MARIANA VERPA SANCHES

**A experiência do programa de residência multiprofissional em
saúde mental com ênfase em dependência química: desafios para a
educação interprofissional colaborativa**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Elisabete Ferreira Mângia

São Paulo
2019

MARIANA VERPA SANCHES

**A experiência do programa de residência multiprofissional em
saúde mental com ênfase em dependência química: desafios para a
educação interprofissional colaborativa**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Elisabete Ferreira Mângia

São Paulo
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Sanches, Mariana Verpa

A experiência do programa de residência
multiprofissional em saúde mental com ênfase em
dependência química : desafios para a educação
interprofissional colaborativa / Mariana Verpa
Sanches. -- São Paulo, 2019.

Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Elisabete Ferreira Mângia.

Descritores: 1.Saúde mental 2.Educação de pós-
graduação 3.Pessoal de saúde 4.Capacitação de
recursos humanos em saúde 5.Transtornos
relacionados ao uso de substâncias 6.Educação
interprofissional

USP/FM/DBD-483/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Aos meus pais, que sempre me apoiaram incondicionalmente.

*A todos os profissionais que se disponibilizaram e contribuíram
para a realização desta pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Elisabete Ferreira Mângia, que acreditou em mim, no meu interesse e na minha capacidade. Agradeço as excelentes aulas/orientações, correções de texto muito necessárias e a sabedoria e a paciência no decorrer do processo.

À minha família, que sempre me apoiou; meus pais, em especial, por apoiarem as minhas decisões e investirem na minha formação desde sempre. Além de me amarem incondicionalmente.

Às amigas londrinenses agradeço o apoio ao longo do percurso. Em especial, a Bruna, que, no carnaval de 2016, me ajudou a esboçar a ideia que se tornaria esta pesquisa.

Aos amigos paulistanos agradeço a paciência e, em especial, agradeço a Livia pelas minuciosas revisões de escrita e de *slides*.

Ao Helton, colega de mestrado e de trajetória profissional, agradeço os momentos de discussão, orientação e desabafos ao longo deste processo.

À minha analista, que me ajudou a refletir sobre meus desejos e minhas ações.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

“A educação é um ato de amor e por isso de coragem.”

Paulo Freire

RESUMO

Sanches MV. A experiência do programa de residência multiprofissional em saúde mental com ênfase em dependência química: desafios para a educação interprofissional colaborativa [dissertação]. (Mestrado em Ciências) São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

As mudanças no modelo de atenção à saúde suscitaram transformações na formação dos profissionais da saúde que se tornou eixo central dessa transformação, na medida em que as práticas profissionais tradicionais (fragmentadas, especializadas, orientadas pelo paradigma biomédico e pouco centradas nas necessidades dos usuários/população) são identificadas como obstáculos para a transformação do modelo assistencial. A interprofissionalidade e o trabalho em equipe foram ganhando concretude em debates internacionais e, principalmente, na proposição da Educação Interprofissional Colaborativa, assumida como orientação central na formação dos profissionais da saúde pela Organização Mundial de Saúde. A Educação Interprofissional Colaborativa apresenta novo conjunto de competências a serem desenvolvidas mediante processos de ensino e aprendizagem, cuja estratégia central é o aprendizado em serviço/em equipe. No Brasil, o debate da formação na Saúde foi assumido como pauta central na formação para o SUS (formação pautada no trabalho em equipe e em redes) por meio de uma série de articulações entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Como resultado, as mudanças curriculares das graduações da saúde e a proposição de projetos indutores no âmbito da pós-graduação, a exemplo, as residências multiprofissionais em saúde. Diante desse contexto, o presente estudo tem como objeto o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Esse programa tem característica marcante, pois foi o primeiro a ser implantado enfatizando a problemática do abuso de substâncias psicoativas. Com a pesquisa, buscou-se compreender como se deu seu processo de implantação e desenvolvimento, considerando o enfoque nos processos de aprendizagem pautados pela educação interprofissional colaborativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os egressos, residentes, docentes, preceptores e coordenação do programa. Foram realizadas 23 entrevistas em julho de 2019. O Projeto Político

Pedagógico do Programa e seus instrumentos também foram analisados. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin. A partir dos resultados, foi possível identificar: como ocorreu o processo de implantação e desenvolvimento do programa; o embasamento teórico e os principais objetivos formativos que estão sustentados pela educação interprofissional colaborativa. Com as entrevistas, constataram-se as contribuições do programa para a formação dos profissionais da saúde. Por meio dos relatos dos entrevistados, verificou-se que os egressos desempenhavam funções de gestão na saúde e relataram aquisição de conhecimento específico na área de álcool e outras drogas e habilidades para o trabalho em equipe. Constatou-se que a inserção dos residentes qualifica os serviços da RAPS e as equipes de saúde. Logo, a formação e capacitação profissional ocorrem com todos os envolvidos no processo de aprendizagem. Os obstáculos identificados para a manutenção do programa estão relacionados às políticas públicas, incluindo as políticas relacionadas a atenção aos usuários de álcool e outras drogas que mudou algumas nos últimos anos. Identifica-se também pouco reconhecimento dos serviços quanto a atividades dos profissionais e residentes. Não há repasse financeiro para os preceptores, docentes e demais colaboradores do programa, além da ausência de reposição de profissionais desligados dos serviços. Dessa forma, conclui-se que o programa de residência é recurso formativo potente e inovador para os serviços e profissionais da saúde e que a Educação Interprofissional Colaborativa proporciona formação alinhada com os princípios do SUS e da Rede de Atenção Psicossocial. O programa de residência é de fundamental importância para a formação de profissionais recém-graduados e é também recurso formativo para os profissionais de saúde e fortalecimento da RAPS.

Descritores: Saúde mental. Educação de pós-graduação. Pessoal de saúde.

Capacitação de recursos humanos em saúde. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Educação interprofissional.

ABSTRACT

Sanches MV. *The experience of the multiprofessional residency program in mental health with an emphasis on substance related disorder: challenges for collaborative interprofessional education* [dissertation]. (Mestrado em Ciências) São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2019.

Changes in the health care system led to transformations in the training of health professionals, which has become the central axis of this transformation, as traditional professional practices (fragmented, specialized, guided by the biomedical paradigm and poorly centered on users / population needs) are identified as obstacles to the transformation of the care model. Interprofessionality and teamwork were gaining ground in international debates and, especially, in the proposition of Collaborative Interprofessional Education, assumed as a central orientation in the training of health professionals by the World Health Organization. Collaborative Interprofessional Education presents a new set of competences to be developed through teaching and learning processes, whose core strategy is in-service / team learning. In Brazil, the debate on health education was assuming as a central agenda of the SUS (training based on teamwork and networks) through a series of articulations between the Ministry of Health and the Ministry of Education. As a result, the curricular changes of the health graduations and the proposition of inductive projects in the postgraduate level, for example, the multiprofessional residences in health. Given this context, the present study has as its object the Multiprofessional Residency Program in Mental Health with Emphasis on Substance Related Disorder, Faculty of Medicine, University of São Paulo. This program has a remarkable feature, as it was the first program to be implemented emphasizing the problem of substance abuse. The research aimed to understand how its implementation and development process took place, considering the focus on learning processes guided by collaborative interprofessional education. Data collection was performed through semi-structured interviews with post-graduates' residents, residents, teachers, preceptors and program coordination. Twenty-three interviews were conducted in July 2019. The Program's Pedagogical Political Project and its instruments were also analyzed. For data analysis we used the content analysis proposed by Bardin. From the results it was possible to identify: how the program implementation and development process took place; the theoretical basis and the

main formative objectives that are supported by collaborative interprofessional education. The interviews showed the program's contributions to the training of health professionals. Through the reports of the interviewees, it was found that the post-graduates residents performed health management functions and reported acquisition of specific knowledge in the area of alcohol and other drugs and skills for teamwork. In addition, it was found that the program has formative potential within the teams and partner services. Soon the training takes place with everyone involved in the learning process. The obstacles identified for maintaining the program are related to public policies, including Alcohol and Other Drugs Policies that changed many times in the past years. There is little recognition of services regarding the activities of professionals and residents. There is no financial transfer to the preceptors, teachers and other collaborators of the program, besides the absence of replacement of professionals disconnected from services. Thus, it is concluded that the residency program is a powerful and innovative training resource for health services and professionals and Collaborative Interprofessional Education provides training in line with the principles of SUS and the Psychosocial Care. The residency program is of fundamental importance for the training of newly graduated professionals and a potent training resource for health professionals in the program's practice field.

Descriptors: Mental health. Education, graduate. Health personnel. Health human resource training. Substance-related disorders. interprofessional education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Considerações sobre o tema da pesquisa	1
1.2 Residência multiprofissional em saúde	4
1.3 Caracterização do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química	8
1.4 Interesse pelo estudo	10
2. OBJETIVOS.....	12
2.1. Objetivo geral	12
2.2. Objetivos específicos	12
3. EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA	13
4. METODOLOGIA	20
4.1 Aspectos éticos	20
4.2 Pesquisa qualitativa	20
4.3 Coleta de dados	21
4.4 Análise de dados.....	22
4.5 O lugar de pesquisador	24
5. RESULTADOS.....	25
5.1 Análise documental	25
5.2 Entrevistas	31
5.2.1 Egresso.....	32
5.2.1.1 Percepção sobre a experiência formativa e os resultados no programa.....	32
5.2.1.2 Percurso profissional após a conclusão da residência e permanência na área de álcool e drogas	34
5.2.1.3 Obstáculos relacionados a manutenção do programa e pontos positivos relacionados ao programa.....	35
5.2.2 Residente.....	37
5.2.2.1 Percepção sobre atuação nos cenários de prática e atividades desenvolvidas	37
5.2.2.2 Percepção sobre a formação teórica e teórico-prática	40
5.2.2.3 Relação com demais residentes no contexto das atividades propostas	41
5.2.2.4 Percepção sobre a proposta formativa desenvolvida pelo Programa	42
5.2.2.5 Expectativas atuais em relação ao percurso formativo	43
5.2.2.6 Obstáculos no desenvolvimento do programa e pontos positivos para manutenção do programa	44
5.2.3 Preceptor	46
5.2.3.1 Sobre a inserção e atividades desenvolvidas.....	46
5.2.3.2 Caracterização do trabalho com os residentes	47
5.2.3.3 Percepção do percurso formativo do residente	49

5.2.3.4 Percepção sobre a proposta formativa do programa	50
5.2.4 Docente.....	52
5.2.4.1 Inserção no programa e atividades desenvolvidas.....	52
5.2.4.2 Caracterização do trabalho com o residente	54
5.2.4.3 Percepção sobre o percurso formativo do residente	54
5.2.4.4 Proposta formativa do programa	55
5.2.4.5 Obstáculos e pontos positivos do programa	56
5.2.5 Coordenação	60
5.2.5.1 Inserção no programa	60
5.2.5.2 Atividades desenvolvidas	61
5.2.5.3 Projeto político-pedagógico na residência.....	62
5.2.5.4 Situação atual do programa e metas iniciais	62
5.2.5.5 Obstáculos no desenvolvimento de PPP e perspectivas de continuidade do programa.....	63
6. DISCUSSÃO	68
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
8. REFERÊNCIAS.....	78
ANEXOS	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações sobre o tema da pesquisa

A concepção atual de saúde abrange a complexidade e a multicausalidade dos fatores de risco e de proteção à saúde dos indivíduos e das populações e considera como

determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Essa concepção representa grande mudança na compreensão do processo saúde/doença e do modelo de atenção à saúde, pois concebe o cuidado em saúde a partir da integralidade. Em decorrência da transição epidemiológica e demográfica e do aumento das condições crônicas, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem enfrentando desafios na consolidação do modelo de atenção centrado nas reais necessidades da população. Segundo Mendes (2010):

a transição da situação de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde. Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde (p.2299).

Nesse sentido, a formulação e implementação de sistemas de saúde integrados apresentam-se como uma solução para a crise atual da saúde a partir de sua organização em redes de atenção (MENDES, 2010). A proposição da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelecida pela Portaria 4.279 de 2010, tem como finalidade lidar com as mudanças das necessidades de saúde e com a fragmentação do cuidado e da gestão, consideradas fatores críticos do SUS. A RAS é definida como arranjo de ações e serviços integrados que visam a atender às diferentes necessidades e aos agravos da população. Seu objetivo é possibilitar ações integradas, contínuas, com qualidade e equidade, que promovam relações entre serviços, a horizontalidade, a redução nos custos e a satisfação dos usuários (BRASIL, 2010).

No âmbito das redes prioritárias do SUS, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída em 2011 como parte integrante da RAS. Dessa forma, o cuidado em Saúde

Mental ganhou prioridade na organização socio sanitária do País. Foram estabelecidos objetivos centrais para a Raps, tais como a ampliação, a integração e articulação dos pontos de atenção em saúde mental, que incluem a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

A promoção de estratégias de educação permanente e formação permanente dos profissionais da saúde são diretrizes para o funcionamento da Raps. Nesse contexto, a formação de profissionais para o trabalho em rede e para o cuidado integral em saúde se torna central para o SUS:

As reestruturações, tanto dos estabelecimentos quanto das organizações do campo da saúde, geradas por estes novos princípios – especialmente o da integralidade –, ocorreram mediante novas articulações entre os serviços e a reformulação do trabalho em equipe (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017, p.64).

Segundo Peduzzi (2016), a atuação profissional limitada às práticas de área específica é insuficiente para dar conta da complexidade e abrangência da atenção em saúde e do modelo assistencial organizado em rede. O resultado da educação tradicional são práticas fragmentadas e especializadas que não dialogam com outros profissionais e serviços, além de serem incompatíveis com o modelo atual, com a necessidade do trabalho em equipe, com as práticas interprofissionais e com a organização dos sistemas de atenção à saúde.

Para que a atenção seja desenvolvida de maneira satisfatória, se faz necessário articular atividades específicas de forma integrada, favorecer as práticas interprofissionais e estimular o trabalho em equipe e a colaboração entre os trabalhadores. Portanto, o desenvolvimento de profissionais deve estar alinhado às mudanças da situação de saúde e ao modelo assistencial. Como parâmetros para a formação, destacam-se a aprendizagem centrada no ambiente de trabalho e nos distintos pontos da rede (CECCIM, 2005; PAIM, 2009) e no desenvolvimento do trabalho em equipe (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

É importante ressaltar que essa tem sido a pauta central de movimentos e organizações internacionais relacionadas a Educação na Saúde, que têm colocado as práticas interprofissionais colaborativas como novos objetivos de ensino e aprendizagem para o trabalho em saúde (CIHC, 2010; OMS, 2010).

A Educação Interprofissional Colaborativa é a estratégia considerada fundamental para desenvolver competências para o trabalho em equipe. Consiste em duas ou mais profissões trabalhando juntas, aprendendo juntas sobre si e sobre as outras. A Educação Interprofissional favorece o cuidado integral, reduz os custos e melhora os resultados na saúde, fortalece o sistema e a força de trabalho que se torna mais preparada e colaborativa para a prática do cuidado (OMS, 2010).

O Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) propõe que as competências essenciais a serem desenvolvidas para a prática interprofissional colaborativa são: a comunicação interprofissional; o cuidado centrado em paciente/família/comunidade; o funcionamento em grupo; o conhecimento sobre a área específica e dos demais profissionais; a utilização de conhecimentos em momentos necessários; a liderança colaborativa e as habilidades para resolver conflitos (CIHC, 2010).

No Brasil, os processos de formação para o SUS vêm se concretizando em avanços no âmbito da graduação e da pós-graduação, a partir da mudança nos currículos das profissões da saúde que buscam acompanhar as transformações observadas e vividas na assistência à saúde, bem como pelas experiências indutoras da formação para o trabalho em equipe, exemplificadas nos programas: PróSaúde, PetSaúde, PetSaúde Mental, etc. e, em especial, na proposição das Residências Multiprofissionais (COSTA et al., 2015).

As Residências Multiprofissionais em Área da Saúde e Área Profissional foram instituídas em 2005 e definidas como pós-graduação *lato sensu* e têm como objetivo incentivar a formação interprofissional caracterizada pela integração ensino-serviço-comunidade em campos de atuação estratégicos para o SUS. São bons exemplos de projetos indutores que propõem modificações e inovações para a formação profissional, bem como a ruptura com o modelo de formação tradicional uniprofissional, focado na profissionalização e especialização dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2005; 2009; 2015).

De acordo com o Ministério da Educação, existiam, em 2018, 83 programas de Residência em Saúde Mental no País. Desses, 68 eram multiprofissionais e oito

uniprofissionais. Havia quatro programas no campo de formação em álcool e outras drogas: dois na Universidade de São Paulo, um da Universidade Estadual de São Paulo e um do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (SESU/MEC, 2018).

Ainda são poucos os programas de residência multiprofissional implantados para a formação profissional que abrangem a saúde mental enfatizando a especificidade da dependência química, bem como os estudos que se dedicam a discussão sobre as bases teóricas e as especificidades desse tipo de formação (ONOCKO-CAMPOS et al., 2019).

O objeto do presente estudo é o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Esse é o primeiro programa nacional multiprofissional voltado para a formação de recursos humanos no campo de álcool e outras drogas. Busca-se compreender como se deu seu processo de implantação e seu desenvolvimento, considerando o enfoque nos processos de aprendizagem pautados pela educação interprofissional colaborativa.

