



e-ISSN 2446-8118

A IMPLANTAÇÃO DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
AUTOGERIDA: PERCEPÇÕES DOS RESIDENTES NO FAZER – ACONTECER

8

THE IMPLEMENTATION OF A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN MENTAL HEALTH
SELF-MANAGED: PERCEPTIONS OF RESIDENTS IN THE "MAKE IT HAPPEN"

LA IMPLANTACIÓN DE LA RESIDENCIA MULTIDISCIPLINARIA EN SALUD MENTAL
AUTOGESTIONADA: PERCEPCIONES DE LOS RESIDENTES EN UN HACER-SUCEDER

Jackeline Lourenço Aristides¹
Érica Cristina da Conceição²
Danilo Vieira Jedson Ziwichak³

RESUMO: Tradicionalmente as Residências Multiprofissionais são realizadas em Instituições de Ensino Superior, porém, trazendo para o contexto de uma Autarquia de Saúde, que por natureza não tem esse caráter, essa tarefa é ainda mais árdua. O objetivo deste estudo foi o de refletir sobre a construção e implantação de uma Residência multiprofissional autogerida, isto é, sem o apoio de uma instituição formadora. O objeto da pesquisa foi acerca das fragilidades e potencialidades da implantação de uma Residência na perspectiva dos residentes. Tratou-se de um estudo qualitativo, em que a técnica de coleta das subjetividades foi a do grupo focal, realizada em setembro de 2018 com seis egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, que compuseram a primeira turma. Para a análise do material coletado foi utilizada a análise de discurso que considera a interdiscursividade: uma fala individual como carregada de vários sujeitos e de um contexto histórico/ideológico. Os resultados foram agrupados sob quatro categorias: fragilidades administrativas e pedagógicas na implantação do Programa de Residência; Dificuldades relacionadas aos Serviços de Saúde; Dificuldades e potencialidades na formação dos residentes; e Potencialidades da implantação da Residência para o município. Como resultados gerais encontramos: dificuldades na apropriação da metodologia ativa por residentes e preceptores, fragilidade na organização da carga horária, equipe reduzida nos serviços, pouca instrumentalização dos preceptores, fragilidade no planejamento dos serviços, construção de uma postura crítico reflexiva, fortalecimento da saúde mental, busca de conhecimento por parte dos profissionais do campo, e aumento da intersectorialidade.

DESCRITORES: Internato e Residência; Internato não Médico; Saúde Mental.

¹ Enfermeira Especialista em Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Mestre em Saúde Coletiva e Doutoranda em Ciências da Educação. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana (PR).

² Enfermeira Especialista em Saúde Mental.

³ Enfermeiro do Pronto Socorro de Marialva (PR) e Especialista em Saúde Mental

ABSTRACT: Traditionally, Multiprofessional Residencies are carried out in University Education, but bringing to the context of a Municipal Health Department, which by nature is not an educational institution, this task is even more arduous, but with several potentialities. The objective of this research was about the fragilities and potentialities of the implantation of a Residency from the perspective of Residents. This is a qualitative study, in which the technique to collect subjectivities was through a focal group with six Residents of the Multiprofessional Residency Program in Mental Health of the city that composed the first group of implementation of the Program. For the analysis of the collected material we used discourse analysis that considers interdiscursivity: an individual speech as loaded with several subjects and a historical / ideological context. The objective of this study was to reflect about the creation and implantation of a self-managed Multiprofessional Residency, in other words, without the support of a educational institution. The results were grouped into four categories: Administrative and pedagogical fragilities in the implantation of the Residency Program; Difficulties related to the Health Services; Difficulties and potentialities in the formation of Residents; and Potentialities of the Residency implantation for the city. As general results, it was found: difficulties in the appropriation of the active methodology by Residents and Preceptors, fragility in the organization of workload, reduced number of staff in the Health Services, little instrumentalization of Preceptors, fragility in the planning of the Health Services, construction of a reflexive critical posture, strengthening of mental health, search of knowledge on the part of the professionals of the Health Services, and increase in the intersectoriality.

DESCRIPTORS: Internship and Residency; Internship Nonmedical; Mental Health

RESUMEN: Tradicionalmente los postgrados multidisciplinaria son cumplidos en Instituciones de Nivel Superior, sin embargo, trayendo para lo contexto de una Secretaría de Salud, que por la naturaleza no no tiene eso carácter, esa tarea es todavía más difícil. El objetivo de eso estudio fue reflejar sobre esa construcción y implantación de una Residencia Multidisciplinaria autogestionada, eso es sin el apoyo de una institución de educación. Es un estudio cualitativo, en que la técnica de la colección de las subjetividad fue a la do grupo focal, cumplido en septiembre de 2018, con seis Residentes recién salidos de lo Programa de Residencia Multidisciplinaria en Salud Mental que he compuesto la primera equipo. Para la análisis de lo material coleccionado fue usado la análisis de lo discurso que considera la interdiscursividad: un discurso individual como cargado de varios sujetos y de un contexto histórico/ideológico. Los resultados fueran agrupados en cinco categorías: fragilidades administrativos y pedagógicos en la implantación de lo Programa de Residencia; Dificultades relacionadas a los Servicios de Salud; Dificultades y potencial en la formación de los residentes; y potencial de la implantación de la Residencia para la ciudad. Como resultados generales encontramos: dificultades en la apropiación de la metodología activo por los residentes y preceptores, fragilidad en la organización de la carga de trabajo, equipo reducido en los servicios, poca instrumentalización de los preceptores, fragilidad en la planificación en los servicios, construcción de una postura crítico reflectante, fortificación de la salud mental, búsqueda de conocimiento por parte de los profesionales del campo, y incremento de la intersectorialidad.

