

HRJ

v.2 n.12 (2021)

Recebido: 10/03/2021

Aceito: 16/06/2021

Residência Multiprofissional em Saúde Mental do adulto: fazer mais do mesmo ou provocar mudanças?

Daniela Sousa de Oliveira¹
Helicinia Giordana E. Peixoto²

¹Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Coletiva. Residente em Saúde Mental do Adulto, Escola Superior de Ciências da Saúde- ESCS/FEPECS. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília – UnB. E-mail: aleinda21@gmail.com

²Nutricionista. Mestre em Nutrição Humana-UnB, Especialista em saúde mental, Nutricionista da SES/DF, Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto ESCS/FEPECS/SES-DF

RESUMO

Trata-se de um projeto de conclusão profissional do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto (ESCS/FEPECS), que utilizou a aplicação de 1 formulário com perguntas abertas e fechadas, encaminhadas pelo Google Forms a residentes, preceptores e tutores do programa, com o objetivo de discutir intervenções que provocaram mudanças nos serviços de saúde mental do Distrito Federal. Ao analisar os relatos dos participantes, foi possível identificar que os envolvidos estão provocando mudanças significativas nos processos e metodologias de trabalho na saúde mental. Tendo como pano de fundo a reforma psiquiátrica, os residentes multiprofissionais possibilitam o desenvolvimento de ações e serviços frente aos enfrentamentos e dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores da saúde mental. A presença da residência possibilita transformações e oxigena os processos de trabalho, o qual evidencia o aprimoramento profissional e trocas de saberes entre envolvidos.

Palavras-chave: Internato, residência. Saúde mental. Educação em saúde.

Multiprofessional Residency in Adult Mental Health: Doing More of the Same or Bringing Changes?

ABSTRACT

This is a professional completion project of the Multiprofessional Residency Program in Adult Mental Health (ESCS / FEPECS), which used the application of 1 form with open and closed questions, forwarded by Google Forms to residents, preceptors and tutors of the program, with the objective of discussing interventions that caused changes in mental health services in the Federal District. When analyzing the participants' reports, it was possible to identify that those involved are causing significant changes in the work processes and methodologies in mental health. Against the background of psychiatric reform, multiprofessional residents enable the development of actions and services in the face of the confrontations and difficulties experienced by mental health

workers. The presence of the residence enables transformations and oxygenates the work processes, which highlights professional improvement and the exchange of knowledge between those involved.

Keyword: Residence boarding school. Mental health. Health education

INTRODUÇÃO

Trata-se de Projeto de Conclusão Profissional da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), que se constitui uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* com dedicação integral, interpretada nas sessenta horas semanais. Os primeiros programas surgiram como internatos nos hospitais para a qualificação dos profissionais médicos, surgida em 1879 nos Estados Unidos, com o argumento da indispensabilidade da experiência nos serviços pelos médicos recém-formados. Teve grande força na construção e extensão da medicina científica, que possibilitou a reorganização e regulamentação das escolas médicas¹. Por outro lado, forjou um processo de exclusão sistemática de todas as outras profissões de saúde, instituindo o modelo da educação médica como hegemônica².

A residência médica foi importada para o Brasil em 1940, que seguiu parâmetros de educação centrada no treino de técnicas do modelo americano. A Universidade de São Paulo (USP) foi pioneira, com cenário no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1947, atingindo a sua consolidação na década de 90. Em 1970, é legalizada pelo Decreto nº 80.281 de setembro de 1977. Este mesmo Decreto cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A Lei Nº 6.932, de 7 de junho de 1981, estabelece, entre outras providências, que todos os programas devem oferecer titulação de especialista. Nesta mesma década, aparecem as primeiras RMS, com o Programa Residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), que já

trazia a configuração de categoria profissional, com a proposta de trazer inovação para os processos de trabalhos que ultrapassem o modelo biomédico ^{1,2,3}.

Na década de 1990, o modelo multiprofissional é extinto desencadeado pelas disparidades da remuneração e carga horária aos residentes da medicina. No entanto, a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/ RS) cria mais tarde um programa de aperfeiçoamento especializado, que originou as residências integradas através da Portaria Nº 16, de 1º de agosto de 1999, publicada pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Futuramente, no território Nacional, as RMS só foram regulamentadas em 2005, por meio da Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência ^{1,4}.