1.2 Residência multiprofissional em saúde

As residências multiprofissionais são especializações caracterizadas pela integração das profissões da saúde que aprendem e trabalham juntas em um mesmo equipamento da Rede de Atenção à Saúde. Os programas de residências são recursos inovadores na formação profissional, marcados pelo interprofissionalismo e pela integração do ensino-trabalho-comunidade. O interprofissionalismo e a educação que ocorrem por meio do trabalho são características centrais desses programas, o que potencializa o processo de aprendizagem e a formação desejada para o trabalho no SUS. Dessa forma, os programas de residência são alternativas para

superação na formação profissional prevalente nas diferentes áreas da saúde centrada no modelo biomédico, fragmentado e especializado. Condição que enfraquece a compreensão dos determinantes sociais e a intervenção sobre os processos saúde-doença da população (NEVES et al., 2017, p. 226).

A formação uniprofissional ainda é hegemônica e esse modelo é limitado para proporcionar aprendizado que atenda às necessidades da população e insuficiente para capacitar os profissionais para o trabalho em equipe e para a atuação na rede de atenção à saúde (PEDUZZI, 2016).

Desde 2002, o Ministério da Saúde (MS) vem incentivando a formação pelo trabalho inicialmente por meio do projeto Reforço à Reorganização do SUS (ReforSUS). Em 2003, o MS criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), que desempenhou papel importante na regulamentação da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), que passou a gerenciar e fomentar, nacionalmente, a implantação de novos programas e as discussões coletivas do projeto, por meio de encontros seminários e grupo de trabalho. Em 2010, o Ministério da Educação (MEC) ampliou o financiamento para novos programas e mudou a proposição do perfil formativo dos mesmos, priorizando a atuação nas redes de saúde, com ênfase no papel da atenção básica (SILVA, 2018).

Desde 2005, houve progressivo aumento de financiamento e ampliação de vagas destinadas aos Programas Multiprofissionais e Uniprofissionais. Inicialmente, havia 516 vagas para programas de residência no País, apoiados por SGTES/MS. Dessas, 450 para residências multiprofissionais e 66 médicas, presentes em dez Estados brasileiros, abrangendo 15 profissões de saúde, incluindo aqui a Medicina (BRASIL, 2006). Segundo Haddad (2009), de 2006 a 2008 houve expansão dos programas para 24 Estados e o MS financiou 1.487 bolsas para programas de residência multiprofissional.

O Relatório da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2009) apontou o investimento total de R\$ 178.627.000,00 (cento e setenta e oito milhões e seiscentos e vinte sete mil reais) gastos no funcionamento da CNRMS, fortalecimentos dos programas de residência no País e realização de seminários nacionais durante a gestão 2007-2009.

Os programas de residência têm duração mínima de dois anos, com carga horária mínima de 5.760 horas, configurando regime de dedicação exclusiva, com 60 horas semanais (BRASIL, 2005; 2009; CNRMS, 2012). Para serem considerados

multiprofissionais, os programas devem abranger três ou mais profissões, articulando-as por meio de atividades práticas, teóricas e teórico-práticas compartilhadas e em equipe.

As normativas nacionais reconhecem como profissões da área da saúde Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Física Médica, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2005; 2009; 2014).

Para a elaboração e proposição de programas de residência multiprofissional, é necessário seguir orientações específicas. É possível identificar dois eixos norteadores (BRASIL, 2009):

- articulação ensino-serviço: aos programas é recomendado promover a integração ensino-serviço-comunidade. O embasamento teórico e prático dos programas deve estar orientado pela compreensão do conceito ampliado de saúde. Os programas devem estar conveniados a cenários/serviços que representem as necessidades e a realidade epidemiológica da população. Os programas devem também estimular o protagonismo dos atores, considerando as necessidades regionais e promover a integralidade em todos os níveis da atenção e gestão da saúde.
- modelos de ensino e aprendizagem: os programas devem estar orientados pela política nacional de gestão da educação na saúde e política nacional de educação permanente, por meio de abordagem pedagógica que considera os atores protagonistas do seu processo de aprendizagem. É preconizada a utilização de estratégias de ensino que promovam o aprendizado interdisciplinar e o cuidado integral. Com a finalidade formativa, recomenda-se a integração das equipes promovendo a construção de habilidades; a integração dos programas de residências com demais níveis de formação profissional; e recomenda-se ainda a articulação entre residência multiprofissional e médica. O processo formativo deve ser avaliado periodicamente, visando à formação crítico-reflexiva.

A construção dos programas deve seguir a temática relacionada à composição das Câmaras Técnicas que integram a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), sendo necessária a delimitação da área de

concentração e suas diretrizes específicas por programa. Essa seleção temática é necessária para a organização dos eixos teóricos, teórico-práticos e práticos (CNRMS, 2012).

A área de concentração de um programa é compreendida como a delimitação de um campo específico no âmbito da atenção e gestão do SUS, representa a base que organiza a formação técnica dos profissionais de saúde. As atividades dos programas devem estar organizadas a partir dos seguintes eixos: (1) transversal de saberes, que representa o conhecimento comum a todos; (2) por área de concentração, que abrange a temática específica do programa; e (3) por área profissional, que corresponde aos saberes de cada profissão em relação à área de concentração e identidade profissional (CNRMS, 2012).

Observa-se que a construção de atividades teóricas, teórico-prática e práticas seguem uma organização que abrange as necessidades formativas comuns a todas as profissões e também às necessidades específicas por área profissional. A atuação conjunta proporciona melhora na comunicação, no planejamento das ações de cuidado e na articulação com outros serviços. O encontro com as equipes e o planejamento de projetos terapêuticos possibilitam aos residentes que descubram e reconheçam seus conhecimentos específicos e suas limitações. Este encontro também potencializa o aprendizado sobre as demais profissões e amplia as possibilidades de atuação compartilhada (SILVA, 2018; CASANOVA et al., 2015; DINIZ; LOPES, 2016; ONOCKO-CAMPOS et al., 2019).

É possível destacar que os eixos norteadores na proposição de programa de residência multiprofissional e modelo de ensino propostos estão alinhados às diretrizes do SUS e aos objetivos e princípios de funcionamento da RAPS. Observa-se que a construção das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas seguem uma organização na qual é possível abranger as necessidades formativas comuns a todas as profissões e às necessidades específicas por área profissional.

É possível destacar alguns desafios no desenvolvimento e na manutenção dos programas de residência. Observa-se que existe um movimento, dentro de algumas equipes, para transformar os residentes em recursos humanos que substituam as

lacunas profissionais nos serviços. Esse movimento compromete a qualidade da formação dos residentes (DINIZ; LOPES, 2016). A carga horária da residência é apontada como aspecto negativo da formação, e Silva (2018) identifica como exploração e precarização da força de trabalho as 60 horas semanais que o residente deve cumprir por dois anos.

Dúvidas sobre os papéis de preceptor e tutor são identificadas, assim como a baixa integração entre eles, o que repercute no desempenho das atividades pedagógicas. Somado a isso, nota-se que os profissionais envolvidos nas atividades pedagógicas têm pouca capacitação na área de ensino. O aumento de carga horária de trabalho com a inserção dos residentes nos serviços, sem ajuste na remuneração ou na carga de trabalho, é outro desafio identificado. Diante desse contexto, a manutenção da participação desses profissionais se apresenta como desafio (MARTINS et al., 2016).

Por fim, o projeto de uma residência multiprofissional oferece formação que se dá “pelo e para o trabalho em saúde” (Silva, p.207, 2018) o que lhe confere grande potencial formativo, e, ao mesmo tempo, se coloca como desafio, pois está suscetível ao contexto histórico, social e político, em especial, aos atravessamentos políticos que atualmente impactam a política de atenção à população e a gestão da saúde (SILVA, 2018; MARTINS et al., 2016).

1.3 Caracterização do programa de residência multiprofissional em saúde mental com ênfase em dependência química

A proposição do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química se justifica pela necessidade de formação profissional qualificada nessa área somada à relevância social do conjunto de problemáticas vinculadas ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas.

A organização do programa foi possível e tem sua ancoragem na expertise técnica e política desenvolvida pelo Grupo de Estudos Interdisciplinar em Álcool e Outras Drogas (GREA) do Departamento de Psiquiatria, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Em 2013, ano de criação do Programa, o GREA desenvolvia projetos ligados

ao fortalecimento da Política Nacional de Drogas em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Dentre outros projetos, destaca-se a realização do curso de abrangência nacional “Integração de Competências no Desempenho da Atividade Judiciária com Usuários e Dependentes de Drogas”, para aplicação da Lei 11.343/06, e o I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras.

A parceria também resultou no compromisso com os processos de formação para profissionais da saúde para atuarem no SUS. E essa foi uma das motivações para a proposição do programa de residência. Desde então, o programa é desenvolvido por meio da cooperação entre os Departamentos de Psiquiatria e de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina na USP. Atualmente o programa é coordenado pela docente do curso de Terapia Ocupacional, Profa. Dra. Elisabete Ferreira Mângia, tendo como vice-coordenador o professor do Departamento de Psiquiatria, Dr. Arthur Guerra de Andrade.

A cada ano são oferecidas oito vagas – duas para enfermagem; duas para psicologia; duas para serviço social e duas para terapia ocupacional – por meio de processo seletivo unificado, do qual participam todos os programas vinculados à Comissão das Residências Multiprofissionais da Universidade de São Paulo (COREMU-USP).

O cotidiano do programa é desenvolvido por equipe de colaboradores que apresentam diferentes competências no âmbito da assistência, gestão e educação na Saúde. Ao todo são 51 profissionais distribuídos nas funções de coordenação, docentes da Universidade e especialistas, preceptores e tutores (Caracterização Acadêmica do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com ênfase em Dependência Química, 2019).

Os cenários de práticas do programa foram modificados ao longo dos anos. A caracterização atual dos campos de prática é resultado de convênios firmados com serviços de saúde do município de São Paulo e com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Os residentes se inserem e desenvolvem suas atividades práticas

em três cenários: Instituto de Psiquiatria, Unidade Básica de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas.

No Instituto de Psiquiatria (IPq), os residentes realizam suas atividades no serviço ambulatorial especializado em álcool e drogas e na atenção hospitalar em regime de internação na Enfermaria de Controle do Transtorno do Impulso (ECIM) e no Serviço Ambulatorial Noturno de Cuidado em Álcool e Outras Drogas (ANCAD). Na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Lapa, o foco da prática está nas ações desenvolvidas pelo Consultório na Rua, e os outros campos são os dois Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) III Brasilândia e CAPS AD II Pirituba. No primeiro ano da residência, os residentes desenvolvem estágios no IPq e Consultório na Rua e, no segundo, a realização das atividades está centrada na atenção especializada, nos CAPS AD.

Até o momento, o Programa formou 26 profissionais especialistas em saúde mental com ênfase em dependência química. Desses, sete são assistentes sociais, dez são psicólogos, seis enfermeiros e três terapeutas ocupacionais.

1.4 Interesse pelo estudo

O interesse sobre o tema está relacionado à vivência profissional da pesquisadora no âmbito da Educação em Saúde e sua participação na implementação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química no serviço ambulatorial especializado em Álcool e Drogas do qual faz parte e atua também como preceptora e tutora da área da psicologia.

A inserção do programa de residência nesse serviço mobilizou processos de transformação da atenção que, até então, era centrada no modelo médico. Com a inserção de uma equipe composta de várias profissões da saúde, a prática de cuidado começou a mudar. A partir de questionamentos e discussões, pequenas mudanças passaram a ocorrer no serviço, por exemplo: a possibilidade de diálogo entre os profissionais; as discussões sobre as práticas no SUS e seus norteadores; o debate sobre a Política de Saúde Mental e de Cuidado aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, e, por

consequência as práticas de cuidado realizadas e o alinhamento com as políticas vigentes.

Outra experiência que contribuiu para o interesse pela pesquisa foi a participação no curso de *Capacitação em Metodologias Ativas para Profissionais da Saúde*, promovido pela parceria entre SENAD e GREa, em 2015. Compreender os modelos de ensino-aprendizagem e ampliar o conhecimento na direção da aprendizagem significativa, problematização e aprendizagem baseada em problemas, contribuiu para a atenção e o cuidado empregado na formação dos profissionais que compunham o serviço.

Assim, o interesse pelo tema foi construído e, desde a implantação do programa, foi possível acompanhar aspectos do percurso formativo dos residentes e demais profissionais da saúde que buscam capacitação por meio da educação pelo trabalho. Acredita-se que o objeto de estudo tenha relevância para os programas de residência multiprofissional, saúde mental e álcool e outras drogas e para a área da educação interprofissional.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer o processo de implantação, as características e o desenvolvimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química, com enfoque na construção dos processos de aprendizagem pautados pela Educação Interprofissional Colaborativa.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar o Projeto Político Pedagógico (PPP) da residência multiprofissional, sua metodologia e seus instrumentos.
- Conhecer a percepção de preceptores, docentes e coordenadores do programa de residência acerca do desenvolvimento de suas atividades.
- Conhecer a percepção dos residentes do programa, considerando suas expectativas e seu processo formativo.
- Conhecer a percepção dos egressos, considerando os resultados da formação no programa.
- Identificar pontos positivos e obstáculos do programa de residência, tendo em vista sua continuidade.

3 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA

Os movimentos relacionados a Educação Interprofissional (EIP) começaram nos anos de 1960, na Inglaterra, no contexto da organização da Política de Saúde Comunitária. Essa mudança provocou a reorganização nos serviços, no cuidado e na capacitação dos profissionais da saúde para atuarem nesse novo contexto (BARR, 1988).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou a existência de uma crise de recursos humanos na saúde devido à carência de profissionais para o trabalho. Como solução para aumentar a mão de obra sugeriu de estratégias inovadoras de ensino com ênfase na colaboração interprofissional (OMS, 2010).

A Educação Interprofissional (EIP) pode ser considerada como uma estratégia de ensino que favorece a colaboração interprofissional (OMS, 2010), e ocorre quando duas ou mais profissões interagem entre si, o que resulta no reconhecimento do saber específico e também na formulação de novos saberes a partir dessa interação. O objetivo dessa estratégia é desenvolver a força de trabalho, melhorar a colaboração entre os profissionais, fortalecer os sistemas de saúde, melhorar os resultados e a qualidade do cuidado e aumentar a satisfação dos usuários (CAIPE, 2002; REEVES, 2016).

A Educação Interprofissional (EIP) se tornou prioridade para os educadores, e serviços de saúde, pois visa ao aprimoramento das competências que favorecem o trabalho em equipe, a colaboração e a melhora da prestação de serviços entregues à população. Esse tipo de educação favorece a aquisição de habilidades e conhecimentos para o trabalho em equipe como a cooperação, comunicação e a colaboração entre os profissionais (REEVES, 2016).

Segundo Barr e Low (2011), os princípios que orientam a EIP devem estar focados em valores, em componentes processuais e nos resultados esperados. Os valores descritos são orientados por: foco nas necessidades individuais, familiares e comunitárias, para melhorar a qualidade de vida e os desfechos no cuidado à saúde; oferta de oportunidades iguais de aprendizagem e trabalho para todos, independentemente de profissão ou *status*; respeito às diversidades individuais;

utilização de inovações e formas diferentes de contribuição com a prática alinhada às evidências científicas; fortalecimento da identidade profissional; e disseminação dos valores da educação interprofissional, mesmo em contextos uni ou multiprofissionais.

Os componentes processuais relacionados à implantação e manutenção da EIP são compreendidos como um *continuum* e estão relacionados: ao aprendizado profissional abrangente, da atenção e até gestão; e à participação de todos (estudantes, docentes, supervisores e coordenação) ao longo do processo de aprendizado e nas etapas de planejamento e avaliação. A EIP favorece a revisão de políticas e ações a partir de experiências e evidências científicas considerando as diferentes perspectivas profissionais (BARR; LOW, 2011).

Na implantação e no desenvolvimento da EIP, é fundamental buscar: o objetivo comum e o respeito entre todos, reforçando e favorecendo a prática colaborativa; integrar as formas de aprendizado nos diferentes contextos e campos de trabalho e ensino; promover momentos teóricos articulados com a prática e com evidência científica; adotar critérios consistentes de avaliação para todas as profissões. E, por fim, é fundamental envolver usuários dos serviços no planejamento e desenvolvimento dos processos de aprendizagem (BARR; LOW, 2011).

Os resultados esperados da EIP são: melhora na capacidade de se relacionar interprofissionalmente, fortalecendo as capacidades colaborativas, as práticas compartilhadas entre as profissões e a complementariedade entre elas; possibilidade de mudanças nas ações, nos serviços, além da melhora dos desfechos para os indivíduos, família e comunidade, uma vez que o serviço e a equipe respondem melhor às necessidades da população; disseminação da educação interprofissional de várias formas possíveis, através de conferência, trocas de experiência e pesquisas (BARR; LOW, 2011).

Tais resultados são identificados em diferentes níveis de ensino, tais como graduação, pós-graduação, residências, aprimoramentos e outros (Reeves et al., 2010; REEVES et al., 2011; OMS, 2010). A EIP tem um reflexo positivo nas atitudes dos profissionais, nas habilidades, nos comportamentos e na aquisição de conhecimento daqueles que recebem esse tipo de formação. É por afetar positivamente a prática dos

profissionais e suas interações que essa estratégia pedagógica melhora os desfechos clínicos em todas as áreas da saúde.

Em estudo que utilizou a EIP em um serviço para pacientes diabéticos e outro com transtornos mentais, Reeves et al. (2013) concluíram que a EIP qualificou a oferta de cuidado, pois melhorou a comunicação com o paciente, aumentou a colaboração para o trabalho em equipe e o compartilhamento de informações, diminuiu a chance de erros e aumentou a satisfação do paciente.