DESCRIPTORES: Fase y Residencia; Fase Não Médico; Salud Mental.

INTRODUÇÃO

O SUS nasce como uma perspectiva divergente do modelo curativo e individualista, no entanto, desde sua implantação, vem enfrentando adversidades como práticas profissionais não

fundamentadas em seus princípios e diretrizes básicas. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) surgem como proposta de melhoria da formação e qualificação dos profissionais que atuam ou atuarão nos serviços públicos de saúde.

Os PRMS instituídos pela Portaria

Interministerial MS/MEC nº 2.117, de 3 de novembro de 2005 tem como intuito fortalecer o comprometimento do Residente com o SUS, além de proporcionar um conhecimento não-fragmentado aos diferentes profissionais¹. Como resultado, contribui para a formação norteada pelos princípios e diretrizes do SUS proporcionando um cuidado integral para os usuários².

A implantação de um Programa de pós graduação é sempre precedida de uma construção prévia e histórica. Tradicionalmente é realizada em Instituições de Ensino Superior (IES) pela facilidade na disposição estrutural, disponibilidade de docentes e pela aproximação com o ensino e a pesquisa. Trazendo para o contexto de uma Autarquia Municipal de Saúde (AMS), que por natureza não é uma instituição de ensino, essa tarefa é ainda mais árdua, porém possível.

A implantação de um Programa novo de uma pós graduação em uma instituição de ensino superior é sempre precedida de uma construção prévia e histórica. Vale ressaltar o prestígio que a instituição deve ter na área e no tema, a capacitação teórico-prática dos seus docentes, bem como a disposição estrutural para conceber novos cursos. Apresentaremos nessa pesquisa as dificuldades e potencialidades da implantação de uma Residência em um contexto de uma autarquia de saúde, que por natureza não é uma instituição de ensino. Um processo implicado de várias nuances políticas, técnicas, estruturais e ideológicas. Nesse sentido, a reflexão desse processo contribuirá com outros municípios que queiram essa modalidade de ensino-serviço em seus serviços de saúde.

O objetivo deste estudo foi o de refletir sobre a construção e implantação de uma Residência multiprofissional autogerida, isto é, sem o apoio de uma instituição formadora.

METODOLOGIA

O município de Apucarana localizado no centro-norte do estado do Paraná

implantou através da AMS a Residência Multiprofissional em Saúde Mental, juntamente com outros dois Programas (Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Residência em Enfermagem Obstétrica – Ênfase em Rede Cegonha). A implantação de Programas de Residência sem vínculo com IES é uma modalidade recente, possibilitada pelo Edital nº 12, de 28 de agosto de 2015 publicado no Diário Oficial da União, atendendo ao critério de admissibilidade “c” do item 3.1.1: “ser serviço de saúde certificado em conjunto pelo setor da educação e da saúde como instituição escola ou serviço de saúde reconhecido pelo setor da saúde como rede SUS-Escola”^{3:2}.

A implantação da Residência em Saúde Mental no município foi realizada porque o momento em que a saúde mental vivenciava era de reestruturação dos serviços de saúde mental, e acreditávamos que esse processo era potente para os residentes, e que esses poderiam ser atores importantes para a consolidação das mudanças. No Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, que é um serviço destinado às pessoas em uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas, houve o fim das internações involuntárias e compulsórias, com destaque para a mudança de abordagem a estes usuários, bem como maior envolvimento da rede. Com visitas mais frequentes a estes usuários, aumento do processo de vinculação, criação de Projeto Terapêutico Singular junto aos próprios usuários, trabalho na perspectiva da redução de danos, tarefa de convencimento junto aos familiares e sociedade de outras perspectivas de cuidado, que não a internação. Construção de diálogos com o Ministério Público e outros órgãos do judiciário para a viabilização de outras formas de cuidado, que não a internação compulsória. O serviço se tornou de fato porta aberta em que o usuário e/ou família não precisa mais agendar horário e dia para ser acolhido em suas necessidades. Além disso, podemos apontar ainda a instituição das assembleias semanalmente entre usuários e familiares, em que são discutidos assuntos pertinentes ao cuidado, co-responsabilização, debate sobre o planejamento das oficinas que acontecerão na outra semana, processos do dia a dia do CAPS

AD, empoderamento dos direitos, e ao final avaliação e revisão do Projeto Terapêutico Singular dos usuários que demandarem.

No município contamos também com um Centro de Atenção Psicossocial infanto juvenil, onde crianças e adolescentes em sofrimento psíquico moderado a grave e persistente são acolhidos, bem como os usuários de álcool e outras drogas.