As RMS foram criadas a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e 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 (Resolução CNS nº 287/1998), que confere a portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Com a intenção de qualificação profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), articulando os Ministérios da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC), posteriormente coordenados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) ^{5,6,7}.

Como no restante do país, a residência médica, no Distrito Federal, foi registrada na década de 1964 através da Resolução nº 37/64, de 11 de maio com início para 1966. Em 1997, por meio da Instrução nº 16, de 05/08/1997, no âmbito da FHDF, foram criados os programas de Educação Profissional aos Moldes de Residência em Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Saúde Mental e Fisioterapia⁹. Nos períodos de

transformações e mudanças políticas e da saúde pública do Distrito Federal, em 1999 é criada a FEPECS- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ ESCS – Escola de Ciências da Saúde, com a propositura de trazer atividades educacionais integradas aos serviços e a comunidade, tendo como cenários os equipamentos de saúde da Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal -SES/DF ^{2,10}.

A essa altura houve ampliações significativas dos programas da medicina e também a criação da RMS, sob direção da ESCS/FEPECS, que observavam a integração do “ensino-serviço-comunidade”, capazes de contribuir para a consolidação do SUS, visto associarem a compreensão dos aspectos objetivos e subjetivos da saúde da pessoa ao cotidiano das práticas e dos serviços de saúde ^{2,10}. Em novembro de 2015, é publicado o primeiro edital de RMS, o que contava com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto (PRMSMA), em resposta a Portaria nº 74 de 29 de abril de 2015 ^{11, 12}. Em 2020, foram feitas mudanças importantes na organização das residências multiprofissionais operacionalizada pela Portaria nº 493, de 08 de julho de 2020¹³.

Todos os profissionais de saúde com inscrição no Conselho de Classe podem participar do processo de seleção das RMS. Com dedicação exclusiva, bolsa-estudo, e cumprimento de 60 horas semanais, entre 80% práticas e 20% teóricas, no período de 2 anos. Todas as atividades são supervisionadas por preceptores e tutores capacitados, com formação mínima de especialista. Atualmente, a bolsa de residência tem o valor de R\$3.330,43 reais (Portaria Interministerial Nº 75 de 29 de abril de 2015), sendo conferida aos residentes dos programas oferecidos pela SES/DF, além de auxílio moradia no percentual de 30% sobre o valor da bolsa de estudo (Portaria Nº 83 de 30 de abril de 2015) ^{12,13, 14}.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto, além de ser um programa que se compromete com a formação e qualificação profissional em serviço, também carrega posicionamentos emblemáticos da reforma psiquiátrica brasileira, marcada pela substituição do modelo hospitalocêntrico, biomédico focado na “doença mental”, para um arranjo de base comunitária com proposta de reinserção social, resgate da cidadania e promoção de autonomia e independência. A Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade. Esse novo retrato valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população¹⁵.

Nesse sentido, a terceira Conferência de Saúde Mental em São Paulo, em 2001, apontou para organização dos serviços e cuidados especiais em saúde mental, constituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria 3.088 de 2011, tendo enfoque na integralidade do cuidado. Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, são componentes da RAPS, como equipamentos especializados substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e oferecem cuidados territorializados, com abrangência acima de 70 mil habitantes. A população atendida é de adultos e jovens, com a finalidade de reinserção social, construção cultural e ressignificação dos cuidados a partir de atividades terapêuticas realizadas por equipe multiprofissional e interdisciplinar^{15,16}.

Os cenários do PRMSMA estão organizados em CAPS Geral, CAPS-AD (álcool e outras drogas), Cenário Hospitalar (dividido entre Hospital Psiquiátrico - Hospital São Vicente de Paulo – HSVP e Ala de internação psiquiátrica e Pronto Socorro do Hospital de Base) e Atenção Básica. Os residentes são supervisionados por preceptores, tutores e profissionais staff, como corpo docente, e por uma coordenação. Os profissionais residentes se revezam a cada 6 meses entre esses cenários. Além disso, o Projeto Político Pedagógico do PRMSMA prevê a possibilidade de ampliar para hospitais gerais e Gestão em Saúde Mental, pois considera a educação permanente como produção cotidiana capaz de provocar mudanças e construções paradigmáticas, almejando atuação conjunta as práticas institucionais implicadas a políticas vigentes^{17,18}.