Reeves (2016) aponta alguns fatores que podem interferir na aprendizagem, como vontade de participar de intervenções interprofissionais, preconceitos, estereótipos e hierarquia no serviço e entre profissões, gênero, idade, experiência de trabalho e profissional, que podem ter impacto negativo nos desfechos da educação interprofissional. Dessa forma, é importante a qualificação e formação do facilitador para desenvolver a EIP, e é necessário também criar condições favoráveis para sua aplicação, como ambiente estimulante e de confiança.

Os resultados da EIP são avaliados a partir do modelo de Kirkpatrick (HAMMICK et al., 2009), que considera os seis níveis de resultados:

- 1- reação: corresponde à percepção dos estudantes sobre a experiência de aprendizado, considerando organização, apresentação, conteúdo, métodos de ensino e aspectos institucionais;
- 2- modificação de percepção/atitude: considera as mudanças nas atitudes dos estudantes em relação ao grupo, ao paciente, ao tratamento e ao cuidado;
- 3- aquisição de conhecimento e habilidades: considera o ganho de conhecimento relacionado a conceitos principais, procedimentos e princípios da colaboração interprofissional. Sobre as habilidades, o ganho está na capacidade de reflexão, pensamento e resolução de problemas, habilidades sociais relacionadas à colaboração;
- 4- mudança comportamental: está relacionada ao conhecimento adquirido e à identificação de mudanças no serviço e na prática profissional;

- 5- mudança na prática organizacional: está relacionada à possibilidade de realizar mudanças maiores na organização que são atribuíveis à Educação Interprofissional e mudanças na oferta de cuidado; e
- 6- benefícios a pacientes/clientes: a melhora nos cuidados em saúde e no bem-estar do paciente.

A EIP é embasada por três abordagens teóricas: capital social, construtivismo social e perspectiva sociológica (HEAN et al., 2012). Embora conhecer as abordagens seja importante, pois algumas teorias podem embasar melhor o campo da educação interprofissional enquanto outras, o campo da prática interprofissional, conclui-se que não há apenas uma única orientação teórica suficiente para embasar a diversidade e heterogeneidade dos processos de aprendizagem e interações profissionais.

As intervenções e os recursos metodológicos utilizados na EIP são: seminários, workshops, cursos, simulação, trabalhos de campo, discussão de casos e imersões. Sobre a prática interprofissional, ocorre predominantemente nos cenários do cuidado em saúde, nos serviços e equipamentos da saúde e envolve *checklist* interprofissional, encontros e reuniões, ferramentas de comunicação e formulários. EIP é uma intervenção e não um resultado de uma prática (REEVES, 2011).

A Educação Interprofissional é considerada uma intervenção pedagógica, estabelecida e fundamentada no âmbito internacional e nacional. No Brasil,

(...) a EIP tem um significado muito peculiar, além dos já trazidos por Reeves. A história de construção e consolidação do SUS é marcada pelo debate sobre integralidade, necessidades sociais e de saúde, com relevantes contribuições teóricas em torno da compreensão de trabalho em saúde, eminentemente coletivo. Nessa direção a EIP, em suas bases teóricas e metodológicas, complementam e fortalecem os ideários do SUS e fornece subsídios para a construção de um projeto novo de sociedade, a partir da concepção ampliada de saúde (COSTA, p. 197, 2018)

É nesse contexto da consolidação do SUS, da concepção biopsicossocial do processo de saúde-doença, da integralidade, do trabalho em equipe e em rede que se reconhece que o “SUS é interprofissional” (PEDUZZI, 2016) e que a EIP é necessária para efetivar as mudanças no modelo de atenção e melhorar a qualidade do cuidado.

O Brasil vem promovendo iniciativas, que favorecem a formação interprofissional, as mudanças na graduação e na pós-graduação são espaços potentes para o desenvolvido da EIP (BASTISTA, 2012).

Notou-se aumento das iniciativas nos anos de 2016 e 2017, a partir do chamamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Estados Membros incentivarem e promoverem iniciativas interprofissionais. No mesmo ano, o Ministério da Saúde formulou o Plano de Ação para implementação da Educação Interprofissional no Brasil.

Em 2017 foi instituída a Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas (REIP), com a coordenação de Argentina, Brasil e Chile. O objetivo da Rede é promover articulação e colaboração técnica entre Ministérios da Educação e Saúde e entre as instituições de ensino para promover a EIP e práticas colaborativas nas Américas (REIP, 2017).

De 2017 a 2018 os objetivos foram de identificar: (1) pessoas e organizações que tinham interesse pelo tema ou que já vinham desenvolvendo atividades relacionadas a EIP; e (2) desafios e facilidades para a implementação. De 2018 a 2019, os objetivos são: realizar o lançamento da EIP na 2ª Reunião Técnica Regional; promover ações para divulgar a temática em nível regional; divulgar projetos, propostas e ações pela internet; organizar um evento anual de EIP e Práticas Colaborativas; elaborar critérios para acreditação de universidades e outras organizações que priorizem a EIP; articular os sistemas envolvidos para promover a prática colaborativa; divulgar conteúdo e tema EIP na educação permanente das equipes de saúde; e incorporar técnicas inovadoras que favorecem a EIP.

Relatório emitido pela REIP (2018) afirmou que os países membros reconhecem que a Educação Interprofissional contribui para a atenção à saúde e para a organização da assistência à saúde centrada nas necessidades do indivíduo. O relatório apontou que 60% das metas foram concluídas, principalmente as ações de inclusão da EIP nos cursos de graduação. O relatório também menciona o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), com o objetivo de promover a formação interprofissional nas graduações em Saúde, assim como integrar ensino-serviço-comunidade, fortalecimento do SUS e capacitação de docentes.

A literatura nacional sugere que a EIP é uma estratégia que proporciona interação e aprendizagem que provoca melhora na comunicação entre os profissionais de saúde,

o que contribui para conhecer as demais profissões e suas práticas específicas. A interação aumenta o respeito entre os profissionais por meio do conhecimento e reconhecimento do papel do outro e suas atribuições e responsabilidades para o cuidado compartilhado e centralidade do cuidado no usuário (SILVA et al., 2015).

D'Amour et al. (2005) afirmam que há uma interdependência entre o conceito de Educação Interprofissional e de Práticas Colaborativas. Para a OMS (2010), colaboração está relacionada à troca/interação entre indivíduos com experiências e habilidades profissionais diferentes que interagem com o objetivo de criar uma compreensão compartilhada e que, separada, não seria possível. A partir dessa interação constante dos profissionais que é possível promover cuidado integral qualificando a atenção à saúde e os serviços da rede. Por meio da Educação Interprofissional é possível promover a compreensão e o aprendizado prático sobre o que é colaboração na assistência à saúde (COSTA et al., 2018).

A prática colaborativa é compreendida como realização da colaboração e do cuidado compartilhado pela equipe de saúde de maneira integrada, interprofissional, articulada em suas ações, responsabilidades, promovendo a centralidade no usuário (Costa et al., 2018). Envolve duas competências; a primeira é a atenção centrada ao usuário e a segunda é a comunicação interprofissional. Essas competências têm relação direta com o desenvolvimento do trabalho em equipe, resolução de conflitos, reconhecimento dos papéis profissionais e liderança colaborativa. A comunicação, o respeito mútuo e o reconhecimento dos saberes entre as profissões representam os elementos da prática colaborativa (Peduzzi, 2018). Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) inclui o respeito, a confiança, a tomada de decisão compartilhada e a parceria como elementos da prática colaborativa (CICH, 2010).

É possível elencar os resultados da prática colaborativa, como: valorização dos profissionais no seu espaço de trabalho, ante usuários, família e comunidade; favorecimento da construção de competências comuns às profissões de saúde; ampliação da atuação e prática profissional favorecendo o cuidado ofertado às complexas necessidades de saúde (OMS, 2010).

Para Alcantara et al. (2015), as práticas colaborativas favorecem o cuidado mais humanizado, melhoram custo efetividade, eficiência e eficácia nas ações de saúde, fortalecem a RAS. Mediante o reconhecimento da interdependência e responsabilidade dos profissionais, também promovem segurança nas ações, qualidade na atenção aos usuários, família e comunidade, satisfação dos usuários e da equipe e cuidado integral, seguindo os pressupostos do SUS.

Os desafios ainda são grandes na realização da prática interprofissional colaborativa, como o déficit de profissionais nos serviços, falta de repasse de verba para saúde, descontinuidade de programas e serviços da RAS. Ainda, predomínio da formação uniprofissional e do modelo biomédico e relações hierárquicas desfavorecem o trabalho em equipe (OMS, 2010; PEDUZZI, 2016). Silva et al. (2015) apontam divergências de grades curriculares de cursos de saúde, barreiras para articular ensino-serviço, estrutura de universidades compartimentalizada, o que cria dificuldade para articulação entre departamentos, falta de apoio institucional para implementação de iniciativas que promovam a educação interprofissional colaborativa.

Para Peduzzi (2016), o Brasil avançou no que diz respeito ao trabalho em equipe e da prática interprofissional, todavia ainda está aquém do que é preconizado pelas organizações internacionais. É necessário avançar com relação à participação dos atores sociais, das organizações sociais, instituições de ensino e das instâncias federais para efetivar uma mudança de paradigma que sustente a mudança na forma de ensinar e aprender.

Diante do exposto, a Educação Interprofissional e as práticas interprofissionais colaborativas são compromissos assumidos com a formação dos profissionais da saúde em diferentes níveis da formação, “no qual o trabalho em equipe, a discussão dos papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão são características marcantes” (BATISTA, 2012, p.26). As Residências Multiprofissionais em Saúde também representam esse compromisso formativo interprofissional e compartilham objetivos semelhantes, como o fortalecimento da RAS, o cuidado integral e a centralidade no usuário e o trabalho em equipe (BRASIL, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 Aspectos éticos

A presente pesquisa é subprojeto de um projeto maior intitulado “Atenção Psicossocial em Saúde Mental – Álcool e Drogas: desafios na construção de estratégias assistenciais para o trabalho interprofissional”, submetido antes do início da coleta de dados à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Após a aprovação do processo CAAE 46268215.4.0000.0068 e parecer 2.594.780 (Anexo 1), iniciou-se a coleta de dados. Todos os participantes foram orientados sobre os aspectos éticos e objetivos da pesquisa. Os participantes leram e concordaram com a entrevista assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo 2).

4.2 Pesquisa qualitativa

A pesquisa qualitativa visa a compreender os fenômenos no *setting* em que ocorrem. É um método utilizado nas Ciências Humanas e está relacionado à compreensão da dinâmica dos seres humanos e sua subjetividade (TOURATO, 2005). O foco da pesquisa qualitativa está no desenvolvimento do processo, na investigação sobre o sentido e significado atribuídos pelos indivíduos ou pelo coletivo a um determinado fenômeno que se pretende estudar. Devido à complexidade e à subjetividade que podem envolver o processo de pesquisa, fazem-se necessários planejamento e descrição detalhada das etapas do seu desenvolvimento (TOURATO, 2005; TEIXEIRA, 2015).

Para Pope e Mays (2009), na pesquisa qualitativa, a mensuração dos dados está relacionada a taxonomia ou classificação dos significados e sentidos que os indivíduos atribuem às suas experiências. É comum nas pesquisas qualitativas a utilização de métodos de observação direta, entrevistas, análise de textos ou documentos, análise de

discurso ou comportamentos. Os dados coletados por esses métodos podem ser tratados de diferentes formas, baseados em diferentes perspectivas teóricas.

Diante do exposto, a presente pesquisa é qualitativa, de caráter exploratório, com características descritivas, relacionada à saúde e à educação e utiliza entrevistas semiestruturadas e documentos para coleta dados. A escolha da estratégia de coleta de dados está relacionada aos objetivos geral e específicos da pesquisa.

Para a análise de dados obtidos, o método adotado é a análise documental e de conteúdo proposta por Bardin (2016), que descreve que análise documental é uma ação ou um conjunto de ações que tem por finalidade apresentar o conteúdo de um documento diferente do seu formato original. Bardin (2016, p.48) define análise de conteúdo como:

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

4.3 Coleta de dados

Foram utilizadas duas estratégias de coleta de dados: a primeira parte da coleta foi realizada por meio da leitura e análise do Projeto Político Pedagógico (PPP) e os demais instrumentos utilizados no programa. A seleção desses documentos está relacionada à relevância para organização, implantação, desenvolvimento e manutenção do programa de residência. Todas as Instituições de Ensino Superior (IES) que desejarem implantar programas de residência multiprofissional em saúde devem submeter um PPP ao MEC, CNRMS e COREMU. Dessa forma, o PPP analisado foi aprovado pelos órgãos competentes.

Os demais instrumentos compilados (contrato didático, avaliação processual de desempenho, planilha de produtividade, base avaliativa para trabalhos escritos e de conclusão da residência, grade de disciplinas do programa) também foram analisados.

A segunda forma de coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas. A seleção dos entrevistados foi intencional. Eles foram indicados pelos membros da

coordenação do programa, considerando suas vivências históricas, contato, envolvimento e atuação no programa.

Para a realização das entrevistas, foi elaborado um roteiro semiestruturado de acordo com a categoria dos entrevistados e alinhado aos objetivos gerais e específicos da pesquisa (Anexos de 4 a 7).

Após a elaboração do roteiro de entrevista, os participantes eram contatados por e-mail e/ou WhatsApp. Nesse contato, o projeto era apresentado por meio de um breve resumo escrito e enviado por e-mail. Após aceite do entrevistado, uma data de sua conveniência era agendada. No momento da entrevista, a pesquisadora apresentava a pesquisa, o roteiro e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a leitura dos documentos e esclarecimentos de eventuais dúvidas, a pesquisadora pedia autorização para iniciar a gravação.

Uma vez iniciada a gravação, a pesquisadora não interrompia a fala e o pensamento do entrevistado. Com essa atitude, buscou-se favorecer o livre relato dos entrevistados.

Foram realizadas 23 entrevistas no mês de julho de 2019. Dessas, sete foram realizadas com residentes de primeiro e segundo ano; quatro e três, respectivamente, cinco egressos, quatro preceptores, quatro docentes e três membros da coordenação. As entrevistas foram transcritas na íntegra e perfazem nove horas de áudio. Após a transcrição, as entrevistas foram enviadas por e-mail para validação dos entrevistados. A análise dos dados foi realizada apenas posterior à validação.

4.4 Análise dos dados

Para Bardin (2016, p.51), “A análise documental permite passar um documento primário (bruto) para um documento secundário (representação do primeiro)”. A análise documental consistiu em leitura flutuante dos documentos compilados, seguida de leitura em profundidade, baseadas nos objetivos gerais e específicos da pesquisa. A leitura em profundidade considerou a estrutura e o conteúdo de cada documento utilizado no

programa de residência. A descrição geral e a análise dos dados serão apresentadas na próxima seção 5.

A análise dos conteúdos da entrevista seguiu etapas da análise temática de conteúdo, respeitando as características do material coletado e os objetivos da pesquisa.

Após a transcrição e validação do material, foi realizada uma pré-análise por meio de leitura flutuante. Em seguida, foi realizada leitura em profundidade para identificação dos conteúdos temáticos emergentes nas entrevistas, o que representa a codificação. Para Bardin (2016), a codificação é a forma de tratar os dados e de transformá-los, pode se dar por recorte, enumeração e agregação.

A segunda etapa corresponde à classificação dos temas frequentes e reagrupamento dos conteúdos por categoria temática (BARDIN, 2016). Esse processo se deu a partir das temáticas que emergiram livremente nas entrevistas e dos temas suscitados pelo roteiro de entrevista semiestruturado. As categorias temáticas foram divididas por categoria de entrevistado.

Para egressos, as categorias temáticas foram: percepção sobre a experiência formativa e resultados do programa; percurso profissional após a conclusão do programa e obstáculos na manutenção do programa e pontos positivos relacionados ao desenvolvimento do programa.

As categorias temáticas identificadas na entrevistas dos residentes foram: percepção sobre atuação nos cenários de prática e as atividades desenvolvidas; percepção sobre a formação teórica e a teórico-prática; relação com os demais residentes no contexto das atividades propostas; percepção sobre a proposta formativa desenvolvida no programa; expectativas atuais em relação ao percurso formativo e obstáculos no desenvolvimento do programa e pontos positivos para sua manutenção.

Na categorização temática dos preceptores, observaram-se quatro temas relacionados a: inserção e atividades desenvolvidas; caracterização do trabalho com os residentes; percepção do processo formativo do residente; percepção sobre a proposta formativa do programa.

Os docentes apresentam cinco categorias temáticas: inserção no programa e atividades desenvolvidas; caracterização do trabalho com os residentes; percepção sobre o percurso formativo do residente; percepção sobre a proposta formativa do programa e obstáculos na sua manutenção; e pontos positivos do programa.

A coordenação apresentou quatro categorias temáticas: inserção e atividades desenvolvidas no programa; percepção sobre o projeto político pedagógico; situação atual com relação às metas iniciais e obstáculos no desenvolvimento do PPP; e perspectivas de continuidade. A categorização temática de todos os entrevistados é semelhante aos temas abordados no roteiro de entrevista.

Após a categorização temática, os resultados foram selecionados e sintetizados de acordo com as categorias para posterior interpretação dos resultados. Os resultados serão apresentados próxima seção 5 e a interpretação deles, na seção 6. Discussão.

4.5 O lugar de pesquisador

Na área da saúde e da educação, a total neutralidade é ilusão, como afirma Marques (2016). Mesmo que o pesquisador não faça parte daquele contexto, apenas a sua presença para coletar dados já interferiu na dinâmica do serviço de saúde ou de sala de aula.

Teixeira (2015) e Tourato (2005) compreendem que o pesquisador é elemento essencial no processo de investigação de um fenômeno e ele, frequentemente, já interagiu ou viveu alguma experiência relacionada àquilo que se pretende estudar. Dessa forma, toda pesquisa se inicia a partir de interesse ou inquietação vivido pelo pesquisador.