Além destes CAPS, contamos com um CAPS I em Cambira, cidade situada ao lado de Apucarana que atende aos casos de sofrimento psíquico moderado a grave, e persistente para pessoas adultas da 16ª Regional.

Ainda na Rede de Atenção Psicossocial contamos com a parceria das Unidades Saúde da Família, 32 ao total, e de 4 equipes de NASF – Núcleo Ampliado à Saúde da Família, bem como a UPA – Unidade de Pronto Atendimento. Almejamos futuramente ampliarmos o CAPS AD, para CAPS AD III para realizarmos internações, quando necessárias, no próprio caps.

Tratou-se de um estudo qualitativo, em que a técnica de coleta das subjetividades foi a do grupo focal, que se baseia numa entrevista em grupo, “na qual a interação configura-se como parte integrante do método”⁴. No processo, os encontros grupais possibilitam aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno social.

Participaram do estudo seis Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM) que compuseram a primeira turma de implantação do Programa. O critério de inclusão para o estudo é de que os entrevistados seriam necessariamente aqueles que se formaram na primeira turma da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. O critério para exclusão era daqueles residentes que ainda cursavam a Residência.

O grupo estudado foi composto por seis egressos, a saber: dois assistentes sociais, dois enfermeiros e dois psicólogos. A maioria dos pesquisados eram mulheres (5), tendo apenas um do sexo masculino, e a faixa etária ficava entre 24 a 28 anos. O grupo focal foi realizado no mês de setembro de 2018. Essa

pesquisa faz parte de um projeto maior, que envolveu também a realização de grupo focal com os tutores. Porém, o recorte desse estudo foi somente o dos residentes pela possibilidade de um aprofundamento maior. Um outro artigo com a compilação dos discursos dos tutores está em vias de construção.

A pesquisa seguiu as normas éticas recomendadas pela resolução 466/2012, com o projeto de pesquisa sendo aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Apucarana – FAP sob o número de parecer 1.843.456 e CAAE nº 80475617.2.0000.5216.

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, sendo codificadas, atribuindo-se uma letra e um número para cada entrevista (Ex.: E1). As percepções foram coletadas por meio de questões iniciais: “Diga se há dificuldades a seu ver na implantação da Residência” e “Diga se há pontos positivos na implantação da Residência e, se sim, quais?”.

Para a apreciação do material coletado foi utilizada a análise de discurso, que “implica interpretar os sujeitos falando, tendo a produção dos sentidos como parte integrante de suas atividades sociais. Desta forma, o sujeito discursivo deve ser considerado sempre como um ser social, apreendido em um espaço coletivo, portanto, um sujeito não fundamentado em uma individualidade, e sim um sujeito que tem existência em um espaço social, e ideológico, em um dado momento da história e não em outro. Adotar a perspectiva de trabalhar com a noção de funcionamento discursivo permite desvincular a análise de mero mapeamento factual (e, muitas vezes, apenas quantitativo) de marcas formais, encaminhando a passagem para o nível interdiscursivo da análise. Os critérios de exaustividade, representatividade e homogeneidade diz respeito à condição de não deixar de fora nenhum fato discursivo que pertença ao corpus”⁵.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao longo da transcrição e análise do discurso foram encontradas quatro categorias:

1. *Fragilidades administrativas e pedagógicas na implantação do Programa de Residência*; 2. *Dificuldades relacionadas aos Serviços de Saúde*; 3. *Dificuldades e Potencialidades na formação dos residentes*; 4. *Potencialidades da implantação da Residência para o município*.

Categoria 1: fragilidades administrativas e pedagógicas na implantação do Programa de Residência.

A dificuldade na organização do processo seletivo foi um dos pontos apresentados pelos Residentes: [...] *O tempo de fazer a prova, seleção pra ser convocada, né?! O nosso processo foi bem rápido. O período de inscrição foi curto. (E1); [...] a pressa na implantação foi um grande dificultador, tanto pra gente poder se preparar pra poder estar aqui, quanto pro município poder se preparar pra nos receber. (E6)*

Esta dificuldade se justifica por se tratar do primeiro processo de edificação de um edital de chamamento para a seleção da Residência, pelo processo ter sido gerenciado por profissionais da AMS que somente posteriormente se tornariam tutores dos Programas de Residência do município, e ainda, pelo tempo escasso entre a aprovação do Programa pelos Ministérios da Educação e da Saúde e a abertura para a comunidade interessada.

Em outro processo de implantação de uma residência encontrou-se algo semelhante, uma das dificuldades encontradas foi com relação ao tempo escasso entre a aprovação da bolsa e a realização da prova. “O mais marcante foi o curto espaço de tempo que a gente teve entre a aprovação da bolsa do primeiro grupo e o processo seletivo”, disse uma das preceptoras^{6:6}.

O que quer dizer que esse fato é intrínseco ao próprio processo de construção e aprovação da Residência Multiprofissional pelo Ministério da Educação.