As RMS propõem transformar as práticas dos profissionais de saúde e da organização do trabalho, observando a descentralização, a “multiprofissionalidade” e a sensibilidade. O processo de consolidação das RMS é cravejado pelo conceito pedagógico da educação permanente em saúde, que é utilizada para apresentar as “relações entre: ensino, ações e serviços, articulando a saúde”, com emprego de metodologias de ensino e aprendizagem, como a realização da “ação-reflexão-ação”¹, p.49. A educação permanente no contexto RMS é traduzida como estratégia que tem a oportunidade de antecipar mudanças nas práticas cotidianas baseadas na reflexão crítica sobre a realidade imposta. Além da produção de resultados, destina-se a criação de espaços seguros para a problematização, reflexões e diálogos entre profissionais com o intuito de transformar ações e serviços de saúde¹, p.50. Diante disso, as RMS estão fazendo mais do mesmo ou se constituem elemento de mudança nos processos organizativos de trabalho nos cenários de atuação? O objetivo desta pesquisa é verificar se a residência de saúde mental do adulto provoca mudanças nos serviços de saúde mental, a partir do entendimento dos residentes, preceptores e tutores.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa, que tem como proposta de ser projeto de conclusão profissional da pós-graduação – modalidade residência. Visa trazer informações sobre as experiências de residentes, preceptores e tutores, referente aos residentes do primeiro ano -R1 e residentes do segundo ano - R2 de 2020. Caracterizada por trabalhar com a subjetividade, com cunho reflexivo e crítico, a pesquisa qualitativa advém de um aprofundamento importante para sedimentar os objetivos deste estudo, com a intenção de procurar entender o significado, as interpretações na linguagem do cotidiano e nas discussões dos profissionais sobre os processos de inserção da RMS nesses cenários.

Foram utilizados quatro questionários elaborados e disponibilizados na plataforma do Google Forms, aplicativo do Google Drive integrado aos Gmail e ao Google Docs, todos gratuitos. Segundo Mota (2019)¹⁹, os formulários do Google Forms podem servir para a prática acadêmica, e tem as seguintes características: possibilidade de acesso em qualquer local e horário; agilidade na coleta de dados e análise dos resultados, pois quando respondido as respostas aparecem imediatamente; facilidade de uso, entre outros benefícios. O primeiro questionário apresentou perguntas abertas e fechadas para residentes e o segundo para os preceptores e tutores do programa¹⁹.

A utilização de questionários em pesquisas científicas se sustentam como ferramenta mais utilizada por pesquisadores. Os questionários elaborados no Google Forms foram disparados aos residentes, preceptores e tutores do PRMSMA, que atuam nos seguintes cenários: CAPS-AD III Samambaia, CAPS-AD III Ceilândia, CAPS-AD III Rodoviária, CAPS II Paranoá, CAPS II Taguatinga, CAPS II Riacho Fundo, Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), UBS 12 de Ceilândia, UBS 01 do Paranoá e UBS 1 de Taguatinga, abrangendo, em sua maioria, regiões de vulnerabilidade social e

econômica do Distrito Federal. Os profissionais, que responderam ao questionário, compreendem as categorias profissionais: Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Fisioterapeuta, Enfermeiro, Farmacêuticos, Assistente social e Nutricionista.

Por meio deste método é possível encontrar diferenças nas abordagens dos profissionais, tanto no contexto teórico, como prático. Além disso, permite orientar quanto ao campo de investigação de forma participativa²⁰. A proposta analisou as construções dos processos de trabalho e as contribuições da residência nos cenários de atuação, com ideia de entender os processos de inserção do residente no modelo instituído, assim como exemplificar de forma prática, em seu cotidiano, assunto de sua própria vivência como forma de troca de experiência e debate, a fim de instrumentalizar os profissionais com tecnologias leves e leves/duras dentro do seu processo de trabalho. As informações processadas foram analisadas pela ótica de análise temática simples, com a proposta de sensibilizar os profissionais e gestão quanto ao desenho do PRMSMA e sob sua ótica de percepção de processos de trabalho que visa interdisciplinaridade.

Os questionários foram divididos em duas categorias: percepção dos preceptores e tutores e percepções dos residentes, quanto a seguinte pergunta: a residência multiprofissional em saúde mental do adulto, faz mais do mesmo ou provoca mudanças?