Marques (2016) afirma que é necessário sistematizar a metodologia de pesquisa,

de forma que o pesquisador possa utilizar a sua prévia experiência no lócus de pesquisa não como um fator que vai comprometer a “neutralidade”, mas sim como um fator que o ajudará a apreender melhor o ambiente da pesquisa e seus sujeitos (p.265).

Foi necessário refletir sobre o lugar de observadora participante em relação à atuação no serviço e na relação com os atores envolvidos no programa antes da coleta de dados. No primeiro contato, por e-mail ou telefone, um breve resumo da pesquisa era enviado. Após aceite dos colaboradores, no momento da realização da entrevista, juntamente ao roteiro, foi anexada apresentação da pesquisa, com a finalidade de esclarecer seus objetivos e diminuir interferências.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com os objetivos geral e específicos da pesquisa.

Para a análise documental, foram compilados e analisados o conjunto de documentos-base que orientam a organização do programa: Projeto Político Pedagógico; contrato didático e seus anexos (Regimento do Programa de Residência Multiprofissional da Faculdade de Medicina da USP, Avaliação processual de desempenho, Planilha de produtividade mensal do residente e Roteiro para relatório de campo); teste de progresso; base para correção de trabalhos; e critérios para avaliação de trabalhos monográficos.

Foi possível identificar a base teórica e normativa que sustenta a estrutura do programa, mostrou a relevância e a função da atribuição de responsabilidades entre os atores envolvidos (coordenação, docente, preceptor, tutor e residente) e sua função de orientador de práticas pedagógicas do programa que serão exploradas adiante.

As entrevistas foram realizadas com o objetivo de conhecer a percepção de egressos, residentes, docentes, preceptores e coordenação sobre o programa, considerando as atividades realizadas, expectativas sobre o processo formativo, os resultados da formação e a identificação de pontos positivos e obstáculos tendo em vista sua continuidade.

A seguir, os resultados obtidos pela (5.1) análise documental e por meio das (5.2) entrevistas.

5.1 Análise documental

O Projeto Político Pedagógico (PPP) da Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química foi aprovado no ano de 2012 para início da primeira turma em março de 2013. Elaborado em acordo com as orientações dos Ministérios da Saúde e Educação e da Comissão Nacional de Residência

Multiprofissional em Saúde (CNRMS), sofreu ajustes e adequações ao longo do primeiro ano de implantação em resposta ao primeiro parecer de avaliação recebido pela Câmara Técnica de Saúde Mental. O desenho atual do Projeto Político Pedagógico, que será aqui apresentado, é resultado desse processo.

O projeto da residência assume três objetivos gerais: (1) proporcionar formação crítico-reflexiva capaz de desenvolver competências para prática interprofissional colaborativa, com a valorização das dimensões técnico-científicas e ético-humanistas, considerando o cuidado à população em uso de álcool e outras drogas; (2) potencializar ações de integração ensino, serviço, gestão e comunidade, fortalecendo uma rede de produção pedagógica; e, por fim, (3) estimular a disseminação de produção científica no campo de cuidado e reinserção psicossocial de usuários de álcool e outras drogas.

O projeto destaca o trabalho interprofissional colaborativo como eixo principal da formação. E se propõe a desenvolver dimensões relacionadas a este eixo, que são: comunicação, cuidado, papel profissional, funcionamento da equipe, liderança colaborativa, mediação de conflitos, gestão e educação permanente.

Alinhado aos objetivos do programa, a proposta metodológica e o embasamento teórico são sustentados pelas políticas relacionadas à área de concentração do programa (Política de Saúde Mental e Política Nacional de Álcool e Drogas), pelas diretrizes do SUS e da RAPS e pela Política Nacional de Educação Permanente (Projeto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química, 2013).

A matriz curricular preconiza que as atividades teóricas e teórico-práticas sejam desenvolvidas por meio de grupos tutoriais e seminários. As estratégias pedagógicas propostas incluem o processamento de situações-problema, narrativas e casos clínicos a partir das vivências e experiências nos campos de prática. Outros recursos pedagógicos também são utilizados, como: aulas expositivas e dialogadas; rodas de conversa; oficinas e workshops temáticos; atividades supervisionadas; construção de portfólios; artigos; mapas conceituais; e trabalhos para eventos científicos.

Em alinhamento aos objetivos do programa e às diretrizes de qualificação profissional para o SUS regulamentadas pelos Ministérios da Educação e Saúde, o

Projeto Político Pedagógico da Residência objetiva que a formação seja centrada na atuação dos profissionais no SUS visando à qualificação das equipes e dos serviços, bem como à prática profissional colaborativa e ao fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para atingir esse objetivo formativo, foi necessário que os residentes atuassem em campos de práticas diversificados na RAPS.

Dessa forma, a pactuação dos cenários de prática da residência com a Secretaria de Estado de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo teve o objetivo de proporcionar atuação nos diferentes componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), enfatizando os serviços de álcool e outras drogas.

Inicialmente, privilegiou-se a região do centro de São Paulo por ser uma região que dispunha de Rede de Atenção Psicossocial bem constituída, organizada e gerenciada. No momento da implantação do programa, a região central do município estava recebendo grandes esforços e incentivos governamentais (do Estado e da Prefeitura) para o equacionamento de questões que envolviam o problema das cracolândias e da concentração de população extremamente vulnerável no território do centro e que demandava cuidados específicos no campo de álcool e drogas.

Desde a implantação do programa, o Instituto de Psiquiatria se constituiu como o espaço para a atuação dos residentes na atenção hospitalar, mais especificamente, na Enfermaria de Comportamentos Impulsivos (ECIM) e em serviço ambulatorial do GREA. O ambulatório do GREA e a ECIM atendem indivíduos com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ambos os tratamentos (ambulatorial ou internação) têm equipe multiprofissional composta de: médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educador físico, técnicos de enfermagem, voluntários da área da saúde, mediação de conflitos, estudantes de graduação e pós-graduação, incluindo residência médica, multiprofissional e uniprofissional. Os dois serviços são campos de prática das residências médica, multiprofissional e uniprofissional, assim como é também campo de formação e parcerias com cursos de especialização e aprimoramentos.

A carga horária do programa segue diretriz regulamentada pela Portaria Interministerial 1.077 (BRASIL, 2009) de 5.760 horas mínimas totais, distribuídas em dois

anos. E 80% da carga horária deve ser destinada às atividades práticas e 20%, às atividades teóricas e teórico-práticas.

A organização dessas atividades obedece às diretrizes da Comissão Nacional das Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS, 2012), que estabelece a divisão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas em eixos. Os eixos correspondem aos conteúdos, que podem ser: (1) transversal e comum a todos; (2) por área de concentração do programa (saúde mental e álcool e drogas); e (3) específico a cada profissão.

A grade curricular do programa (Anexo 3) é composta por 17 disciplinas teórica, teórico-práticas e práticas que seguem a divisão por eixos, conforme descrito acima. Na composição da grade curricular considera-se que os conteúdos relacionados à política de saúde, saúde mental e álcool e drogas, assim como a metodologia científica, estudos dirigidos para o desenvolvimento de trabalhos monográficos e orientação de trabalho monográfico consistem em disciplinas comuns a todas as profissões e representam a base do conhecimento do programa de residência.

As disciplinas relacionadas à especificidade do programa são compostas por seminários e aulas sobre o cuidado em saúde mental e em álcool e drogas; trabalho em equipe; ferramentas para construção de Projeto Terapêutico Singular; modelos e abordagens terapêuticas; trabalho interprofissional; aspectos biopsicossociais relacionados ao uso de substâncias psicoativas; e gestão de redes e serviços de saúde mental e álcool e drogas e drogas e cultura. O conteúdo pertinente ao eixo específico por profissão organizado com base nos temas abordados nas disciplinas da área de concentração do programa. Cada disciplina possui ementa específica, bibliografia básica, carga horária específica. A metodologia de avaliação é condizente com a ementa e os objetivos das disciplinas. O residente, para seguir no programa, precisa ser aprovado em todas as disciplinas do semestre, caso contrário está reprovado.

Por meio da análise da grade curricular do programa de residência, é possível identificar que existe alinhamento entre as atividades teóricas, teórico-práticas e práticas com as concepções políticas que embasam o PPP e as diretrizes pedagógicas, mencionadas anteriormente. Nota-se também que há coerência entre os objetivos do

programa, os conteúdos ofertados e a inserção dos residentes nos campos de prática. Em relação às práticas desenvolvidas pelos residentes, a proposição atual dos cenários de prática se diferencia da inicial. Tal movimento decorreu de mudanças na gestão municipal e que serão apresentadas nos resultados das entrevistas e sua discussão.

A rotina semanal dos residentes é organizada em: a) períodos de estudos, o que inclui as atividades de aulas, seminários multiprofissionais e de área profissional, estudos dirigidos e desenvolvimento de trabalho monográfico, que perfazem, em média, 15 horas semanais; b) atuação nos serviços e desenvolvimento de atividades práticas que constituem a carga horária com extensão de cerca de 40 a 45 horas semanais. Na prática atual do programa, aulas, seminários e períodos de estudo se concentram às segundas-feiras e meio período às quintas-feiras, dessa forma, sendo os demais períodos semanais dedicados aos campos de prática.

Ao início de cada ano letivo em reuniões presenciais, os residentes ingressantes tomam contato com o a proposta do programa, suas normativas e contrato didático. São também compartilhadas orientações sobre as formas de avaliação e instrumentos adotados.

O contrato didático é um instrumento dinâmico, importante durante os dois anos da residência, pois estabelece as diretrizes pactuadas entre residentes, coordenação do programa, corpo docente, tutores e preceptores e que regem as dinâmicas relacionadas a frequência, atrasos, reposições, avaliações, plantões, vestimenta, uso de equipamentos eletrônicos e solicitações de desligamento e afastamento por motivo de saúde.

As bases avaliativas do programa de residência estão alinhadas com a metodologia de ensino e com as diretrizes pedagógicas do projeto. É possível identificar as formas de avaliação e os momentos em que elas acontecem ao longo do programa. As avaliações que acontecem nas aulas, nos campos de prática, na transição do primeiro para o segundo ano e ao final, no Trabalho de Conclusão da Residência (TCR).

Nos campos, existem duas avaliações, uma que ocorre duas vezes por semestre, que é a avaliação processual de desempenho baseada no desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional colaborativo, alinhada ao objetivo do

programa. A segunda avaliação é o relatório final de campo que visa a identificar a percepção do residente sobre sua inserção no campo de prática considerando suas ações, sedimentação do conhecimento adquirido nas aulas e na prática, a articulação desses saberes, autonomia e lacunas de aprendizagem. O preceptor de campo é responsável pelas avaliações e pelo acompanhamento das atividades, frequência e produtividade.

Ao final de cada semestre, todos os envolvidos no processo de aprendizagem, docentes, preceptores e tutores, se reúnem para avaliação global do residente. A devolutiva é realizada sempre em dupla, e o formulário de avaliação processual é preenchido considerando a avaliação de todos. São avaliados o cumprimento do contrato didático, a inserção do residente nos campos de prática, no eixo teórico e teórico-prático. Caso o residente não atinja o desempenho esperado, um plano de melhoria é traçado. O residente participa ativamente do processo de avaliação, trazendo sua reflexão e autoavaliação sobre seu processo e, quando necessário, o plano de melhoria é elaborado em conjunto e com divisão de responsabilidades entre todos. Somado a isso, para a passagem do primeiro para o segundo ano do programa, é realizado o teste de progresso, que consiste em avaliação do conhecimento adquirido no semestre, incluindo as disciplinas teóricas, teórico-prática e o aprendizado obtido no campo de prática.

O caráter somativo também está presente nas avaliações dos residentes. As notas acompanham o processo formativo, uma vez que, ao fim de cada semestre, é necessária atribuição de notas baseadas no desempenho nas disciplinas e seminários, que devem estar atualizadas no Apolo. A CNRMS estabelece que a nota final mínima para aprovação é 70,0 (de 0 a 100), e a frequência mínima exigida é 85% das atividades teóricas e 100% de prática. Ao final, o residente deverá apresentar individualmente trabalho monográfico, que pode ser uma revisão bibliográfica ou projeto de pesquisa e artigo científico. Será apresentado à banca examinadora e nota mínima para aprovação é 70,0.

A base metodológica do programa e a avaliação formativa dos residentes permitem também que o corpo docente e os demais envolvidos (coordenação, preceptores e tutores) avaliem suas práticas pedagógicas e habilidades didáticas ao

longo do processo, reafirmando a característica dinâmica do processo formativo e a possibilidade de revisão de suas práticas.

Ao fim do programa, é esperado que o egresso tenha adquirido competências para atuar na assistência à saúde de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, na RAPS, em alinhamento à Política de Saúde Mental, e que sua prática seja sustentada no trabalho interprofissional. Espera-se que o profissional seja técnico, político, ético, humanista, crítico e reflexivo, capaz de atuar de forma interprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar.

O PPP atende às exigências normativas descritas nas portarias interministeriais 2.117/05, 1.077/09 e 16/14 com relação às características do programa e necessidades locais para inserção do programa nas áreas prioritárias da rede de atenção à saúde. Segue a regulamentação quanto ao cumprimento da estrutura dos programas: duração do programa, carga horária semanal, regime de dedicação exclusiva, especialização caracterizada pelo ensino em serviço, número de vagas e abrange quatro profissões, e o projeto é orientado pelas diretrizes do SUS.

Foi possível notar a coerência entre a base teórica do programa, os objetivos desse tipo de formação, os recursos metodológicos utilizados, matriz curricular, corpo docente e instrumentos de avaliação. Essa coerência é percebida pela relação entre os princípios norteadores da educação permanente na saúde que visa à qualificação dos profissionais da saúde por meio da inserção deles no trabalho, o uso de metodologias ativas e aprendizagem significativa. As bases avaliativas alinhadas aos processos de aprendizagem e ao desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional representam o alinhamento entre base teórica, metodológica e avaliação.

A análise documental, de maneira geral, esclareceu processos, métodos e instrumentos utilizados. Nota-se que os instrumentos foram produzidos pelo programa. E não foram encontrados nas regulamentações modelos de instrumentos avaliativos. A utilização de instrumentos de avaliação alinhados aos objetivos do programa e padronizados confere maior credibilidade, organização e coesão para todos os envolvidos.

5.2. Entrevistas

Os dados serão apresentados seguindo as categorias temáticas estabelecidas e mencionadas anteriormente, respeitando também as categorias dos entrevistados (egresso, residente, preceptor, docente, coordenação). Os entrevistados serão identificados por letras correspondentes a sua categoria e número.

5.2.1 Egresso

Considera-se egresso profissional que concluiu o programa de residência de acordo com os critérios e as normas estabelecidas de avaliação e aprovação. Foram entrevistados cinco egressos que serão identificados como E1, E2, E3, E4, E5. Dos entrevistados, três são homens e têm graduação em Psicologia, e duas são mulheres com graduação em Enfermagem e Serviço Social. Dos cinco egressos entrevistados, um concluiu o programa em 2015, um em 2016, e os outros três entrevistados finalizaram a formação em 2018.

5.2.1.1 Percepção sobre a experiência formativa e os resultados no programa

Todos os egressos avaliam positivamente a experiência formativa proporcionada pelo programa de residência e a descrevem como rica, essencial e intensa. Apontam que o programa de residência contribuiu para a formação profissional qualificada e voltada para a atuação nos serviços do SUS. Afirmam que a qualificação se deu por meio da educação pelo trabalho e pela inserção e possibilidade de atuação nos diferentes campos de prática.

Relatam que os conhecimentos aprendidos ao longo do percurso formativo, considerando os aspectos teóricos e práticos, norteiam suas atuações profissionais, mesmo após a conclusão do programa. Ou seja, é possível perceber que os resultados da experiência formativa se mantêm após a conclusão do programa e são aplicados na prática profissional dos egressos.

Esse processo formativo é muito rico pois, é a base que tenho para o meu trabalho. Eu utilizo todo o conhecimento que foi mais específico na área de AD no meu cotidiano. (...) A residência é minha base para trabalhar, é minha diretriz. Todos os conceitos fazem parte do meu olhar e de quem eu sou profissionalmente (E3).

Os entrevistados descrevem um conjunto de ganhos proporcionados pelo programa: prática dialogada com a teoria; prática com reflexão dos processos de cuidado e de trabalho; melhoria e qualificação dos processos de estudo; capacidade crítica; desenvolvimento de raciocínio clínico; compreensão sobre o que é trabalho interprofissional e em rede; ampliação da atuação clínica para além do núcleo profissional e incentivo ao trabalho em equipe; diálogo com as outras profissões para a construção de ações; conhecimento sobre o funcionamento do SUS e compreensão da abrangência da formação pela residência para todos os envolvidos no processo (residentes, serviços e equipes), segurança para trabalhar e, por fim, base ética para o trabalho.

Essa característica de estarmos o tempo todo fazendo trabalho interprofissional contribuiu para nossa visão da clínica ampliada (...) compreendo realmente o que significa o trabalho interprofissional a partir dessa experiência, que é todos os saberes ali transformando para um resultado, não apenas a soma dos saberes (E2).

Eu diria que a minha experiência formativa (...) nos munuiu de ferramentas para estar no campo como alguém para questionar muitos lugares que já estavam bastante sedimentados, e o quanto que como isso, nós somos capazes de promover mudanças nas perspectivas de serviços. (...) Quando eu entro no programa de residência e vejo o incentivo pesado a essa perspectiva mais crítica (E4).