Uma segunda dificuldade apontada pelos entrevistados está relacionada à organização da carga horária: “A gente às vezes fica, assim, quebrando a cabeça pra cumprir às 60 horas... tentar achar eventos,

tentar achar coisas pra gente fazer que [...] não sei se acrescenta tanto assim. (E1); Durante esses 4 meses a gente acabou fazendo [...] atividades que não faziam tanto sentido, até mesmo na questão da qualidade do que era feito, só com a intenção mesmo de completar as 60 horas semanais. (E5)

O PRMSM de Apucarana se organiza por meio da atuação dos Residentes em todos os Centros de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Município e no Apoio de Gestão em Saúde Mental, bem como na realização do apoio matricial nas Unidades Saúde da Família (USF). Como forma de complementação da carga horária de 60 horas semanais previstas por legislação interministerial, são realizados grupos terapêuticos e de família noturnos, e de desligamento dos serviços e grupos de suporte familiar nos CAPS, acompanhamento aos usuários e participação ativa na Associação de Usuários, Familiares, Trabalhadores e Amigos da Saúde Mental de Apucarana (AUFTASMA), identificação de dispositivos territoriais de suporte à saúde mental, visitas domiciliares, ações programáticas com a comunidade e participação em eventos relacionados à saúde mental. Futuramente há a perspectiva da construção de um calendário com datas importantes para a saúde mental, onde deverão ser realizadas atividades na comunidade. Visto que não contamos com CAPS III em nossa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), também existe um projeto em construção de atuação dos Residentes nos serviços de urgência e emergência, como UPA e SAMU, para aperfeiçoamento de habilidades em situações de crises. Corroboramos com a afirmação “Temos trabalhado com a negociação da escolha dos campos de atuação, de acordo com a disponibilidade dos serviços e em consonância com a proposta pedagógica do curso”^{7:9}.

Outra dificuldade identificada foi quanto à adequação do Programa na preparação do Residente para o cenário de prática: “[...] eu acho que essa falta de preparo nessa área pra já ir pro campo foi uma dificuldade que eu encontrei. E mesmo que eu tenha tido na graduação, a gente na graduação tem a área de saúde mental bem

rápida, é passado só o necessário. [...] muitas vezes você se vê num acolhimento com uma criança, você sozinho por falta de recursos humanos realmente, a gente precisa fazer uma escuta, uma observação de uma criança sozinho, e muitas vezes não sabe o que tem que observar. Porque a gente não conhece muito bem os transtornos da área. (E1)”; “[...] identificar a diferença entre uso, abuso, uso sugestivo, sinceramente eu não tenho [essa competência]. [...] E se a gente não se sente capacitado minimamente pra conseguir identificar um sinal de transtorno, ainda que não seja biológico, vamos falar então dos outros fatores, os sociais, econômicos e tal... mas, qual então é o critério? Como que a gente chega e descobre esse critério? (E3)

Dessa fala podemos abstrair alguns elementos importantes, primeiro, todas as falas que giravam em torno da temática, “dificuldade na instrumentalização para a prática”, traziam o anseio pelo conhecimento em torno dos transtornos mentais. É evidente que essa habilidade pode ser adquirida ao longo dos dois anos, mas claramente não é o objetivo principal de uma Residência na perspectiva psicossocial. E ainda, a aproximação com a prática e depois a reflexão na teoria é a riqueza das Residências multiprofissionais, e não o contrário. Os discursos se deram com somente quatro meses de vivência dos Residentes na atuação, e é compreensível que exista a preocupação com o que é desconhecido. É válido ressaltar que o residente tem que se sentir confortável e seguro para um cuidado após o acompanhamento da preceptoria na prática dos serviços, o que pode não acontecer em todos os momentos.

“O movimento de não tratar a intenção do trabalho interdisciplinar como realização é fundamental para que se busque não só a implementação de práticas interdisciplinares a partir de leituras críticas da política de saúde e dos cenários de práticas da Residência Multiprofissional em Saúde, mas também que essas práticas construídas a partir da ponderação dos aspectos históricos e contraditórios possam sustentar-se, ao longo do tempo, de maneira mais efetiva do que as que se apresentam estritamente prescritivas e idealizadas”^{6:3}.

Contudo, o argumento dessa necessidade de um preparo mínimo para atuação para o campo também parece válido, e espera-se que tais dificuldades sejam minimizadas com a reestruturação do Projeto Político Pedagógico (PPP). Concordamos com a afirmação “entendemos que a formação em Saúde Mental é sempre parcial, ninguém nunca está completamente formado”^{8:8}.

A dificuldade de inserção da metodologia ativa pelos tutores também foi apontada pelos entrevistados: “[...] as discussões, elas tem um espaço importante, acho isso legal, mas não sei se todos os profissionais que vieram pra ser docente tem identidade com esse método e consegue fazê-lo da forma que deveria ser feito, com a riqueza que ele é. Também acho que é uma dificuldade na implantação”. (E3)

A inserção da metodologia ativa não se deu integralmente em todas as disciplinas, isso ocorreu mediante a dificuldade de alguns tutores com essa nova perspectiva de ensino-aprendizagem. Incluem-se entre as dificuldades de educadores na utilização de metodologias ativas “a falta de tempo e a falta de articulação entre os conteúdos teóricos e a realidade, a relutância em alterar sua prática e a dificuldade de entender a finalidade do método”^{9:476}. Outra dificuldade relacionada aos tutores em utilizar a metodologia ativa foi a quantidade de Residentes em aula, por vezes, excedendo ou não alcançando o mínimo recomendado para utilização do método. Levando em consideração todos esses elementos, acreditamos que “destacar que a formação docente não pode se restringir à participação em cursos eventuais, mas precisa abranger, necessariamente, programas de capacitação, supervisão e avaliação que sejam realizados de forma integrada e permanente”^{9:48}. Acredita-se que a introdução de discussões constantes acerca da temática diluirá possíveis desentendimentos e alinhar criticamente a metodologia.