Participaram da pesquisa 45 pessoas, entre eles: residentes multiprofissionais (R1 e R2), respectivamente dos anos 2019 e 2020, preceptores e tutores do programa de saúde mental do adulto. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com **CAAE**: 37400620.4.0000.0030.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O programa de saúde mental do adulto tem 20% das atividades denominadas: teóricas e 80% da carga horária semanal como teórico-práticas e práticas. Foram desenvolvidas pela pluralidade pedagógica, para autonomia dos residentes, pois utiliza a metodologia ativa como proposta ensino e aprendizagem. O residente é inserido desde o primeiro dia de sua atuação, em equipes multiprofissionais contrariando ao modelo biomédico tradicional, mas, dentro da lógica de cuidado biopsicossocial. Com vistas as práticas interprofissionais e intersetoriais, com centralidade na pessoa que reforça os princípios idealizadores do SUS²².

O encontro de categorias proporcionado pelo programa fortalece ainda as concepções de cuidados e princípios importantes da reforma psiquiátrica brasileira. Evoca compartilhamento de saberes interseccionando experiências e estabelecendo elos para as que mudanças possam acontecer, tendo em vista a busca pela integralidade do cuidado²².

PERCEPÇÃO DOS PRECEPTORES E TUTORES

Caracterizada pelo sentido de habitar e conviver, as Residências Multiprofissionais em Saúde obedecem a “lógica pedagógica da imersão e intensividade do presente”^{1, p50}, tendo em vista que atende as necessidades de qualificação profissional com imersão nos processos de trabalho que estimam ações reflexivas do ensino em serviço. A RMSMA dentro do exercício de promover desenvolvimento de competências para os residentes e na oportunidade de possibilitar o compartilhamento de saberes e práticas também se torna um mecanismo político de mudanças das realidades dos cenários de atuação. Diante dos retrocessos que fogem da lógica estabelecida pelos reformadores, os residentes conseguem instituir processos de trabalho humanizados e tecnológicos que auxiliam no cotidiano dos serviços? Ou sua inserção,

por muitos motivos como: fragmentação da equipe, pensamento moralista e higienista sobre os usuários, modelo biomédico, hierarquização, burocracia, materiais e equipamentos, infraestrutura, ambiência, segurança, continuidade do cuidado, acesso e acessibilidade são fatores que, de alguma forma, contribuem para fazer mais do mesmo ou provocar mudanças?

Perguntados sobre fortalezas e desafios dos residentes multiprofissionais, os preceptores e tutores, em sua maioria, relataram sobre a importância de não apenas ficar no campo das ideias, mas estarem abertos para necessidade de um envolvimento mais proximal com problemáticas cotidianas nos serviços de saúde mental do adulto com a intenção de almejar transformações, trocas para construções e reconstruções horizontalizadas.

Uma das grandes potências do programa está na organização pedagógica pautada na reforma psiquiátrica, tanto para o processo de ensino, como para o de aprendizagem dos residentes, preceptores e tutores, pois é onde se manifestam conteúdos sobre o sistema que oprime os indivíduos com transtornos, com a oportunidade de realizar questionamentos importantes de estruturas em diversos cenários de prática, que, na maioria das vezes, não condiz com pressupostos da reforma psiquiátrica da saúde mental. Além disso, esse olhar, permite um trabalho coerente com práxis reflexiva e, por isso, podendo extravasar de simples equipes dos cenários para um agir de coletivo, o que enriquece os processos de mudanças se fortalecendo com dimensões sociais e políticas, estimulando uma oferta de cuidado direcionado a promoção de mudanças no cotidiano do trabalho das equipes multiprofissionais dos cenários de prática¹.

Ainda considerando as questões de fortalezas e desafios, os preceptores e tutores relataram de forma substancialmente imperativa a necessidade de estruturação e

fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários. Considerando, ainda, que a oferta de cuidados as pessoas que apresentam problemas decorrentes do transtorno mental deve-se basear em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica²¹.