O programa de residência fortaleceu a visão mais ampliada para a saúde das pessoas, dos processos de trabalho, para organização dos serviços. Acho que os resultados são esses (E5).

Dois egressos comparam sua experiência formativa no programa com a formação na graduação. Eles ressaltam que a formação na graduação foi centrada no indivíduo, em prática uniprofissional e focada na perspectiva clínica. Apontam como ganhos obtidos pela formação no programa a mudança de paradigma com ampliação do olhar para o indivíduo na relação saúde/doença e seus determinantes, nas formas de cuidado abrangendo família e comunidade e o cuidado articulado em rede.

Foi uma experiência extremamente rica, porque cheguei cru. Como toda pessoa que sai da graduação e acha que tem um título e uma profissão formada, também acha que consegue entrar em qualquer equipamento (E4).

Não consigo pensar em cuidado se não for em rede, se não for um cuidado com um olhar para as questões sociais daquela pessoa que eu estou me propondo a cuidar, ou daquela família da qual ela faz parte. (...) foi um processo formativo que deu ferramentas para intervir nos entornos e naquilo que, em geral, não é olhado e não é alvo de intervenções (E4).

O deslocamento de profissionais para os grandes centros na busca de qualificação é um fenômeno comum. A mudança de cidade e até mesmo de Estado acrescentam desafio à experiência formativa. Um dos egressos considera que a entrada no programa de residência acarretou na mudanças de cidade e moradia.

Eu me mudei para São Paulo também, então foi um processo que transcende ao conteúdo acadêmico, de estudo, à experiência profissional. É uma questão que vai para a vida toda (E3).

5.2.1.2 Percurso profissional após a conclusão da residência e permanência na área de álcool e drogas

Após a conclusão do programa, todos os entrevistados relataram ter participado de processos seletivos na área de saúde mental e álcool e drogas. Todavia, as mudanças políticas foram apontadas por uma entrevistada como fator negativo na busca de trabalho na área. Ela relata que as mudanças na gestão das políticas municipais e nacionais de saúde ocorridas nos últimos anos alteraram o cenário vivenciado durante o período da residência, o que resultou em piora na gestão, com impactos na oferta de serviços e de trabalho na RAPS do município.

Quando saí da residência, fiquei um tempo procurando emprego - acredito que há cada vez menos possibilidade de trabalhar no SUS. A psicologia tem uma característica: forma muita gente e abrem-se poucas vagas. Eu fiquei procurando e entrei no programa De Braços Abertos - atualmente se chama o SIAT [Serviço Integrado de Acolhimento Terapêutico] que é o programa Redenção (...) nesse lugar, pude presenciar todas as mudanças da política pública. Antes, o programa De Braços Abertos tinha uma outra característica: ele era formado por cinco secretarias, e atualmente o SIAT, está na saúde, e foi sendo desmantelado no centro (E2).

Dois entrevistados relataram que não conseguiram colocação profissional em serviços de saúde mental, mas sim na assistência social e na docência. É possível notar que todos os entrevistados continuam atuando na especificidade da área de álcool e drogas, mesmo aqueles que estão na assistência social e na docência.

Um egresso relata que, após a conclusão, foi convidado a permanecer no programa de residência como docente/tutor e também foi docente de cursos de especialização promovidos pela parceria GREa/SENAD e, posteriormente, ingressou no mestrado. O egresso percebe que seu percurso está relacionado à docência e ao

processo de formação de profissionais da saúde em cursos que utilizam metodologia ativa e relata que seu interesse foi provocado pelo programa de residência.

Entrei no campo de formação em saúde quando fui convidado a participar da residência, dos processos de apoio da residência, ministrar uma disciplina ou outra, de estar junto nesse processo de gestão da residência e de articulação e docência. Então entrei no campo da formação, desde 2015, quando saí da residência (E5).

Sobre as expectativas formativas e profissionais, os egressos mostram que se mantêm em processos formativos após a conclusão da residência, visando à qualificação profissional. Aspiram a ingressar em programas de mestrado, desenvolver atividades relacionadas à gestão de cuidado e de serviços. Ao mesmo tempo, também valorizam a prática assistencial, as discussões e trocas de conhecimento que fazem parte dos processos de trabalho.

5.2.1.3 Obstáculos relacionados a manutenção do programa e pontos positivos relacionados ao programa

Na percepção dos egressos, os obstáculos na manutenção do programa e de prática qualificada na área de álcool e drogas estão relacionados à Política Nacional de Álcool e Drogas. Essa política foi alterada por meio do Decreto 9.761/2019 e as alterações representaram mudanças significativas relacionadas aos ataques à adoção da estratégia de redução de danos, afirmação da estratégia da abstinência como única opção para desenvolvimento de tratamentos e ênfase às internações em comunidades terapêuticas. A política atual enfatiza a ideia de sociedade livre de droga por meio de incentivo a redução de oferta e afirma posição contrária à legalização das drogas.

As mudanças na Política Nacional de Álcool e Drogas (BRASIL, 2019) tiveram impacto direto no trabalho dos profissionais de saúde e da assistência social que atendem essa população.

Se falamos de redução de danos, parece algo que não deveria ser dito, como se fosse ilegal. (...) fui utilizar um material impresso de redução de danos, com conselhos, que basicamente dizem “já que vai usar, então tenha esses cuidados” - esse “já que vai usar” foi lido com medo pela nossa equipe exatamente por isso, com medo de ser mal-entendido. (...). Está complicado atuar na perspectiva de redução de danos, temos sido permeados por medo. (...) não tenho esse medo, mas, quando você trabalha em uma

equipe, você precisa alinhar o que vai ser feito e, se todo mundo tem medo, então vamos dar voz a esse medo também. Não dá para sair fazendo de qualquer jeito (E4).

Nos últimos anos, a gestão do município de São Paulo sofreu mudanças na administração dos serviços de saúde e assistência social. A administração dos serviços passou a ser feita por Organizações Sociais (OS) e isso teve impacto direto na organização, manutenção dos serviços e das equipes de saúde e por consequência nos campos de prática. Com as mudanças, os egressos identificaram sucateamento de serviços, fechamento de programas, demissão de equipes e, quando contratados, os profissionais não tinham experiência ou formação para a atuação específica em álcool e drogas.

O programa de residência é compreendido como campo de formação, qualificação e atuação profissional no SUS e tem papel ético-político. Dessa forma, três egressos compreendem que a residência representa também um movimento de resistência. Os egressos identificam a riqueza dos espaços de formação que possibilitam questionamentos, reflexões, discussões e análise daquilo que está sendo colocado nas políticas federais, estaduais e municipais.

Se antes o trabalho no campo do AD já era resistência, agora é mais ainda, e nos vemos muito sozinhos, porque estamos na contra-hegemonia total, se SUS já era contra-hegemônico, atualmente está mais ainda. Vamos segurando aqui com as unhas o SUS que acreditamos e que é o SUS em que eu me formei para trabalhar quando entrei, no início de 2016. (...) o SUS que fomos educados e aprendemos a amar e defender não é o SUS que existe hoje. Aí penso (...) se eu quero trabalhar desse jeito, nessas condições?" porque, de fato, não foi isso que aprendemos (E2).

O espaço da formação, de fato, vai ser o espaço de resistência nos próximos anos, quem sabe nas próximas décadas, não sei quando isso vai acabar, mas acho que temos uma responsabilidade muito grande que é, de fato, conseguir sustentar espaços de reflexão e de análise da realidade, porque sabemos que essa onda conservadora não está produzindo nada de novo. Acredito que nós, as nossas práticas ligadas à cidadania, aos direitos humanos, uma prática ligada ao fortalecimento da diversidade, fomos conseguindo limitar essas coisas, esses discursos violentos, discriminatórios, essas práticas, a alguns espaços muito circunscritos (E5).

Os pontos positivos identificados pelos egressos estão relacionados ao processo formativo. Consideram que há qualidade na base teórica ofertada, alinhamento com as Políticas de Saúde Mental e de Álcool e Drogas e percebem que a formação proporciona o exercício de capacidade crítico-reflexiva e ético-política. Além disso, a organização do

programa e dos campos de prática também capacitam os profissionais para o trabalho interprofissional e em rede.

O programa assume uma clareza da perspectiva teórica, política, filosófica, dos seus saberes, das suas práticas. O programa se alinha à questão da política de saúde mental, do trabalho interprofissional e do trabalho em rede. Têm alinhamentos muito claros e nítidos. Estamos sempre tentando viabilizar ao máximo fortalecer essa potência dos residentes de se verem e de atuarem como profissionais de saúde em um contexto de trabalho em equipe, de se posicionarem criticamente em relação ao campo da saúde mental, principalmente em relação ao campo de álcool e drogas (E5).

A diversidade dos campos de prática, a possibilidade de qualificação dos serviços da rede e dos profissionais por meio da interação com os residentes; as discussões sobre o que é multi, uni e interprofissional; o trabalho em equipe; e o ensino interprofissional também foram apontados como pontos positivos da formação.

O diferencial nessa residência é o trabalho multi (...) nós conseguimos formar uma nova dialética, uma nova forma de discutir coisas quando a gente consegue se juntar como equipe multi. Eu acredito que o processo formativo não vem só dessa parte técnica, mas também de uma parte das relações com o outro profissional de outra categoria. A gente entra muito uniprofissional e sai multi (E1).

O programa de residência é apontado pelos egressos como formação necessária e potente que os capacitou para o trabalho no SUS e para o trabalho em equipe. A partir dessa experiência, identificam lacunas na formação recebida na graduação e sugerem que os recém-graduados ingressem em programas de residência, pois consideram que esse processo é fundamental para aquisição de conhecimento teórico e prático e necessário para aquisição de habilidades para o trabalho no SUS.

Acredito que o mais importante no processo formativo na residência é esse processo de conseguir trabalhar em equipe multi, que é muito difícil e não adianta achar que vai conseguir saindo da cadeira da faculdade e indo direto porque é um processo (E1).

É possível formar as pessoas sim pra trabalhar no SUS, dá para formar as pessoas para trabalhar na saúde mental, dá para formar pessoas para enfrentar os desafios do campo de álcool e drogas, as questões vinculadas ao consumo, dá para formar gente com pensamento crítico, dá para formar gente que tem capacidade de construir um trabalho compartilhado, coletivizado, porque tem capacidade de envolver os usuários na produção da atenção em saúde. Temos um programa que é muito bom, muito importante (E5).

5.2.2 Residente

Foram entrevistados sete residentes. Desses, cinco são mulheres e dois, homens. Os residentes entrevistados são do primeiro e segundo ano do programa, quatro são do

primeiro e três do segundo ano. Para a identificação dos entrevistados, será utilizada a letra R seguido de 1 ou 2 para primeiro ou segundo ano, respectivamente, e o número.

5.2.2.1 Percepção sobre atuação nos cenários de prática e atividades desenvolvidas

Todos os entrevistados reconhecem que vivenciam duas categorias de atividades: teóricas e práticas. A partir dos conteúdos das entrevistas, verifica-se o reconhecimento do cumprimento da carga horária de 60 horas semanais, distribuídas ao longo da semana e divididas em aulas, seminários, e atuação nos campos de prática. Identificam também os campos de prática atuais: Instituto de Psiquiatria com as atividades ambulatoriais do GREA, da enfermaria para internações (ECIM) e o ambulatório noturno (ANCAD). Na atenção especializada, desenvolvem atividades em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Atenção Básica estão inseridos no Consultório na Rua.

Os campos possuem características diferentes relacionadas às necessidades da população assistida, a organização do trabalho e das equipes. O Consultório na Rua é apontado como serviço com demandas emergenciais que requerem intervenções imediatas, por exemplo, articular um banho e almoço. Nos serviços do IPq, os usuários têm outras necessidades e vulnerabilidades de outra ordem. Os usuários têm família, laços sociais preservados, e algum membro da família tem emprego fixo. Não é um serviço que atende a demanda espontânea. O que dá outra característica para o serviço. O CAPS é serviço que representa a atenção especializada, tem acolhimento de demanda espontânea, atendimentos agendados e compartilhados com equipe, ambiência, dentre outras características. Os dois CAPS que compõem os campos de prática da residência têm leitos para acolhimento. Essa diversidade dos campos favorece a ampliação das competências dos residentes e os qualifica para trabalhar nos diferentes pontos da RAPS.

[No Consultório na Rua] As demandas são muito emergenciais. Ou não só questões sociais, mas também clínicas. Eu sinto que vai muito de uma proposta mais imediatista mesmo (R1.1).

No IPq, nós estamos mais voltados para o trabalho com grupos e têm mais essa pegada interprofissional. Entendo que é um dos campos que mais tem esse referencial que nós conseguimos aplicar mesmo pelas características da equipe, tem profissionais que são

mais envolvidos com a residência. No CAPS temos a possibilidade de fazer grupos, atendimentos individuais, pensar as atividades de redução de danos no território. É bem variado (R2.3).

Os residentes descrevem conjunto de atividades que desenvolvem nos diferentes serviços. São atividades identificadas como parte da rotina assistencial dos residentes: realização de atendimentos específicos agendados e espontâneos, oficinas, grupos terapêuticos, atendimentos compartilhados com outras profissões, acolhimentos, gerenciamento de casos, reuniões de equipe e discussão de casos, reuniões de preceptoria, grupos de estudo, atividades administrativas como agendamento, evolução em prontuários. Os residentes também reconhecem que são responsáveis pelo preenchimento e a entrega de suas frequências e dos dados sobre sua produtividade assistencial.

Quanto aos cenários de prática, a maioria dos residentes relaciona sua atuação às atividades em conjunto com outras profissões do grupo de residentes e com os profissionais do campo de prática e a possibilidade de realizar trabalho em equipe, cuidado compartilhado a partir dos saberes específicos de cada profissão e de sua articulação. A atuação profissional específica também é realizada nos campos de prática, mas as ações em conjunto são apontadas com maior frequência pelos entrevistados.

Minha atuação no cenário de prática consiste no trabalho com a equipe multi, que é TO, enfermeira e assistente social, que são da residência e outros profissionais que não são da residência, mas que acabam entrando junto no trabalho, pois estão no mesmo espaço (R1.2).

A exemplo do GREA que temos a oportunidade de fazer atendimento como médico e com outro profissional da residência multi. O que é muito bom, porque são várias visões sobre uma pessoa, como cada um pode acrescentar e colaborar. Mas aparecem atividades que são da minha área, como admissão, orientação de enfermagem mais precisa, evolução diária do paciente. É legal, pois consigo passar pela área mais específica e conversando com outras profissões (R1.4).

Em alguns campos de prática, observa-se ausência de preceptores de área específica, o que interfere negativamente na construção da identidade profissional, nas práticas específicas da profissão e na intersecção das demais profissões e a saúde mental. A queixa maior é apresentada pelas Terapeutas Ocupacionais, como é possível verificar nos relatos:

Para mim pega um pouco a questão do núcleo profissional, porque no começo quando a gente entrou e que foi falado que não tinha uma TO. A princípio eu achei que seria

tranquilo, que conseguiria lidar. Eu vi isso como uma oportunidade também para eu desenvolver minha identidade profissional, para eu desenvolver o meu jeito de fazer TO. Achei que poderia ser muito interessante, mas não é tão simples (R1.1).

A TO fica nesse campo, na atuação isso vai se misturando e fica um pouco complicado, ainda mais que a gente não tem uma preceptora específica do núcleo no campo (R1.3).

Outro tema frequente entre os residentes está relacionado ao lugar que eles ocupam nos serviços e as potências e os obstáculos encontrados a partir desse lugar. Os residentes relatam que ocupam um lugar complexo nas equipes, pois, por um lado, fazem parte da equipe, mas, por outro, estão em processo de aprendizagem e ficam no serviço por seis meses ou um ano. Esse lugar se torna um desafio para atuação nos campos de prática relacionados à divisão de tarefas nos serviços, ao acompanhamento longitudinal dos usuários, à supervisão das práticas e necessidades de acompanhamento de atividades por profissional fixo da equipe. A potência do lugar do residente nos serviços consiste na possibilidade de atuar enquanto multiplicador e favorecer educação permanente nos serviços.

Ao mesmo tempo que a gente está dentro a gente está fora, pois não somos contratados do IPq, não ficamos o dia inteiro aqui. Aproveitamos esse lugar para fazer o matriciamento com esses profissionais que é dar esse olhar de dentro e de fora. É curioso (R1.2).

Eu sinto que essa é uma questão muito interessante para os residentes, pois nós somos profissionais, formados, mas entramos nesse lugar vestido com outra roupa. Não somos profissionais do serviço, mas também não somos estagiários, ficamos meio camaleão. Porque eles sabem que nós ficaremos lá por seis meses-um ano, dependendo do campo, e tem uma certa tensão com a equipe de não querer se apegar tanto ou que a gente se aprofunde tanto em algumas coisas, mas ao mesmo tempo, somos profissionais que conduzem algumas atividades (R2.1).

Entendemos que por mais que a gente esteja trabalhando no serviço, nós não temos as mesmas responsabilidades e atribuições que os profissionais que estão lá. Tem que ter esse diálogo, é um privilégio, mas é muito cansativo, porque nós somos meio controlados nessas questões (R2.3).

5.2.2.2 Percepção sobre a formação teórica e teórico-prática

A formação teórica é avaliada positivamente pela maioria dos residentes. Por meio dos relatos, é possível identificar a metodologia de ensino, as disciplinas ofertadas, a separação que os residentes compreendem entre a formação teórica e teórico-prática, a articulação com a prática profissional, críticas, desafios e potências do programa.