Ainda sobre as dificuldades relacionadas à implantação da Residência, os participantes se manifestaram quanto ao curto prazo de permanência nos serviços devido à necessidade do rodízio entre os campos: “[...] a gente tem uma rotatividade maior. Pra mim, pelo menos na subárea psicologia isso é um

problema porque estão sendo construídas várias coisas lá no CAPS IJ, no caso, e precisaria de um tempo maior lá pra um processo mais qualificado digamos assim (E5; “São [quatro] meses que a gente ficou lá, agora que a gente pegou o ritmo, que talvez vá conseguir elaborar alguns planos de trabalho, perfilar mesmo a profissão ali... (E3)”

Os rodízios entre os campos de atuação permitem com que os profissionais Residentes experienciem diferentes realidades e conheçam novos cenários não vivenciados por alguns até então¹⁰. Outra autora chama a atenção para outro aspecto da rotatividade desses profissionais, a quebra de vínculo com os usuários. A autora enfatiza que o rompimento do vínculo é interpretado como um prejuízo aos serviços de saúde¹¹. É importante que os PRMS avaliem os pontos positivos e negativos dessa rotatividade de profissionais visando a melhor formação para o Residente com o menor prejuízo possível aos usuários.

Categoria 2: dificuldades relacionadas aos Serviços de Saúde

Um dos pontos destacados pelos Residentes estava relacionado à falta de equipe mínima nos serviços: *[...] a gente muitas vezes se vê num acolhimento com uma criança, você sozinho por falta de recursos humanos (E2)”*; *“[...] a falta de recursos humanos atrapalha muito, esse contato... esse contato maior, essa troca de experiência, de conhecimento vem sendo prejudicada nesse ponto (E4)”*.

Em outro estudo, majoritariamente, uma das tensões mais relatadas pelos preceptores foi a escassez de recursos humanos com utilização do residente como mão de obra para suprir lacunas¹².

A falta da equipe mínima implica em prejuízos para o aprendizado do Residente, quando o trabalhador de saúde tem uma sobrecarga no trabalho, este não consegue ter momentos de troca, apoio e compartilhamento dos saberes. É essencial para os Residentes terem momentos de reflexão sobre a prática para além dos encontros teóricos, esses

espaços tem que ser construídos preferencialmente com os preceptores no próprio campo de atuação.

Outra questão importante é a sobreposição das atividades de ensino e assistência. Ao reconhecer o exercício da preceptoria como atividade profissional, o ideal seria que a instituição destinasse carga horária específica ou remuneração para essa atuação. O incentivo financeiro aos preceptores ou uma gratificação pecuniária são práticas de algumas instituições, demonstrando a viabilidade dessa abordagem^{13:1049}.

A pouca instrumentalização da equipe dos serviços para o acolhimento dos Residentes também foi relatada como dificuldade: *[...] a dificuldade realmente não é só nossa, é do pessoal que trabalha com a gente também. Em receber a gente, em saber qual é o nosso objetivo ali dentro (E1)”*; *“Nas primeiras semanas que a gente estava no serviço, eu não percebi muito profissionais alinhados com a Residência (E3)”*.

O tempo escasso desde a concretização do PRMSM até o início das atividades, não permitiu com que os profissionais dos serviços fossem devidamente instrumentalizados para receberem os Residentes para a prática. Evidentemente que após reuniões, conversas formais e informais, oficinas, avaliações de Preceptores/Residentes, disponibilização de uma pós em preceptoria para parte dos preceptores, fóruns de avaliação e a prática cotidiana durante os últimos dois anos foram fortalecendo essa construção, bem como aprimorando a relação dos Residentes com os preceptores e serviços. O fato de alguns preceptores dos serviços terem buscado aprimorar seus conhecimentos através de estudos sobre a preceptoria também fez avançar o entendimento destes acerca do papel do Residente, e ainda, o papel dele próprio como agente propulsor de mudanças.

Essa realidade não é exclusiva do PRMSM foco deste estudo, segundo outro artigo, a falta de integração de algumas equipes é mencionada pelos Residentes, o que implica em pouco envolvimento dos profissionais na discussão que permeia o trabalho. Porém percebeu-se que, por meio da

implementação de estratégias que promovam o desenvolvimento do trabalho em equipe, o serviço começa a migrar desse estado fragmentado para outro onde são fortalecidos, melhorando os resultados na saúde e no trabalho em equipe^{14:229}.