É notável, para os participantes, que os residentes multiprofissionais têm a oportunidade de se envolver com esses profissionais em constantes problematizações, que contribuem para repensar as práticas e processos de trabalho, uma vez que a formação do residente perpassa todas as transformações oportunizadas pelas vivências no cotidiano, que tem ligação com a história dos cenários, a micro e macro políticas e pela sociedade, tendo como diferencial o foco nas necessidades experimentadas, que se configura desafios para os trabalhadores, usuários e gestores²⁴. A residência em saúde, além de se configurar como uma modalidade de ensino e aprendizagem voltada para o aperfeiçoamento nos núcleos e campos dos sabedores das categorias profissionais que integram a área da saúde, funciona como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, como também propõe ações de valorização dos profissionais, pois tem enfoque na aprendizagem significativa e na experiência cotidiana fundamentada pela problematização dos processos de trabalho e da qualidade dos serviços ofertados^{25,26}.

Com intenções para além de proporcionar desenvolvimento qualificado na área de saúde mental, vem com uma proposta política pedagógica que tem a oportunidade de implementação e efetivação da Reforma Psiquiátrica, vista como potência significativa para as transformações de práticas obsoletas que contrarie a esses princípios, com a intencionalidade de movimentar a rede psicossocial, com a integralidade dos demais serviços ofertados pelo SUS. Tendo em vista que o objetivo é favorecer a formação de profissionais apropriados com o modelo de cuidado em saúde mental eminentemente psicossocial, de base territorial, por meio de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, ampliando a autonomia e qualidade de vida do usuário^{11,17}.

A formação pelo serviço de saúde é uma proposta que procura ajustamento nos processos organizativos dos cenários de atuação do PRMSMA. Capturados pela subjetividade, o residente, imerso no contexto social e político dos equipamentos de saúde, tem a possibilidade de criar, modificar, se sujeitar ou não, e significar os espaços, com visão crítica e reflexiva e seu potencial técnico-assistencial^{1,25}. Uma vez que o campo da saúde não se configura um lugar finalístico e, sim, componente do tratamento da pessoa, que proporciona aos trabalhadores reformulação e atualização de suas práticas de trabalho, assim como implica-os em formatos condizentes a reforma psiquiátrica e sua própria singularidade, estabelecendo novas relações e, conseqüentemente, novas formas de produção de saúde, com o intuito de gerar perfis mais compatíveis com essa concepção¹.

Também como fortalezas, surgiram nos relatos dos participantes, que a presença dos residentes multiprofissionais suscita novos arranjos de processos de trabalho, com inclusão de tecnologias leves que não buscam burocracia e a mecanização nos processos de trabalho, antagonistas aos pressupostos da lógica psicossocial. Melhorias nos arranjos organizativos, que mesmo com uma diversidade

grande de casos de saúde mental relacionados à todas as áreas da saúde, otimizam os atendimentos, ao mesmo tempo que a residência auxilia com a força de trabalho, possibilitando também trocas de saberes nos processos de ensino e aprendizado ²⁴.

No entanto, os preceptores e tutores relataram que a pressão colocada pelo residente nos cenários de práticas pode reverberar um sentimento de disponibilidade para o trabalho, entre os trabalhadores, e disposição para aprender e experimentar outras possibilidades de cuidado por parte dos trabalhadores das equipes multiprofissionais, com o desafio de problematizar as práticas cotidianas, introduzindo tecnologias leves para que novas práticas se constituam ou que se reinventem^{25,27}. Considerando que a “educação permanente em saúde é como educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população”, o que permite reconhecer os saberes gerados a começar pelas experiências do trabalho ^{1, p52}.

Contudo os preceptores e tutores que participaram da pesquisa, entendem que os residentes produzem mudanças significativas para os serviços de saúde mental, como simultaneamente para sua própria formação. Trazer novas metodologias de trabalho, entender as lógicas e modelos instituídos facilita a inserção de novas e melhoradas práticas. O residente é um olhar de fora para dentro, no começo, e logo se torna um olhar de dentro para fora. E nesse processo intrínseco que a luta do fazer mais do mesmo se enfraquece e abre caminhos para provocar mudanças.

PERCEPÇÕES DOS RESIDENTES

É potente, em suas colocações, a construção de estratégias de cuidados inovadores e a união entre residentes para trabalho em equipe e desenvolvimento de projetos, que visam a mudança da realidade vivenciada e alcance dos princípios da reforma psiquiátrica. Além disso, os residentes possuem uma postura política que

contribui para tais feitos aprendidos na realidade dos serviços e RAPS, advindo dos processos de eixos transversais e específicos desenvolvidos pelo programa. Há um envolvimento dos residentes com a equipe multiprofissional, a educação em saúde e problematizações para os servidores dos serviços, levando todos a refletirem a prática e buscar estratégias com evidência para melhoria nos atendimentos aos usuários do SUS²⁴.

