa, despsiquiatrizada e metamorfoseada, que insiste em continuar na regência. Vários usuários, inclusive a referida acima, reconhecem os avanços conquistados, mas vez por outra nos advertem que não chegamos, ainda, a este ponto de inflexão e de ruptura. Acreditamos que estamos na direção certa; contudo, é preciso entender que o campo de possíveis foi apenas inaugurado, permanece navegando para uma terceira margem do rio, e o percurso pode ser incerto, complexo, sem garantias e perigoso.

## REFERÊNCIAS

ACCREDITATION Council For Graduate Medical. The psychiatry milestone project. *J Grad Med Educ*, Chicago, v. 6, p. 284-304, jul. 2014.  
COMISSÃO de Residência Médica em Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria. *Programa Mínimo para Residência Médica em Psiquiatria*. Rio De Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2010.

COSTA, M. Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 1-16, 2017.

DAVIDSON, L.; SCHUMUTTE, T. The Palgrave Handbook of American Mental Health Policy. In: GOLDMAN, H.; FRANK, R.; MORRISSEY, J. (org.). *What Is the Meaning of Recovery?*, Londres: Palgrave Macmillan, 2019. p. 71-100. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-11908-9\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-030-11908-9_4).

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, H.L.; RABINOW, P. (org.). *Uma Trajetória Filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

FOUCAULT, M. Prefácio (Folie et déraison). In: *Foucault, Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise*. Coleção Ditos & Escritos I. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

FOUCAULT, M. *Le Pouvoir Psychiatrique*. Cours au Collège de France. Paris: Gallimard/Seuil, 2003.

FOUCAULT, M. Sobre a História da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 243 – 227.

GAMBINO, M.; PAVLO, A.; ROSS, D. Recovery in Mind: Perspectives from Postgraduate Psychiatric Trainees. *Academic Psychiatry*, v. 40, n. 3, p. 481–488, 2016. DOI: 10.1007/s40596-015-0414-x.

GESTÃO Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores. ONOCKO CAMPOS, R.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFRG; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>. Acesso em: 17 abr. 2021.

KILLASPY, H.; ROSEN, A. Case management and Assertive community treatment. Recovery as an integrative paradigm in mental health. In: THORNICROFT, G.; SZMUKLER, G.; MUESER, K.; DRAKE, R. (ed.) *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford: Oxford University Press, 2011, p. 142-148.

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

LIMA, IC.; PASSOS, IC. Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo. *Trab. educ. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198177462019000200512&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462019000200512&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 jan. 2021.

MARX, A.J.; TEST, M.A.; STEIN, L.L.: Extrahospital management of severe mental illness: feasibility and effects of social functioning. *Archives of General Psychiatry*, v. 29, p. 505–511, 1973.

OTANARI, T. M. C.. et al. Os efeitos na formação de residentes de psiquiatria ao experimentarem grupos GAM. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 460-467, dez. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022011000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 5 fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400004>

ROWE, M.; REIS, G. Reforma Psiquiátrica e o Movimento Recovery no Brasil, Estados Unidos e Itália: Práticas, Experiências e Sistemas de Saúde. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 9, n. 21, p.i-ii, 2017.

ROYAL Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Fellowship training program. *Entrustable Professional Activities (EPAs) Handbook Stage 1 and 2*. 2012.

SLADE, M.; DAVIDSON, L. *Recovery as an integrative paradigm in mental health*. . In: THORNICROFT, G.; SZMUKLER, G.; MUESER, K.; DRAKE, R. (ed.) *Oxford Textbook of Community Mental Health*. . Oxford: Oxford University Press, 2011

SOUZA, P. J. C. A resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: NILO, K.; MORAIS, M. A. B.; GUIMARÃES, M. B. de L.; VASCONCELOS, M. E.; NOGUEIRA, M. T. G.; ABOU-YD, M. (Org.). *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.