Outra dificuldade percebida pelos participantes estava relacionada à organização dos serviços de saúde mental: “*A falta de planejamento, a gente sabe que isso influencia diretamente na qualidade do que a gente está fazendo (E3)*”; “[...] *os profissionais que estão lá, que tem que cumprir 40 horas, não conseguem se planejar e se aprimorar*”. (E6)

Segundo os relatos dos preceptores em um outro estudo, fica evidenciado que planejar o conjunto de atividades a serem desenvolvidas pelos residentes torna o processo de trabalho em saúde e o de formação mais resolutivo e qualificado¹².

Um trabalho sem planejamento pode tornar o trabalho esvaziado de sentido, mecanizado e pouco resolutivo para os trabalhadores, esses aspectos podem invadir as emoções dos Residentes e levá-los à desmotivação se não houver as mediações necessárias. Apesar disso, esta realidade pode ser encarada como uma oportunidade para que o Residente possa se envolver nesses processos organizacionais de trabalho, e assim promover seu crescimento profissional, contribuindo com os serviços e seus atores.

Categoria 3: dificuldades e potencialidades na formação dos Residentes

Ficou evidente entre os entrevistados o descontentamento com a falta de preparo para a prática trazido da graduação: “*Quando eu me formei, até muito pouco sobre o SUS eu tive. O que mais que eu sei sobre o SUS foi trabalhando, foi na prática [...] em saúde mental eu não tive absolutamente nada (E1)*”; “*Eu vejo como outra dificuldade essa limitação da nossa formação de graduação nessa área bem específica que é a saúde mental. [...] muitos de nós chegaram “bem cru”, no quesito saúde mental, para o trabalho (E2)*”.

Frequentemente observa-se um

distanciamento entre os espaços de ensino e os serviços de saúde. “*A dificuldade de conexão da academia com os serviços de saúde é um processo de disputa atravessado pela relação entre estes cenários, os quais são influenciados pelos modos hegemônicos de pensar e fazer saúde dos profissionais*”^{2:2}.

Em outro estudo, os autores apresentam o contentamento de Residentes com a Residência por possibilitar o aprendizado para a atuação no cenário prático, proporcionando a qualificação da assistência nos serviços de saúde¹⁶.

Foi indicada também pelos Residentes a dificuldade em entender a metodologia ativa e como estava sendo empregada pelo PRMSM: “[...] *pra nós, que nunca tivemos um contato com metodologia ativa... porque querendo ou não todo mundo sempre estudou um pouco sozinho na faculdade, então, qual que está sendo a grande diferença?* (E3)”.

A literatura acerca da metodologia ativa coloca que o respeito à autonomia parece ser o melhor modo para a compreensão, por parte do binômio docente/discente, do processo de produção, expressão e apreensão do conhecimento, dentro de uma perspectiva de transformação da realidade, afinal, ***conhecer é transformar***¹⁵. É importante que os Residentes estejam bem apropriados deste método de ensino para que possam ocorrer discussões produtivas, e que o objetivo do conhecimento seja alcançado de forma integral, diferenciando-se do modelo tradicional onde as informações são fragmentadas e o indivíduo não é instigado a refletir.

A formação de profissionais críticos foi destacada pelos entrevistados: “[...] *nós estamos para ser contra-hegemônicos, especialmente na saúde mental [...] formar profissionais que vão [...] pro embate, na construção de uma política diferente, numa nova forma de lidar com as pessoas que tem transtorno mental, na produção da saúde mental neste país (E3)*”.

Para a formação de profissionais crítico-reflexivos, a teoria e a prática devem estar conectadas e objetivar um olhar integral e humanizado para o cuidado, características estas necessárias ao profissional de saúde

visando a resolubilidade das necessidades dos usuários¹⁶.

Um outro ponto encontrado foi referente a formação de profissionais para atuação na área: “*A existência da Residência que vai formar [...] profissionais para trabalhar nessa área não só pro município, mas para o país mesmo. Eu acho que já é [...] ponto positivo(E6)*”; “*Uma especialização assim com essa prática faz toda a diferença porque vai nos formar com capacidade... habilitados realmente (E4)*”.

Os serviços de saúde têm exigido cada vez mais o trabalho na perspectiva multiprofissional e de profissionais capacitados que estejam alinhados ao processo em equipe¹⁶. O PRMSM do município de Apucarana tem caminhado à luz deste ponto de vista com o objetivo de ir além de simplesmente formar profissionais que supram a carência quantitativa dos serviços de saúde, mas também de garantir a qualidade da assistência à população.

A produção de conhecimento também foi mencionada pelos Residentes como uma potencialidade: “*[...] a Residência, vai vir trazer todas essas questões práticas, obrigando a gente a pensar a teoria, e a produzir teoria. [...] pode ser, que a gente vai inaugurar uma forma diferente de produzir conhecimento [...] a gente está se pautando, e sendo orientado por profissionais que estão nas autarquias de saúde, que estão na prática (E3)*”.