A presença do residente nas reuniões de equipe favorece o engajamento profissional, colaborando significativamente para construção e desconstruções do envolvidos de forma bilateral, residentes, trabalhadores e gestores. Ao mesmo tempo que há uma crítica sobre os processos de cuidados na saúde mental, também há o reconhecimento de que experiências, como das RMS, possuem ideias de inovação quanto as questões que se colocam fragilizadas aos trabalhadores e usuários. Com critério e respeito aos envolvidos na produção de significados para saúde mental, compreende-se que o “trabalho, ensino e aprendizagem” misturam-se nos cenários de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação e acontecem simultaneamente como expressão da realidade^{1,28}.

Houve unicidade entre os participantes quanto aos processos de provocar mudanças, umas das ações mais citadas foram os denominados “Projetos Aplicativos”, um dos instrumentos de avaliação utilizado pelo PRMSMA. Esses projetos consistem em ações interventivas pelas quais os residentes, com conhecimento das realidades dos cenários de atuação, elaboram propostas conjuntas seja com usuários ou trabalhadores, que possam modificar, ajustar, criar e desenvolver tecnologias e metodologias de trabalho. Nesse contexto, é possível desenvolver competências e habilidades articuladas aos pressupostos dos serviços e diretrizes do SUS, que contemplam a formação profissional e toda complexidade que

lhe é exigida. Esse projeto é monitorado e acompanhado pelos preceptores e tutores de cada cenário, com o objetivo de facilitar a sua aplicabilidade, almejando determinantes que se interrelacionam com a vida e com o cuidado com a saúde dos trabalhadores, usuários e gestores e os próprios residentes multiprofissionais²⁴.

Por outro lado, os participantes relataram que a falta de alguns subsídios prejudica significativamente a atuação do residente nos cenários de trabalho, como: direitos trabalhistas precários; a substituição dos trabalhadores, por conta do absenteísmo; o tratamento desses profissionais como estudantes; rigidez em relação à aplicação da teoria nas práticas cotidianas, diante das adversidades e das soluções não resolutivas, o que pode causar desinteresse nos processos de trabalho da residência, como ferramenta de transformação; crise de identidade profissional ao se depararem com equipes despreparadas e processos de trabalho morto; ausência de preceptores das categorias profissionais nos cenários de atuação; e o endeusamento dos residentes comparados ao “salvador da pátria”²⁹.

Provocar mudanças não é uma tarefa fácil. Os participantes relataram, como uma barreira no desenvolvimento e implementações das ações e serviços, a falta de comprometimento e envolvimento dos trabalhadores inseridos nos cenários de atuação dos residentes. A não continuidade dessas ações é justificada pela falta de conhecimento dos trabalhadores no que diz respeito as tecnologias de cuidado ampliado e de metodologias de trabalho, muitos ainda reforçam ações obsoletas e sem pouca resolutividade. Um ponto muito importante a se destacar, é que estes trabalhadores estão sobremaneira sobrecarregados, cansados, sem perspectivas, com as mãos atadas e sem identificação com o próprio cenário de trabalho^{29,30}.

A vinda da Residência nesses cenários é comparada, por muitos, como injeção de oxigênio, que acaba gerando uma carga não explicitada ao residente, que é o dever

de ir além de provocar mudanças, de proporcionar implicação e envolvimento dos trabalhadores dos cenários para as trocas, para as transformações, para as desconstruções e reconstruções de ambos, num processo de constituição da práxis, de corresponsabilização para produção do trabalho subjetivo e flexível, tendo em vista a qualidade de vida dos atores envolvidos. A Residência em Saúde Mental foi reconhecida pelos participantes como um movimento de resistência, de manutenção da qualidade das ações e serviços ofertados na atenção psicossocial do DF, que proporciona e melhora a percepção, a relação e aceitação dos processos democráticos e horizontalizados nos processos de trabalho. No entanto, o engessamento de alguns profissionais ou de cenários por onde os residentes passaram é mencionado como obstáculo estrutural, como equipamentos que trabalham na lógica manicomial, uma vez que as práticas em saúde mental são dinâmicas, desafiadoras e exigem reinvenção constante e movimento. Essa rigidez enfraquece as ações e serviços programados pelos residentes, que são por sua vez orientados nos eixos teóricos ao trabalho pautado na reforma psiquiátrica e a implantação de tecnologias leves do trabalho vivo^{29,30}.