Os residentes comparam a formação na graduação com formação na residência e avaliam-na como estratégia formativa mais potente, pois consideram que a metodologia ativa, a aprendizagem significativa, a correlação das disciplinas teóricas com o campo de prática, e também a possibilidade de estudar e aprender com os outros saberes e profissões os qualificam para atuar na saúde mental no SUS.

A formação teórica é boa. Ela aborda conteúdos que não tive na graduação. A reabilitação psicossocial, a educação interprofissional, a reflexão de prática, a metodologia ativa, acho que esse aspecto teórico contribui muito para a formação, proporciona uma reflexão, automaticamente levamos algumas coisas para a prática, repensamos algumas coisas que fazíamos antes e as coisas andam juntas. Não descartando o que aprendemos antes, de forma alguma, mas acho que a palavra seja aperfeiçoando (R2.2).

A formação teórica tem eixos que o programa segue, mas a proposta é sempre de metodologia ativa e partindo de nossas experiências e no cotidiano do trabalho. Acho muito legal e uma potência, que é muito diferente do processo formativo da graduação. Outro diferencial é que tem outras categorias profissionais, o que enriquece muito a formação. Na formação teórico-prática, compreendo que é isso, pegarmos os conteúdos que aprendemos e tentar aplicar nos serviços e também fazer esse movimento inverso. Trazer as situações problemas e conseguir construir a partir disso (R2.3).

É possível compreender que a formação teórica e teórico-prática extrapola as disciplinas ofertadas. Os residentes relatam que há muita troca entre eles, que discutem as práticas entre si e compartilham textos lidos na graduação ou de um estudo provocado por questões individuais. Em alguns momentos, eles também se organizam para discutir as questões relacionadas à prática profissional nos diferentes cenários de prática e a interlocução com as aulas.

O que acaba acontecendo, pensando em formação, é que a gente acaba trocando entre nós. Tal texto que a gente leu, compartilhamos e conversando entre nós (R1.1).

Eu junto o teórico com o prático, pois tem muitas questões que aparecem nas aulas e estão muito relacionadas à prática, por exemplo tivemos a disciplina de PTS nos instrumentaliza para trabalhar melhor e percebi que fez diferença. Algumas questões que aparecem na prática, eu vou e estudo sozinho, converso com preceptor. Converso com as meninas da equipe também. Fazemos um grupo de estudos entre a gente (R1.2).

Penso que temos um processo interessante na residência, na medida em que temos diversas aulas com pessoas diferentes e profissionais de áreas distintas. É uma riqueza do programa (R2.1).

Na percepção de alguns entrevistados, existem especificidades apontadas sobre a formação teórica, como a importância de embasamento teórico anterior à inserção no campo de prática, principalmente no Consultório na Rua. Conhecimentos prévios são importantes antes da inserção nesse campo que é desafiador para o residente. A importância e o cuidado com as disciplinas teóricas que contemplem a heterogeneidade

característica do programa. Uma residente ressalta a importância da distribuição da carga horária prática, teórica e os horários de estudo. Sem essa organização, compreende que não seria possível estudar, realizar as atividades e propostas das disciplinas.

Só que eu acho que não dá conta desse momento que é a gente chegar e já ir para o consultório na rua e tem muita coisa lá que se a gente tivesse uma preparação teórica antes, talvez, ajudasse um pouco mais (R1.1).

Psicofarmacologia foram quatro encontros, precisamos muito, pois os médicos em reunião falam muito de medicamento e ficamos meio perdidos. Eu nem tanto, pois já tive contato com isso [enfermeira]. Mas, a Assistente social e a Terapeuta Ocupacional sim, principalmente a assistente social que não era da área dela (R1.4).

Temos espaço para estudo, pois como temos uma carga horária intensa de trabalho, se não tivéssemos uma carga horária para estudar seria muito difícil desenvolver o estudo (R2.1).

5.2.2.3 Relação com demais residentes no contexto das atividades propostas

Todos os residentes relatam que no período inicial da residência ainda há resquícios do estudante universitário, que chega animado com a possibilidade de se relacionar e com ideia de fazer amigos. Além do perfil do estudante universitário, é frequente a mudança de cidade e moradia, o que pode contribuir para a aproximação entre eles.

Outra hipótese para a aproximação é a carga horária do programa e, por consequência, o maior convívio entre eles, a divisão em grupos de quatro residentes e as características do trabalho e das disciplinas que podem contribuir para essa aproximação e intensidade. Mas o processo formativo e o amadurecimento permitem outras possibilidades de relação para além da amizade. Eles notam a possibilidade de estabelecer parcerias para o trabalho.

Começamos a enxergar que nosso amigo é também um profissional que a gente pode fazer uma parceria. E acho que também saber separar um pouco as relações. A princípio foi muito nessa coisa da amizade, mas acho que a gente tem feito, tem aprendido a manejar isso. Para que a gente consiga fazer uma boa parceria de trabalho. A gente tem desenvolvido uma relação legal de parceria que é bem potente (R1.1).

Quatro residentes compreendem que as relações com os outros residentes representam possibilidades de estabelecer parcerias de trabalho, possibilitam conhecer a especificidade da outra profissão e, com isso, favorecer ações conjuntas e/ou

específicas para o cuidado. Ou seja, identificam que as parcerias potencializam o aprendizado e o trabalho e o cuidado ofertado aos usuários.

Desde o começo todos sabiam que iriam trabalhar em equipe. É muito interessante essa complementariedade que temos entre si. Meus colegas me veem como a profissional das atividades. Agora, eles estão entendendo melhor meu trabalho e demandam quando identificam uma demanda para TO (R1.3).

A relação com os demais é a parte mais legal de uma residência multiprofissional porque você não fica só no seu quadrado e isso tem um impacto na qualidade do serviço também (R1.4).

Ao longo do tempo, fui percebendo o quanto era tão rico ter outras formas de pensar os mesmos fenômenos (...) Mas nosso trabalho junto é muito rico. Tenho certeza que minha prática profissional é bem diferente de dois anos atrás (R2.1).

Dois residentes mencionam que há troca entre residentes do primeiro e do segundo ano e afirmam a importância desse encontro, principalmente no que tange às experiências vividas nos outros campos. Uma residente do segundo ano observa que há diferença significativa entre o primeiro e segundo ano na prática profissional e na bagagem teórica.

De modo geral, é uma relação próxima, mas com as diferenças do momento que a gente se encontra. (...) no ambulatório noturno é uma oportunidade de estar em contato com R1. É interessante, pois dá para ver esses momentos em que já tivemos uma disciplina e eles não tiveram. Por exemplo: a disciplina do trabalho interprofissional então ainda estão muito centrados na especificidade, na atribuição de cada categoria. É interessante, pois conseguimos fazer um movimento. Conseguimos entender eles, de onde estão falando (R2.3).

5.2.2.4 Percepção sobre a proposta formativa desenvolvida pelo programa

A maioria dos residentes afirma que a proposta formativa do programa é boa. Eles compreendem que a residência oferece conteúdo teórico importante para a formação profissional, principalmente para atuação no SUS. A formação pelo programa possibilita disputar vagas de trabalho em CAPS e Unidade Básica de Saúde (UBS), pois representa uma vantagem no processo seletivo devido à modalidade que é uma especialização *lato sensu*, com dois anos de duração e com um formato que permite prática profissional na rede de atenção psicossocial, além da aquisição de conhecimento teórico.

Uma residente reforça a importância desse aspecto prático do programa respaldado pelas disciplinas teóricas que estão alinhadas com as políticas de saúde e as

práticas na rede. Um residente avalia como positivo a metodologia ativa utilizada como estratégia pedagógica na residência

Em outras especializações mais teóricas, a gente lê, discute, mas não tem a vivência real. Eu posso citar milhares de vivências desde o começo da residência que, com certeza, constituíram muito da minha prática do que algumas leituras que eu fiz, mas aqui a gente tem até essa possibilidade de ser amparado pela teoria (R2.1).

Pensando no que vamos desenvolvendo no teórico, faz sentido, eu gosto muito da metodologia ativa, dos conteúdos que vão sendo abordados. Acho que as disciplinas são pertinentes e contribuem muito para a formação (R2.2).

Uma residente identifica a necessidade de ter maior respaldo teórico para a atuação específica em álcool e drogas e sente necessidade de maior articulação entre as disciplinas teóricas e as vivências em campo, o que pode ser explicado pelo momento em que se encontra no percurso formativo de dois anos.

Sinto falta das disciplinas que darão mais segurança e respaldo para trabalhar do DQ. Acho que falta um pouco uma articulação maior entre teoria e prática “o que estamos vivenciando de fato e o que temos que estudar (R1.3).

Uma residente elogia a proposta formativa do programa, mas aponta também o desafio que é ter formação para o trabalho interprofissional e se deparar com as dificuldades observadas na realidade nos serviços.

Então por mais que a gente fale em trabalho colaborativo, ensino interprofissional, quando a gente chega nos serviços não é essa realidade. (R2.3).

5.2.2.5 Expectativas atuais em relação ao percurso formativo

É possível identificar que as expectativas estão relacionadas ao desempenho pessoal até a conclusão do programa, como, por exemplo, organizar-se melhor para cumprir as exigências teóricas da residência, discutir algumas questões teóricas ainda pouco exploradas e terminar o trabalho de conclusão da residência.

Se eu for pensar nas minhas expectativas, agora é escrever o meu TCR, pensar um jeito de aproveitar tudo o que eu fui aprendendo aqui nessa residência, e colocar um pouco nesse trabalho para conseguir terminar esse processo formativo propriamente dito (R2.3).

Notam-se outras expectativas relatadas relacionadas ao momento posterior à conclusão do programa. Os residentes desejam ter uma boa colocação profissional, ser contratados para trabalhar no SUS e conseguirem desempenhar suas atividades e

colocar em prática o que foi aprendido ao longo dos dois anos e realizar trabalho multiprofissional.

Olhamos muito edital para trabalhar em OS (para vagas no CAPS e UBS) e eles colocam que uma especialização de dois anos, como é o caso da residência, faz diferença na contratação. Para quem tem interesse, a gente tem a questão do título e a questão da experiência também no currículo (R1.2).

Quero sair daqui especialista nessa área e acho que vou sair porque essa experiência prática que nós temos traz um desenvolvimento profissional muito grande (R1.3).

Mas eu vi que tem uma característica que vai me ajudar lá na frente que é trabalhar em grupo multiprofissionalmente e interdisciplinarmente. Acho que é um diferencial enquanto profissional e enquanto pessoa mesmo (R1.4).

5.2.2.6 Obstáculos no desenvolvimento do programa e pontos positivos para a manutenção do programa

Os obstáculos apontados pelos residentes são: heterogeneidade de formação, além de cursos de graduação diferentes, e os diferentes níveis de aprendizado em Saúde Mental. O desafio está em ter uma grade curricular comum com eixos teóricos e teórico-práticos que contemplem todas essas diferenças.

Esse obstáculo pode ser explicado por meio da percepção dos próprios residentes que identificam diferenças formativas entre núcleos profissionais. Por exemplo, um mesmo curso de graduação, seguindo as recomendações curriculares do MEC, pode proporcionar formações diferentes, pois os currículos têm certa flexibilidade. Além disso, é característica do programa de residência multiprofissional o encontro de quatro profissões, o que aumenta a diversidade de conhecimentos. Dessa forma, contemplar todas essas diferenças e proporcionar formação equitativa para todos é um grande desafio.

É difícil mesmo conciliar em uma residência multiprofissional algo que seja novidade para todos. Em algum momento acho que tem que ter uma conversa comum. Se uma parte do grupo não viu essas coisas fica difícil mesmo. É uma crítica, mas também tem uma compreensão do porquê as coisas são assim (R2.1).

Outro obstáculo apontado é a ausência de preceptores de área específica para duas profissões: Terapia Ocupacional e Enfermagem. Para os residentes, a ausência desses profissionais no campo dificulta as discussões de práticas específicas e de identidade profissional. A ausência desses profissionais nos campos de prática é explicada por questões relacionadas à gestão dos serviços e dos repasses financeiros do município e do Estado.

As preceptorias multi são excelentes, no caso geral do profissional de saúde, mas sinto falta de preceptoría específica em TO e isso afeta a minha atuação (R1.3)

Os pontos positivos do programa apontados pelos residentes são: a abertura de todos os colaboradores para feedback, principalmente a coordenação do programa e os aspectos relacionados a formação. Compreendem que a interação com outras profissões, o trabalho em equipe e em rede ampliam as possibilidades de atuação profissional no SUS e a realização de cuidado integral.

A possibilidade de estar com a psico, enfermagem, agregam outros olhares. Isso é uma potência, pois conseguimos entender as atribuições das outras especificidades e construir coisas juntos. Entendo que amplia muito mais a possibilidade do cuidado integral. E quando tem pessoas que falam de outros lugares a gente consegue pensar diferente. E tem eixos de trabalho que estão bem alinhados com as políticas. A questão de discutir o PTS, trabalho em equipe, as políticas de saúde mental, agrega muito para nossa formação para o SUS (R2.3)

Outra potência relatada é o investimento e a qualidade da formação teórica proporcionada pelo programa e que é percebida nos campos de prática. O relato desta residente do segundo ano elucida essa potência formativa do programa e o ganho no aprendizado individual que também repercute no cenário de prática e na qualificação dos demais profissionais do serviço.

A formação se desenvolve a partir das aulas, a parte teórica, espaço para estudo e trabalhos que fazemos. E o desenvolvimento prático. Percebo que o campo percebe isso, que temos um amparo teórico, pois muitas vezes nas discussões de caso, somos nós que trazemos conteúdos mais atualizados. Outro dia estávamos explicando o que era uma Unidade de Acolhimento para funcionários novos do CAPS que tinham entrado e não tinham contato com essa nomenclatura. Isso possibilita uma apropriação da rede de atenção e de como nós podemos oferecer um cuidado integral às pessoas, porque conhecemos os recursos que existem (R2.1).

Diferente do que foi apontado anteriormente, um residente que considera potente o lugar que ocupa no serviço dá a ele o nome de “lugar não lugar”. Ele compreende que a condição de residente possibilita reflexão e questionamentos sobre a prática, diferente

do profissional que é contratado do serviço e tem muitas atividades a serem cumpridas sem espaço para reflexão e revisão de prática profissional.

Gosto muito da residência porque a gente está no lugar e no não lugar. Estamos lá enquanto profissional, mas não enquanto funcionário, temos mais espaço e tempo para poder questionar e refletir sobre algumas coisas que uma rotina mais concreta não permitiria. Na residência temos muitas coisas para fazer, mas ao mesmo tempo temos espaço para poder falar “talvez isso aqui não está muito legal, talvez vale mudar isso (R1.2).

5.2.3 Preceptor

Preceptor é entendido como o profissional da saúde que trabalha no campo de prática e desempenha papel importante na inserção e socialização do residente no cotidiano do trabalho. Esse profissional acompanhará o residente na realização de suas atividades no campo de prática. É o responsável pela supervisão direta, ações em conjunto e avaliação dos residentes.

Foram entrevistados quatro preceptores e serão identificados pela letra P seguida de número. Dos quatro entrevistados, dois são homens, psicólogos, um trabalha no CAPS e o outro no Consultório na Rua. Dois entrevistados são mulheres, uma é terapeuta ocupacional e outra é assistente social, ambas trabalham no CAPS.

5.2.3.1 Sobre a inserção e atividades desenvolvidas

Para três dos quatro entrevistados a inserção dos preceptores no programa de residência está relacionada ao desejo de receber os residentes no serviço e de acompanhar o processo formativo desses profissionais. Apenas um preceptor relata que foi convidado pela tutora de campo.

Tínhamos um desejo muito grande que chegasse a residência e vir um grupo de profissionais que estavam também além dos estagiários da psicologia (P1).

Tomei gosto pela transmissão e por ser referência no processo formativo de alguém (P2).

Veio em um primeiro momento mesmo do desejo de estar próximo nessa relação com os alunos (P4).

As atividades desenvolvidas enquanto preceptor são caracterizadas de duas formas: a primeira, como apontada por três entrevistados, consiste em reflexões acerca do que é a preceptoria, o que é ser preceptor e quais suas atribuições, que tipo de profissional que se espera formar e qual lugar o residente ocupa nos serviços e na equipe. São atividades mais reflexivas que permitem que o preceptor questione sua atuação e identifique qual o seu papel na formação dos residentes.

A segunda caracterização das atividades é mais prática. Os preceptores relatam que suas atividades com os residentes são: controlar ponto, avaliar o processo formativo de forma objetiva, atuar e compor as ações conjuntas e individuais, promover reflexão e discussão de casos e das práticas, favorecer a articulação teórico-prática, incentivar a participação nas reuniões de equipe, motivar e estimular os residentes durante o processo formativo, ajudar a identificar as expectativas e frustrações durante o processo, e contribuir para a construção do lugar e identidade profissional.

Além das atividades objetivas relacionadas à prática do residente no serviço, dois preceptores relatam a importância do cuidado que se tem na chegada dos residentes no serviço, pois consideram que as pessoas tiveram percurso formativo variado na graduação, sendo necessário compreendê-las nas suas especificidades para favorecer a inserção e adaptação dos residentes no serviço.

Dois preceptores identificam que suas funções também estão relacionadas à sensibilização da equipe e dos residentes sobre seus papéis e funções no serviço. Eles ressaltam a importância dessa compreensão para que equipe e residentes não assumam funções e atividades que estejam além da proposta formativa do programa. Os preceptores relataram que com frequência existe um movimento da equipe e dos residentes de preencher as lacunas da escala de trabalho e nas atividades do serviço. Utilizam a expressão “tapa buraco” para explicar esse movimento.