Para alguns preceptores de um outro estudo, encontrou-se que a residência possibilitou a reflexão teórica sobre o seu trabalho cotidiano por meio da convivência diária com os residentes que subsidiavam constantemente suas ações de saúde, conforme preconizado pelo SUS.² “A pessoa jovem, trazendo a teoria, motiva quem está perto a desenvolver todas as atividades que ele desenvolve, traz conhecimento sobre o SUS”^{2:1226}

O interessante do aprendizado com uma Residência vinculada ao SUS é o fato de os profissionais Residentes adquirirem esse conhecimento a partir do aprendizado teórico-prático, o que poderá ser trabalhado futuramente quando estes profissionais estiverem inseridos em seus ambientes de

trabalho, na formação de outros profissionais, ou ainda instigar a produção de conhecimento teórico no aperfeiçoamento da assistência em saúde mental junto à comunidade científica.

Categoria 4: potencialidades da implantação da Residência para o município

Fortalecimento e visibilidade da saúde mental do município foram algumas potencialidades destacadas: “*A saúde mental em Apucarana nunca esteve em contato com a comunidade como ela está agora por conta da Residência. [...] somos multiplicadores, somos mais profissionais brigando pelos direitos da saúde mental dentro do município (E2)*”.

A inserção da Residência multiprofissional nos serviços de saúde tensiona mudanças e traz a reflexão das práticas cotidianas¹⁶.

O fortalecimento da saúde mental fica evidente quando as forças de trabalho se somam de forma a proporcionar ganhos à sociedade. A introdução de mudanças ou mesmo a sua potencialização deve ocorrer em conjunto, residentes e trabalhadores, para que a ação possa ser mais efetiva, visto que a presença dos profissionais Residentes é passageira nos serviços e o processo tem que continuar.

Além disso, a presença dos profissionais Residentes nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, em reuniões intersetoriais, conselhos de saúde e comunidade em geral favorecem o aumento da visibilidade da saúde mental no município, facilitando os fluxos de atendimentos e a reinserção dos usuários em seu território.

Esse aspecto foi encontrado em outra literatura, onde ressalta-se a visibilidade das residências multiprofissionais nas pautas das conferências de recursos humanos e nas Conferências de Saúde.¹⁷

Outra vantagem da Residência para o município está relacionada ao incentivo dos profissionais à busca de novos conhecimentos: “*Provocando que os profissionais revisem suas posturas, suas práticas, é, suas visões de homem (E6)*”.

No início do processo de

implantação da Residência os preceptores talvez possam ter sentido incompreensão e insegurança pela presença de novos profissionais, que tinham espaços garantidos para estudo, aperfeiçoamento e reflexão e que apontavam a necessidade de revisão de práticas cristalizadas da equipe. Com o decorrer do processo, essas insipiências foram se diluindo, e muitos preceptores se interessaram em voltar a estudar. “Há quase uma unanimidade entre os preceptores e coordenadores quanto à necessidade de formação e atualização técnica para o exercício da preceptoria”^{13:1050}.

Destacamos que não basta o desejo de buscar o conhecimento apenas por parte da equipe, há a necessidade também de viabilização de momentos de encontros entre coordenadores, tutores, preceptores e o restante da equipe para o alinhamento de teoria e prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve a limitação de ser um recorte de um projeto maior em que existiu a participação dos tutores, a opção pelo aprofundamento da percepção dos residentes acerca da implantação da Residência limitou a totalidade desse processo, com a visão de outros atores. Talvez essa limitação seja melhor depurada com a escrita de um novo artigo com a perspectiva dos tutores. Mesmo assim, foi possível refletir outros elementos dos sujeitos que devem ter seu lugar de fala respeitado: os próprios residentes.

Como resultados encontramos as fragilidades administrativas e pedagógicas na implantação: dificuldades administrativas no processo seletivo e na organização da carga horária, o “dilema” de ir para a prática no início da residência sem todos os elementos teóricos necessários, dificuldade na introdução da metodologia ativa na integralidade das disciplinas e apropriação por todos os tutores, e a curta permanência nos campos.

Como dificuldades relacionadas aos serviços de saúde apreendemos: falta de equipe mínima, pouco tempo prévio para a

instrumentalização dos profissionais para o acolhimento dos residentes nos campos e dificuldade na construção de uma agenda para o planejamento nas unidades de saúde.

Entre as dificuldades e potencialidades na formação dos residentes encontramos: formação precária durante a graduação para o trabalho na prática, fragilidade na apreensão por parte dos residentes da metodologia ativa, perspectiva de uma construção de uma postura crítico reflexiva, possibilidade de uma formação profissional voltada para a área.

Enquanto potencialidades da implantação da Residência para o município verificamos nas falas: fortalecimento da própria saúde mental, ampliação da intersectorialidade e busca de conhecimento por parte dos trabalhadores.

Tecidas essas considerações, pudemos refletir que a edificação de uma Residência Multiprofissional em um município do porte de Apucarana, apartado dos grandes centros e com uma Rede de Atenção Psicossocial em processo de mudança, é um grande desafio. Porém, o que nos move é o desejo de uma saúde mental cada vez mais engajada, comprometida com os usuários e familiares, e com o compromisso ético, político e ideológico da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Acreditamos que o município esteja caminhando para a consolidação de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental que vai ao encontro com esta premissa.