Diante do cenário descrito pelos participantes de enfraquecimento da RAPS, práticas manicomiais ganham diante da conjuntura macropolítico brasileira. Os participantes, ao descreverem a atuação como mais do mesmo, elencaram a passagem pelo Hospital Psiquiátrico, como equipamento de saúde mental e como cenário do programa de saúde mental do adulto, como um forte antagonista do que é estimulado e discutido nos eixos teóricos e cobrados em suas práticas. Relatam que é um serviço que se apresenta com inúmeras lacunas para aprimoramento do processo pedagógico dos residentes, que oferece resistência quanto ao olhar crítico e reflexivo sobre os cuidados em saúde mental. Foi o cenário onde muitos relataram como dificuldade de provocar mudanças, no entanto, tiveram pessoas que conseguiram aprimorar e inserir pequenos

projetos que tiveram como pano de fundo a humanização, coordenação dos cuidados e referenciação de usuários e familiares aos equipamentos de base comunitária, os Centros de Atenção Psicossocial³⁰.

Contudo, provocar mudanças dentro do contexto da saúde mental no DF é um desafio cotidiano para os residentes. Os participantes destacaram a importância do programa nos cenários de atuação, tanto para o fortalecimento das ações e serviços, quanto para formação em serviço dos trabalhadores em saúde mental, tendo em vista as potências do projeto pedagógico, que se alia as necessidades de transformação, mesmo em lugares onde há resistências, ainda assim, precisa ser nutrido e fortificado com propostas interventivas, que melhoram a qualidade no trabalho, a oferta e compromisso com os usuários e a formação em serviço dos residentes multiprofissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou conhecer a percepção de preceptores, tutores e residentes quanto ao programa de saúde mental do adulto, sobre como se projetam melhorias e reconhecem benfeitorias às comunidades e aos serviços aos quais estão vinculados. Também possibilitou dar visibilidade as fortalezas, fraquezas e desafios prontos para discussões ampliadas e qualificadas permeadas ao campo da saúde mental e suas adjacências. Além disso, proporcionou análises considerando as concepções e trajetória de construção e transformação do programa, articulados aos determinantes micro e macropolíticos e sua formação de organização social. Fazer mais do mesmo e provocar mudanças se tornou um dos mais emblemáticos objetivos dos residentes e preceptores, que instituíram nos processos constantes de identificação, além de possibilitar transformação a partir das problematizações e nuances dentro das particularidades de cada serviço, de cada equipe de trabalhadores que se relaciona

como protagonismo dos usuários na incorporação de ações e serviços que fogem do “fazer mais do mesmo”, que possam ser evidenciadas a partir de um posicionamento ético e político que perpassam o compromisso com ideais do SUS e com a reforma psiquiátrica.

O programa de saúde mental do adulto demonstra ter ainda construções incompletas e abertas com possibilidade de estruturação. Há de convir que muitos dilemas, experienciados pelos trabalhadores e residentes, não estão isolados das problemáticas vivenciadas por diversos trabalhadores da saúde mental do SUS. Uma realidade de precarização das condições de trabalho impostas a residentes e trabalhadores, que impõem um ritmo que impacta diariamente nas relações interpessoais e institucionais. Destacam-se as estratégias de enfrentamento elaboradas e defendidas pela inserção de residentes e preceptores para transformação dos processos de trabalho, quanto na inovação de tecnologias em saúde, evidenciando as construções que qualifiquem a formação e aperfeiçoamento dos residentes multiprofissionais em saúde mental do adulto.