É necessário cuidar de como a entrada vai acontecendo. É um serviço que tem muitos buracos, sempre está faltando alguém, alguém doente ou afastado. Dessa forma, é muito rápido o movimento da equipe em pegar alguém que está mais ou menos livre para colocar no lugar, que é um buraco da instituição. Sempre quando a residência chega, temos certo zelo, fazemos contrato com elas e com a equipe. (...) Tem esse ponto de zelar pelo espaço formativo delas junto com a equipe e entre elas mesmas, pois querem entrar em muita coisa, às vezes, nem percebe e já está entrando em muitas atividades (P2).

5.2.3.2 Caracterização do trabalho com os residentes

Para os preceptores entrevistados, o trabalho com os residentes está relacionado à facilitação do processo de aprendizagem, à supervisão das práticas, à mediação das relações e à atualização teórica, baseado nas diretrizes do SUS, da Política de Saúde Mental e Álcool e Drogas, como fica explicitado nos relatos abaixo:

Vemos a inserção dos residentes aqui como se fosse um processo de atualização nossa, de trazer a academia de novo para as reflexões e ações da prática diária. Atualmente eu consigo ver essa troca, então eles, muitas vezes, trazem essa reflexão muito acadêmica, e vamos fazendo esse diálogo com a prática da rotina do CAPS (P4).

É característica do processo facilitar que os estudantes aprendam com base nas diretrizes do SUS, em uma perspectiva humanizada, tudo aquilo que eles veem na teoria na sala de aula (P3).

Dois preceptores diferenciam a supervisão e o fazer juntos, com tutela. Na percepção dos preceptores, é fundamental marcar a diferença, é importante, pois não é função do preceptor tutelar o residente, mas sim provocar, discutir, legitimar suas reflexões e ações relacionadas ao cuidado e à equipe.

O grande avanço que conseguimos é que são profissionais desse serviço, é o “estar junto”, é garantir também a fala, o reforçar, as intervenções, é o legitimar também estar aqui, não essa questão de tutela ou de permissão. (...)Eu acho que conseguimos avançar muito nessa relação com os residentes pensando isso, nessa apropriação enquanto serviço e enquanto profissional. Dar voz, efetivar as ações, e conseguimos avançar muito até enquanto apropriação da equipe desse espaço da residência que é assim (P4).

Todos os entrevistados observam o “lugar não lugar” que os residentes ocupam nos serviços. Os preceptores identificam que em algum momento os residentes assumem o lugar de aluno, mais passivos e discretos e, em outro momento, estão tomando decisões e não estão compartilhando com a equipe. Um entrevistado caracteriza o lugar dos residentes como “a fronteira entre a academia e prática”. Diante desse “lugar não lugar”, cabe aos preceptores cuidar desse processo, que envolve a chegada dos residentes no serviço, os pactos de trabalho, o olhar atento para identificar esses movimentos e poder estimular, tensionar e orientar o residente ao longo do processo de aprendizagem para ocupar seu lugar de residente/profissional no serviço que está inserido.

Essa interface que o residente tem, entre profissional e aluno, era muito importante que a gente cuidasse dessa interface. Ora profissionais ‘se vira nos 30’ ora alunos e a gente tem

que cuidar pois estão em formação. Eu briguei muito na equipe por isso, para garantir esse espaço de pensar “ok, eles são profissionais, mas nós somos responsáveis pelo processo formativo deles, então temos uma implicação nisso (P1).

Não há um entendimento e uma clareza de que equipe é essa que chega, são profissionais formados, mas estão por algum tempo determinado aqui. Em um primeiro momento existe um entendimento da equipe muito associado a esse papel de estagiário, que diz “então cumpra-se” e pouco se pensa - é só de execução. É muito importante o quanto eles vão dando o tom e vão se apropriando desse papel enquanto profissional (P4).

Outra característica ressaltada por três dos quatro entrevistados foram as vantagens de ser preceptor e receber residentes no serviço. Eles afirmam ter ganhos no seu próprio processo de trabalho e aprendizagem. Eles identificam que a relação com os residentes confere espaço rico de troca e atualização teórica e prática. Alguns residentes são mais críticos e questionadores, o que favorece a reflexão e revisão de práticas em saúde mental na especificidade do álcool e drogas.

Nós somos consumidos pelo serviço e a residência foi um momento que poderia respirar fora disso e pensar a partir de outras coordenadas que não sejam apenas as respostas sobre as questões do serviço. (...) Participar das experiências de formação traz um ganho pessoal (P2).

Compreendemos a inserção dos residentes aqui como se fosse um processo de atualização nossa, de trazer a academia de novo para as reflexões e ações da prática diária. A inserção deles nas atividades, nessa troca, eles trazem essa reflexão muito acadêmica, e vamos fazendo esse diálogo com a prática da rotina do CAPS (P4).

5.2.3.3 Percepção do percurso formativo do residente

De maneira geral, os preceptores identificam mudanças ao longo do processo formativo dos residentes. Citam o amadurecimento, a importância do tempo para compreensão dos processos (de trabalho e de estudo), a aquisição de conhecimento nos diferentes campos de prática, pois alguns vêm com ideais preconcebidos sobre os campos e precisam de um tempo para compreender o ganho de estar inserido em campos de prática diversos.

Nesse último semestre pedimos pra elas escreverem sobre reabilitação psicossocial e há diferença entre quem já estava há tempo no processo e quem está chegando ainda nas trincheiras. Acho que a residência tem esse tempo, acho que de proporcionar sujeitos mais reflexivos e flexíveis - porque acredito que a gente precisa dessa flexibilidade, ainda mais na clínica de AD (P1).

Quem já passou por outros campos traz comparações e críticas. Percebo que eles vão também mudando a percepção com relação ao campo anterior no qual eles passaram. Eles chegam imbuídos de muita crítica: eu me sinto na obrigação ética de mostrar que aquilo tem uma função e, de fato, eles trazem percepções diferentes das que eles trouxeram no início (P3).

É muito legal porque eles já vêm em um amadurecimento para fazer esse diálogo das propostas de serviço, e esse formato é muito legal até para composição de projetos terapêuticos no dia-a-dia (P4).

Os preceptores identificam angústia comum ao longo do percurso formativo do residente, a identidade profissional. O residente chega ao campo com grande expectativa de encontrar um profissional em quem ele vai se espelhar. A angústia é observada também na área de concentração (Saúde Mental e Álcool e Drogas), pois o residente teve formação muito frágil na graduação e desconhece as possibilidades de sua atuação profissional nesse campo e nos serviços do SUS.

A função dos preceptores de campo está na contribuição para a criação da identidade profissional e na possibilidade de mostrar como é possível a atuação profissional na Saúde Mental, preservando características da formação obtida na graduação, mas trabalhando em equipe e realizando ações de cuidado em conjunto com os demais profissionais do serviço e da rede.

Alguns chegavam lá muito ansiosos de encontrar uma terapeuta ocupacional e se espelhar nela, foi assim um tanto com as duas residentes anteriores, elas ficavam muito felizes de me encontrar (P1).

Me coloco junto para fazer desse lugar também, não só do lugar multi, um lugar para falar do específico. (...) O CAPS é um lugar que é necessário que as disciplinas se misturem e conversem muito, pois não tem psicólogo em uma sala e a TO com seus materiais para uma atividade e nem o balcão dos direitos do serviço social. Tem que ter tudo misturado mesmo. Mas também penso que isso borra demais. Sempre gosto de lembrar da potência de cada área, isso não pode ser esquecido no CAPS (P2).

Na percepção de um preceptor existe dificuldade de o residente perceber e identificar as possibilidades de atuação no serviço, especificamente no CAPS. O residente traz da graduação formação muito clínica, individualizada e fragmentada. Para o preceptor, a aprendizagem ocorre quando o residente consegue trabalhar no coletivo, em equipe, mas sem desconsiderar a importância do núcleo profissional. Cabe ao preceptor o investimento na formação e na promoção de orientações e discussão ao longo do processo formativo do residente:

Um exemplo, um profissional que disse que não saberia o que fazer com a formação dela no CAPS, não vejo espaço para minha formação nesse lugar. Foi através de várias propostas e de aproximação de pessoa do mesmo núcleo e de fazer conversas mais frequentes para acompanhar o processo dessa pessoa, indicar caminhos e pensar juntos. Quando uma pessoa se vê nesse lugar difícil de trabalhar em equipe, ela acaba instintivamente, fazendo aquilo que aprendeu a fazer. No CAPS isso não é possível,

atender sozinha em consultório. Não é possível que a intervenção é só no viés do direito e não da saúde. Esse percurso de trabalhar em equipe é muito legal (P2).

Outro preceptor percebe que os residentes chegam ao campo cheios de expectativas, o que tem influência negativa para o trabalho e requer sensibilidade e, mais uma vez, investimento do preceptor para sinalizar qual o objetivo do serviço, da residência e o que ele foi identificando de ganho e aquisição de conhecimento ao longo do processo. Dessa forma, o percurso formativo do residente tem relação com o investimento e a sensibilidade do preceptor para as situações que vão além dos aspectos teóricos e práticos. Essa relação requer sensibilidade do preceptor para as questões emocionais e afetivas também.

Quando eles chegam no campo, estão cheios de expectativas, e eu percebo que essas expectativas nem sempre são atingidas. Ao longo dos meses do percurso eles acabam se frustrando e, por mais que eles não falem ou não identifiquem, nós percebemos um desânimo e uma falta de motivação. Eu faço questão de falar sempre qual é o objetivo do Consultório na Rua, por que eles estão ali, para que eles percebam que atingiram minimamente o objetivo que eles precisaram atingir ali naquele campo. (...) De fato, há grandes amadurecimentos e um grande aprendizado no processo formativo (P3).

5.2.3.4 Percepção sobre a proposta formativa do programa

Os preceptores consideram a proposta formativa do programa boa. Dois entrevistados mencionam a qualidade da formação teórica e teórico-prática que percebem nas discussões, na proposição de projetos terapêuticos singulares e na articulação com o território.

A diversidade dos cenários de prática é elogiada por todos preceptores, assim como o acesso à tutoria de campo, o cuidado que o programa tem com a formação dos residentes e a iniciativa de formar preceptores. Dois preceptores dos quatro entrevistados fizeram o curso de formação.

É um programa que zela pela experiência dos residentes, cuidado e afeto que cuidam para que tudo aconteça de um jeito bacana. Claro que tem uma preocupação com a formação e proposta teórica/conceitual, não posso dizer menos. Entendo que é ótima. Eles sempre trouxeram muitas discussões e aí temos notícias do eixo teórico. Poder levar isso para o CAPS é importante. Percebemos que os residentes eram bem nutridos. (...) Conversamos o tempo todo com a tutora. Como trilhamos o caminho e como podemos extrair a melhor experiência formativa daquela pessoa (P2).

Para elas, tomar contato com essas diferentes populações é importantíssimo para o aprendizado e para suas respectivas carreiras profissionais (P3).

Um preceptor usa a expressão “democrático” (sic) para descrever o programa que tem residentes de várias idades, com experiências diferentes, vindos de instituições de ensino superior diversas. A heterogeneidade é citada como qualidade do programa e representa um desafio, pois lidar com tamanha heterogeneidade de profissões e as lacunas de formação demanda muito investimento e trabalho de todos os envolvidos na formação dos residentes.

Eu vejo o programa bastante democrático: ele absorve e aceita tanto pessoas mais velhas – estamos com uma residente agora de quase cinquenta anos, recém-formada - assim como nós já tivemos residentes também recém-formadas super jovens, e residentes não formadas tão recentemente, mas jovens (P3).

É importante frisar que três preceptores já receberam três turmas de residentes e afirmam que tanto eles quanto o campo foram se qualificando ao longo do tempo. Esse aspecto é relatado por todos em vários momentos da entrevista. É unânime entre os preceptores que a residência traz ganhos para todos os envolvidos no processo formativo.

Essa fala de final de ano sempre me pega. Já se repetiu algumas vezes, da troca e que apesar de tudo isso. A interação se dá de um jeito tão possível, quem é para estar no lugar de formador, se vê no lugar de formando. Acho isso bonito (P2)

Vamos vendo uma mudança também do preceptor de campo, também com qualidade para os residentes. (...) Estar junto com os residentes é também repensar a prática individual dos preceptores, se não vamos caindo nesse “fazer-fazer-fazer” e muitas vezes acabamos perdendo nosso olhar específico e que a todo momento eles vão trazendo e vão provocando junto de nós, que estamos mais perto. (...) Eu lembro que, quando a primeira equipe chega, me provoca uma inquietação, e daí é quando vou procurar a especialização (P4).

Por meio das entrevistas com os preceptores foi possível identificar o desejo que receber os residentes no serviço, as vantagens observadas para os preceptores para o serviço e para os residentes na formação e qualificação dos profissionais e do SUS, o amadurecimento dos residentes no seu processo formativo e o amadurecimento da equipe e dos preceptores no exercício de suas atividades. Alguns desafios foram levantados, como o investimento e a responsabilidade do preceptor na formação dos residentes, a diferença de idade e bagagem teórica/prática oriundas da graduação, o investimento na equipe do próprio serviço para compreender o lugar do residente, manter o pacto didático e o alinhamento com a proposta formativa do programa em meio à escassez de recursos humanos nos campos de prática.

5.2.4 Docente

No programa de residência, a função docente pode ser exercida por docentes universitários e por profissionais e pesquisadores dedicados à área específica ou com formação na área de álcool e drogas. De forma que o corpo docente se constitui por um conjunto heterogêneo de colaboradores, que não possuem, necessariamente, perfil específico de docente universitário, o que abre a possibilidade para o diálogo plural e vinculado às práticas assistenciais. Na grade, eles são convidados a participar da gestão das disciplinas, ministrar aulas e coordenar seminários teóricos e teórico-práticos.

Foram entrevistados quatro docentes, três são mulheres, e um docente é homem. Das docentes mulheres, duas são terapeutas ocupacionais e uma assistente social. O docente é psiquiatra. Os entrevistados serão identificados da seguinte forma: D1, D2, D3 e D4.

5.2.4.1 Inserção no programa e atividades desenvolvidas

Os quatro docentes entrevistados se inserem no programa, respectivamente, um em 2013, um em 2015 e dois em 2016. A entrada no programa esteve relacionada à experiência no ensino e à prática na área de álcool e drogas e à gestão federal.

Das atividades docentes relatadas pelos entrevistados, dois docentes são responsáveis pela disciplina do eixo transversal que compõe o ciclo básico e comum a todos os residentes, como as disciplinas Drogas e Cultura, Políticas Públicas e Orientação de Trabalho Monográfico. Um docente é responsável pelo seminário teórico-prático de área profissional, e o outro é responsável pelo seminário por área de concentração. Estar em sala de aula representa parte da atividade docente. Duas docentes relataram a importância do tempo necessário para montar cronograma da disciplina, atualizar bibliografia e organizar atividades didáticas.

Além das atividades específicas da prática docente, os quatro entrevistados relataram realizar outras atividades e ter mais de uma função no programa de residência. As atividades estão resumidas no quadro abaixo:

	Tutoria de campo	Preceptoria de campo	Membro da coordenação	Facilitador de formação de preceptores
D1		X	X	
D2	X		X	
D3	X	X	X	
D4			X	X

É possível identificar que os docentes estão no programa há, no mínimo, três anos, têm conhecimento e experiência na área de concentração e desempenham outras atividades e funções. Todos os entrevistados relatam compor a equipe de coordenação do programa, condição que possibilita a gestão compartilhada, favorece a resolução de problemas e otimiza a equipe reduzida de colaboradores:

(...) [Eu] componho esse grupo de coordenação em que fazemos uma gestão um pouco mais horizontal, mais compartilhada, do programa de residência (D3).

Sobre o lugar docente, dois entrevistados afirmam que sua atuação no programa combinou com o próprio processo de formação docente na área de álcool e drogas. O que sugere que o programa de residência é um processo formativo para residentes e para os docentes do programa.

Eu digo que não era necessariamente um trabalho docente porque acho que fui sendo formada nesse processo, ocorreu em paralelo ao meu mestrado. Era uma experiência que foi sendo adquirida nesse decorrer (D3).

5.2.4.2 Caracterização do trabalho com o residente

Os entrevistados compartilham suas reflexões sobre o trabalho com os residentes relacionado ao campo de prática e à docência. Três docentes observam a qualidade da relação entre campo de prática, residente, preceptor e processo de trabalho.

(...) podemos ensinar isso fora da sala de aula, tem um “ver” como você faz, e acho que eles se espelham na gente sobre como fazer bem feito. Se eu tivesse que falar o que o meu

trabalho é, eu acho que é isso: é ser referência do como posso fazer grupo, como eu posso fazer atendimento, como eu posso pensar o cuidado ao paciente, e eles aprenderem a partir disso (D1).

Duas docentes ressaltam a importância da articulação entre seu trabalho como docente e participação da coordenação compartilhada, o que facilita a resolução de problemas de forma coletiva, a exemplo da avaliação:

(...) poder acompanhar, inclusive, esses dois lados, avaliar para tentar mensurar qual foi o conhecimento adquirido naquele período. Também nesse núcleo de coordenação, poder discutir qual que é a melhor forma de poder mensurar tudo isso (D3).

Uma docente relata a experiência no conjunto de disciplinas dirigidas a elaboração dos Trabalhos de Conclusão da Residência (TCR) que são divididas ao longo dos dois anos, mas que têm grande investimento da docente para que o processo seja concluído no prazo, uma vez que o programa não permite prorrogação. Para ela, dedicar-se à formação de um grupo heterogêneo de residentes muitas vezes composto de pessoas com nível de formação frágil e sustentar a conclusão do projeto em condições que não são as ideais representa um desafio à sua prática docente.