Sabemos dos enormes desafios colocados quando historicamente não somos uma instituição formadora por natureza, tivemos que constantemente atravessar enormes barreiras do preconceito por não estarmos ligados diretamente a uma Instituição de Ensino Superior. Porém, com o passar do tempo, e com a instrumentalização cada vez maior dos nossos tutores e preceptores, esses sentimentos foram se diluindo perante a comunidade externa, e temos percebido o interesse cada vez maior de profissionais por este Programa de Residência.

Mais do que apenas saber da existência de obstáculos, todos os envolvidos com a Residência operam arduamente na resolução destes. Estamos em constante

processo de readequação para que as dificuldades apresentadas pelos residentes sejam minimizadas ou mesmo superadas. São incentivados debates entre os tutores acerca da metodologia ativa, e planejados encontros com os sujeitos atuantes nos processos da Residência a fim de sanar possíveis anseios. Essa instrumentalização da metodologia ativa para os residentes precisa ser ampliada e permanente.

O distanciamento entre as discussões teóricas a que os Residentes têm acesso, e o que é realizado pelos preceptores na prática levou os organizadores da Residência a pensarem em estratégias de instrumentalização com temáticas similares para os preceptores através de encontros bimestrais. O que poderá diluir os contrastes, e fortalecer o alinhamento entre Residentes e trabalhadores de saúde. A educação continuada é uma ferramenta utilizada nesta capacitação do preceptor. A Educação Permanente precisa ser valorizada e fortalecida por todos, para que de fato ocorram as tão necessárias mudanças nas práticas em saúde, bem como a quebra de paradigmas nos serviços. O que obviamente não se dá de um dia para o outro. A equipe nos serviços foi ampliada nesse final de ano, porém, o desafio continua sendo a instrumentalização desses novos profissionais, e a revisão do processo de trabalho, com momentos de planejamento.

Tais atividades devem estar previstas no Projeto Político do Programa de Residência, e construídas e consolidadas com o suporte e a ativa participação de preceptores, tutores, docentes e coordenadores. Assim como a revisão da carga horária, o que já tem ocorrido nos fóruns de avaliação e nos Núcleos de Apoio Docente Estruturante (NDAE).

A construção de uma residência nesses moldes tem que ser realizada democraticamente, envolvendo necessariamente residentes, preceptores, tutores e comunidade devido aos desafios colocados cotidianamente. A sua concretude incomoda e reacomoda sentimentos, emoções, e projetos de sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC n. 2.117, de 3 de novembro de 2005. Diário Oficial, Brasília, 3 nov 1986. [citado 2018 set. 28]; Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192
2. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. Interface. 2015; 19(55): 325-23.
3. Ministério da Saúde. Edital n. 12, de 28 de agosto de 2015. Diário Oficial, Brasília, 28 ago 2015. [citado 2018 set. 28]; Disponível em: http://sigresidencias.saude.gov.br/documentos/EDITAL_MULTI_N12_28082015.pdf
4. Backes DS, Colomè JS, Erdmann RH, Lunardi, VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. O Mundo da Saúde. 2011; 35(4): 438-42.
5. Nascimento CA. Análise do Discurso: Reflexões introdutórias. São Carlos: Claraluz; 2007.
6. Martins, GD, Caregnato RCA, Barroso VLM, Ribas DCPR. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. Revista Gaúcha Enfermagem. 2016; 37 (3): 1-8.
7. Emerich BF, Campos RO, Ricci EC, Benetti AS. Manual do programa de residência multiprofissional em saúde mental. Bfcm Unicamp; 2017. 29 p.
8. Oury J. Itinerários de formação. Revue Pratique. 1991; 1, 325-32, 1991. In: Emerich BF, Campos RO, Ricci EC, Benetti AS. Manual do programa de residência multiprofissional em saúde mental. Unicamp 2017. 29 p.

9. Mesquita SKC, Meneses, RMV, Ramos DKR. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. *Trabalho Educação Saúde*. 2016; 14(2): 473-486.

10. Filho EJS, Sampaio J, Braga, LAV. Avaliação de um programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sob o olhar dos residentes. *Tempus actas de saúde colet*. 2006; 10(4): 129-49.

11. Gil RCR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Caderno Saúde Pública*. 2005; 21(2): 490-98.

12. Antunes, JM. A preceptoria na formação do residente em Enfermagem em Saúde Coletiva: o aprender e o ensinar no cotidiano do Sistema Único de Saúde. Universidade Federal Fluminense; 2016.

13. Cavalcanti IL, Sant'ana JMB. A preceptoria em um programa de residência multiprofissional em oncologia: carências e dificuldades. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2014; 59(3): 1045- 54

14. Casanova IA, Batista N.A, Ruiz-Moreno L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*. 2015; 40(3): 229-33.

15. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13 (2): 2133-2144.

16. Nascimento DDG, Oliveira MAC. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Reme Revista Mineira Enfermagem*. 2006; 10(4): 435-439.

17. Mioto RCT, Alves FL, Caetano PS, Dal Prá KR. As Residências Multiprofissionais em Saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. *Serviço Soc & Saúde*. 2012; 11(2): 185-208.

Recebido em: 08.11.2018

Aprovado em: 10.06.2019