Contudo, é de fundamental importância a apropriação e a aproximação ainda mais sistemática entre residentes e trabalhadores para que ocorram essas mudanças, que estejam em consonância com as propostas políticas e pedagógicas do programa e que este projeto possa, também, acompanhar as mudanças necessárias para assim fugir do mais do mesmo. A presença da residência nos cenários atuais é uma grande potência para fortalecimento da saúde mental no Distrito Federal, além de ser representativo para os demais cenários em outros estados e municípios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HAUBRICH, P. L. G. et al. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**. 2015; 1 (1): 47-56.
2. SILVA, Cristiane Trivisiol da et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2760014, 2016.
3. FERREIRA, SR, Olschowsky, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini, VL. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010: 23-34.
4. BRASIL. Lei nº 11.129/05. Institui as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Brasília (DF), 2005.
5. RODRIGUES, Rúbia Cristina; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho; AMORIM, Patrícia. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1615-1625, 2010.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006a. 414 p.
7. BRASIL, Ministério da Educação. Comissão nacional de residência multiprofissional em saúde resolução cnrms nº 3, de 4 de maio de 2010 diário oficial da união; poder executivo, Brasília, DF, 5 maio 2009. seção i, p. 14-15.

8. CHEADE.MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare Enferm.** 2013; 18(3):592-5.
9. MINETO RC. Residência em enfermagem do Hospital de Base do Distrito Federal: avaliação dos ex-residentes. **Com. Ciências Saúde** 2008; 19(2):155-162
10. GOTTEMS, Leila Bernarda Donato et al . O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 6, p. 1997-2008, June 2019 .
11. ESCS - Escola Superior de Ciências da Saúde. (2016). Site da ESCS. Disponível em: <https://www.escs.ipl.pt/> [acesso em fevereiro 8, 2020]
12. BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Resolução n. 2 de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes pedagógicas dos programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 16 de abr. 2012. Seção I, p. 24–25.
13. DISTRITO FEDERAL. PORTARIA Nº 493, DE 08 DE JULHO DE 2020. Acessado dia 05 de Janeiro de 2021<
http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b40534b36a54963b5536fc721e46288/Portaria_493_08_07_2020.html>
14. BRASIL. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília (DF). Retrieved from:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.

15. RODRIGUES, Rúbia Cristina; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho; AMORIM, Patrícia. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1615-1625, 2010.
16. BRASIL, Ministério da Educação. Comissão nacional de residência multiprofissional em saúde resolução cnrms nº 3, de 4 de maio de 2010 diário oficial da união; poder executivo, Brasília, DF, 5 maio 2009. seção i, p. 14-15.
17. RODRIGUES, F. Residências Multiprofissionais Em Saúde: Formação Ou Trabalho? **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v.15, n. 1 (21), p. 71-82, jan. /jun. 2016 ISSN 16766806.
18. PEIXOTO, H.G; PACHECO, J.G. Manual do Residente Multiprofissional em saúde mental do adulto. Distrito Federal. 2020.
19. MOTA, Janine Silva. Utilização do Google Forms na pesquisa acadêmica. **Revista humanidades e inovação** v.6, n.12 – 2019.
20. LENY A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis** [online]. 2009, vol.19, n.3, pp.777-796.
21. MELO, W.V, BIANCHI, C.S.; Discutindo estratégias para a construção de questionários como ferramenta de pesquisa. **R. B. E. C. T.**, vol 8, núm. 3, maio-ago.2015.
22. GOMES, T.A. et al. Potencialidades e desafios do Programa de Residência Multiprofissional para a formação de enfermeiras atuantes na Atenção Primária em Saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 6, 2020.
23. SCHAEDLER, Lucia I. Por um plano estético da avaliação nas residências multiprofissionais: construindo abordagens avaliativas SUS-implicadas. 2010. 184f.

Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande de Sul, Porto Alegre, 2010.

24.BRASIL, Ministério da Educação. Comissão nacional de residência multiprofissional em saúde resolução cnrms nº 3, de 4 de maio de 2010 diário oficial da união; poder executivo, Brasília, DF, 5 maio 2009. seção i, p. 14-15.

25.CECCIM, RB. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: Fajardo AP, Rocha CM F, Pasini VL. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010: 17-22.

26.FRANCO TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no brasil. Interface: **Com, Saúde e Educ**, 2007, 11(23): 427-38.

27.SILVA CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm**, 2016.

28.ONOCKO-CAMPOS, Rosana, Emerich, Bruno Ferrari e Ricci, Ellen Cristina Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. Interface - **Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 23 [Acessado 2 Fevereiro 2021] , e170813.