5.2.4.3 Percepção sobre o percurso formativo do residente

Dois docentes visualizam ganhos no processo formativo, mas apontam dificuldade em perceber o percurso, pois não acompanham os residentes longitudinalmente. Uma entrevistada compreende que o resultado da formação está relacionado à transformação do residente durante o percurso formativo. Ela observa amadurecimento e discussão mais qualificada, ética e respeitosa entre os residentes e a equipe. Identifica também como ganho do processo maior articulação da teoria com a prática e qualidade dos profissionais formados e suas colocações profissionais nos serviços da rede:

Eu vejo um crescente. Duvido que alguém saiu igual de como entrou, a maioria se transforma em grandes profissionais. E, pelo que eu sei, depois eles vão trabalhar em coisas legais. Eles estão inseridos nos serviços (D1).

Uma docente compreende que o percurso formativo está relacionado ao trabalho interprofissional, pois o residente é convocado a construir um esquema de trabalho com as equipes dos campos e, a partir dessa construção, vai aprendendo o que é

característico de cada categoria profissional e a contribuição das outras áreas e como é possível compor ações conjuntas e/ou trabalhar juntos. Tem a riqueza do trabalho com as equipes de Consultório na Rua. Essa inserção amplia a percepção do que é saúde e qual rede está disponível para essa população. O docente compreende que é um recurso e uma estratégia formativa incluir os residentes nesses diversificados cenários de prática.

A docente percebe também que há um percurso formativo entre preceptores, observa a transformação deles quando relatam os ganhos, como atualização dos conceitos, discussão qualificada e com embasamento teórico pertinente ao cuidado em saúde mental e álcool e drogas e a possibilidade de repensar as formas de cuidado no serviço pelos questionamentos trazidos pelos residentes.

5.2.4.4 Proposta formativa do programa

Todos os docentes avaliam a proposta do programa de forma positiva. As características apontadas foram: programa complexo, bem desenhado e coeso; equilíbrio entre carga teórica e prática; campos de práticas nos variados pontos da rede de atenção psicossocial; recursos didáticos diversificados; uso de metodologia ativa; bom nível de organização e cuidado; reflexão sobre os aspectos teóricos e práticos (SUS, Política de Saúde Mental e Álcool e Drogas); formação do trabalhador no campo de cuidado; trabalho em equipe e educação interprofissional; tutores em diálogo constante com campo; reflexão em conjunto e constante sobre os processos de ensino e trabalho; e formação de preceptores:

São os cuidados que me chamam atenção nesse programa de residência, porque não são comuns e dá muito trabalho. Refletem a ideia de um olhar de conjunto sobre a residência, que parte de uma concepção do que é a saúde mental, de acordo com o que é a política de saúde mental e a de álcool e drogas e também de acordo com certos princípios do que é a na formação da saúde e isso tem uma avaliação positiva (D4).

Enquanto para o profissional em saúde mental reflexivo, crítico e que conheça os recursos terapêuticos possíveis, eu acho que a residência faz isso de uma forma séria (D1).

(...) o principal foco desse programa tem sido a qualificação para o SUS e o desenvolvimento de habilidades necessárias para se fazer um cuidado cidadão, interprofissional, colaborativo no SUS, na política pública, não só entre as diferentes categorias profissionais, mas também entre os diferentes serviços (D2).

5.2.4.5 Obstáculos e pontos positivos do programa

Durante a realização das entrevistas, os docentes citaram obstáculos e pontos positivos do programa de residência ou questões relacionadas à continuidade do programa. Embora esses aspectos sejam objetos específicos da pesquisa, não havia uma pergunta específica no roteiro sobre os obstáculos e pontos positivos do programa.

Identificaram-se os seguintes desafios apontados pelos docentes: sobre os residentes, uma docente menciona as fragilidades teóricas advindas da graduação (na área de pesquisa e na escrita científica); outra docente identifica alguma resistência e dificuldade de compreender a metodologia e o impacto dessa resistência nas atividades do eixo teórico e as consequências para o trabalho, no eixo prático:

(...) eu sinto resistência dos alunos. Parece que eles, às vezes, não veem sentido porque esperam algo muito mais estruturado do que é previsto, daquilo que a metodologia escolhida pela residência propõe, (...) às vezes o trabalho demora para andar por conta disso (D1).

Uma docente identifica outro desafio na perspectiva do residente, que é entrar e atuar no cenário de prática sem ocupar o lugar de um profissional que não foi contratado ou que está de férias, ou seja, o desafio de não ser “tapa buraco” no campo de prática. Para evitar que tal situação aconteça, a docente reforça a necessidade e importância do preceptor e do tutor de campo na interlocução com o residente.

Sobre o programa de residência e os colaboradores, foram apontados alguns obstáculos para sua manutenção. O programa é composto de voluntários, o que representa ausência de remuneração adicional para os profissionais que desenvolvem as atividades no programa de residência. Para um docente, essa responsabilidade representa trabalho adicional dentro de uma jornada de trabalho que já é preenchida com outras atividades de rotina dos serviços:

(...) boa parte desse trabalho depende de pessoas que são voluntárias, e que fazem isso fora do seu horário de trabalho (...). O trabalho da residência, da formação dos residentes, não tem um reconhecimento como deveria ter. Do ponto de vista dos preceptores fica claro eles não têm remuneração adicional. (...) não significa nenhum trabalho adicional, nenhuma carga horária adicional, eles usam a carga horária que eles já têm (D4).

(...) não é que eu tenho um espaço para ser docente, uma sala para preparar a minha aula em um horário específico na residência, mas sim está dentro de uma rotina de 30 horas de um outro serviço que precisa ser tocado em mil variáveis (D1).

Uma docente relata que outra função do docente inclui um olhar atento ao residente, no sentido de cuidar também da saúde mental deles, pois a residência é uma formação que pode envolver mudanças de cidade, estresse, carga horária intensa, podendo contribuir para o adoecimento. O olhar do docente é necessário, uma vez que o trabalho em saúde mental e na área de álcool e drogas também pode favorecer o adoecimento mental.

Uma docente menciona que o desafio é dosar a energia e o investimento dos colaboradores no programa, porque em algum momento o esforço foi muito grande e ela percebeu sobrecarga. A docente ainda aponta para o desafio de fazer a articulação saúde e educação, mas também manter os princípios que regem a residência multiprofissional, as políticas de saúde, as políticas de drogas e os regimentos do programa de forma geral.

Até que ponto nós conseguimos de fato sustentar uma proposta formativa que demanda muito de um núcleo que não necessariamente têm o fomento necessário para conseguir seguir com o trabalho? (D3).

Dois docentes citam como obstáculo a base do programa que está no Instituto de Psiquiatria e compreendem que em certa medida favorece a formação, mas que ainda é grande a carga horária no serviço hospitalar. O docente sugere estágios optativos e a necessidade de estabilizar campos de estágios em outros serviços extra-hospitalares.

Sobre os serviços e as equipes, dois docentes identificam que ainda há desconhecimento sobre o que é a residência, em que consiste o programa, quais os objetivos dessa formação, qual a função dos residentes no serviço e qual a função de preceptores, representando obstáculo para a formação e inserção dos residentes no campo. Somado a esse desconhecimento, observa-se a falta de reconhecimento para atividades didáticas relacionadas à residência e demais vivências de ensino e aprendizagem dos profissionais que estão no campo de prática.

Sobre as questões políticas e de gestão que atravessam os campos de prática e a prática profissional, em todas as entrevistas, os atravessamentos políticos foram citados como obstáculos para a manutenção do programa, para a prática de saúde no SUS e para a manutenção do SUS e a RAPS.

Temos encontrado muita fragilidade, vulnerabilidade de formação mesmo, de espaços de formação, de estudo, de reflexão para os profissionais da rede, muita instabilidade em relação à permanência dos profissionais naqueles serviços (D3).

(...) compreensão do que é a formação desses novos profissionais que entendemos hoje serem importantes para o futuro do SUS – rezando e torcendo pra que o SUS tenha futuro (D2).

Os pontos positivos do programa de residência apontadas pelos docentes estão relacionados à estratégia formativa da residência, que ocorre pelo trabalho tanto dos residentes quanto das equipes e serviços que recebem o programa. A residência representa uma estratégia formativa para todos os envolvidos. De acordo com uma entrevistada, o desenvolvimento de trabalho interprofissional é foco do primeiro ano e ela percebe o amadurecimento e a aquisição de conhecimento entre residentes e preceptores.

Duas entrevistadas ressaltam a importância do tutor de campo e das atividades relacionadas a essa função como ponto positivo do programa:

(...) acho que esse processo de escutar pelos dois lados, de poder estar próximo dos residentes e de acompanhar os preceptores em cada campo foi rico. Pensar o processo formativo nessa interface, a partir da perspectiva do residente - o processo formativo de fato - quanto também esse eixo do trabalho, que é a educação permanente: como o serviço vai vendo essa inserção, de que maneira ele compreende a formação dos residentes; de que modo nós também entramos no serviço para facilitar esse processo formativo dos residentes e poder acompanhar as demandas do serviço, e como é possível atuar diante das necessidades observadas (D3).

Dois entrevistados elogiam a postura da coordenação que não impõe seu embasamento teórico e sua experiência na saúde mental, há liberdade de diálogo e de construção de boas práticas sem a visão de um profissional que se sobressaia àquilo que está sendo debatido na prática e na política. Uma docente nomeia como horizontal e compartilhada a gestão do programa de residência, que pode ser compreendida como ponto positivo do programa, mas também maneira eficiente de gestão, considerando que a equipe de colaboradores é reduzida.

Um entrevistado identifica como ponto positivo do programa o envolvimento dos residentes em militâncias que têm a ver com o campo de álcool e drogas, e em outras militâncias relacionadas às questões de gênero e raça. Ele compreende que a ampliação dos estágios pode contribuir para maior engajamento futuro.

Outra docente destaca a contribuição da residência na multiplicação do conhecimento para outras cidades e Estados. Sabe-se que muitos residentes são de outros Estados ou cidades e, na sua maioria, quando terminam a formação, retornam aos seus Estados ou cidades de origem portando todo o conhecimento adquirido.

(...) são poucos os residentes oriundos do município de São Paulo, muitos vem da região nordeste e sudoeste do Brasil (...) esses profissionais muitas vezes voltam para os seus estados de origem, e eu acho que isso é também uma contribuição muito importante do programa: poder formar pessoas em um bom nível de qualidade para que esses profissionais voltem para os seus estados de origem e possam levar essa formação (D2).

As entrevistas com os docentes possibilitam compreender algumas características importantes do corpo docente, como a experiência na área que contribuiu para entrada no programa, as atividades desenvolvidas da docência e demais funções realizadas. É possível identificar a construção do lugar do docente e identificar a residência como um espaço potente de formação para isso também.

Ainda foi possível identificar pontos positivos do programa, como, por exemplo, o investimento da equipe na formação dos residentes, nas atividades didáticas, na articulação com os campos, na adoção de postura aberta ao diálogo com todos os envolvidos e na organização mais horizontal de coordenação.

Em nenhum momento existe um funcionamento que é simplesmente ditado. Não existe uma perspectiva que é abandonada, por isso vou nomeando coesão, esse olhar que nada se perde, mas são aqueles que se dispõem a estar ali, compor esse programa, que vão dosando suas possíveis entradas, como pode seguir (D3).

A residência em si é um espaço potente de formação, pois possibilita a aprendizagem, a prática profissional, a articulação dos saberes e das diferentes profissões e ainda representa um espaço protegido de atuação. Na percepção dos docentes, destacam-se como resultados do programa a qualificação técnica e ética dos profissionais formados, e o investimento na formação dos preceptores potencializa a qualificação do programa.

Os desafios e obstáculos observados estão relacionados às fragilidades advindas da graduação no que se refere à pesquisa, à formação em saúde mental e SUS, à formação dos profissionais que compõem a rede, ao reconhecimento das atividades de preceptor e à ausência de remuneração. Esses fatores contribuem negativamente para a realização das atividades docentes/preceptoria. Além desses, a instabilidade dos

serviços e dos profissionais por consequência da instabilidade política, equilíbrio maior na distribuição da carga horária em serviços extra-hospitalares, equilíbrio maior ao estabelecer os cenários de prática independente da instituição sede do programa de residência foram apontados como desafios pelos docentes entrevistados.

5.2.5 Coordenação

O coordenador é o responsável institucional pelo programa, compreende-se como coordenação equipe composta do coordenador e demais membros que compõem o núcleo que toma decisões e participa ativamente dos processos de educação e gestão do programa.

Foram realizadas três entrevistas na categoria coordenação. As entrevistadas são mulheres e serão identificadas pela letra C seguida de um número. C1 é fisioterapeuta, C2 e C3 são terapeutas ocupacionais. C3 é a atual coordenadora do Programa de Residência

5.2.5.1 Inserção no programa

A inserção das três entrevistadas na coordenação da residência se deu por convite em 2013, ano em que o projeto retorna do MEC e CNRMS com propostas de modificação. O convite foi feito via instituição formadora – gestão do Instituto de Psiquiatria, juntamente com o coordenador do projeto da residência.

As três entrevistadas foram convocadas para: rever o Projeto Político Pedagógico (PPP); reorganizar os cenários de prática, antes situado apenas no Instituto de Psiquiatria, mas com necessidade de ampliação para os pontos estratégicos da RAPS; orientar o programa baseado na educação interprofissional colaborativa; realinhar as disciplinas de acordo com o marco teórico e perfil do egresso; colocar em prática as metodologias ativas e alinhar o referencial teórico do programa às políticas de saúde mental e álcool e drogas. Com a participação e a articulação de C3, houve a formalização da parceria entre os

departamentos (IPq e FOFITO) e ela se tornou a vice-coordenadora da primeira residência multiprofissional em álcool e drogas do Brasil.

Nós formamos um time para qualificar o programa: primeiro, rever que programa é esse, qual é a intencionalidade pedagógica, qual perfil do egresso que desejamos formar. Foi um movimento precedido de uma articulação interinstitucional antes de conversarmos com a rede, com o município (C1).

(...) propusemos muitas modificações nas disciplinas (...) em Álcool e Drogas no contexto do SUS, (...) em alinhamento da política de educação permanente e com as políticas do Ministério de alinhamento para as residências multiprofissionais e da residência como uma estratégia para formação e qualificação do SUS mesmo (C2).

Já havia a aprovação do programa no MEC, porém dentro da universidade foi necessário organizar um conjunto de ações, via Comissão de Residências Multiprofissionais da Universidade de São Paulo (COREMU-USP), para homologar o programa, matricular os alunos, inserir disciplinas no sistema APOLO da universidade para controle de notas, frequência, certificados e participação docente.

Quando eu cheguei na coordenação do programa, nada disso estava pronto para as [residências] multiprofissionais, só para as uni, porque existiam alguns problemas na informatização desse sistema [Apolo] que não permitia que você credenciasse algumas disciplinas da residência multiprofissional, especialmente aquelas do trabalho uniprofissional, como os seminários uniprofissionais que são obrigatórios (C3).

5.2.5.2 Atividades desenvolvidas

As três entrevistadas mantêm suas atividades enquanto coordenação do programa e desenvolvem outras. C3 é coordenadora da residência, presidente da COREMU – USP e docente do programa. C2 é tutora de campo, docente, representa o programa na COREMU – USP e atua como apoio direto à coordenadora. C1 é responsável pela disciplina de Gestão de Serviços, facilitadora responsável pela formação dos preceptores e tutores e atua no apoio à coordenação. Elas descrevem suas atuais atividades:

Foram dois anos de trabalho para ajustar tudo, e para isso eu também tive que acabar assumindo a coordenação da COREMU - USP, que é algo que dá bastante trabalho (C3).

Hoje, eu sou responsável pela disciplina de Gestão de Serviços nas Redes de Atenção à Saúde – que é uma disciplina longa, que tem mais ou menos 6 meses - disciplina que tenta dar conta desse conjunto de competências que é a matriz de trabalho interprofissional colaborativo. Eu vejo meu papel dessa forma: de apoio à coordenação da residência, mas com pouca interface com os residentes - a não ser em momentos de sala de aula – e muito mais a interface com os preceptores, tutores e a coordenação (C1).

Sou tutora de campo: comecei a acompanhar os campos, virei docente de algumas disciplinas, e atuo bem diretamente no apoio junto com a coordenação (C2).

	Coordenação do Programa	Docente	Tutora de Campo	Facilitadora de curso de formação (docente/tutor/preceptor)	Membro da COREMU – USP representando programa	Presidente da COREMU – USP
C1	X	X		X		
C2	X	X	X	X	X	
C3	X	X				X

5.2.5.3 Projeto Político Pedagógico da residência

As entrevistadas compreendem que o Projeto Político Pedagógico (PPP) é um documento que descreve as diretrizes pedagógicas e políticas (políticas públicas de saúde mental, álcool e drogas e educação permanente), justificativa, objetivos, perfil do egresso, critérios de avaliação e divisão por eixos (teórico, teórico-prático e prático):

O projeto político-pedagógico responde: como que se desenha a iniciativa educacional; como ela se desenvolve e se avalia considerando as diretrizes pedagógicas; as estratégias que utilizamos; o detalhamento das ementas dessas disciplinas; quais são as bases avaliativas e os critérios; quem é o corpo docente e perfil do corpo docente; semana padrão com o desenho da residência, cumprindo toda a legislação que a comissão nacional de residência multi preconiza. É norteador da nossa prática e nós o utilizamos como parâmetro de avaliação, para saber pra onde estamos indo, como estamos indo, e se nós nos mantemos alinhados àquilo que nós planejamos (C1).

O PPP também apresenta os objetivos principais do programa de residência, que são: a formação pelo trabalho no SUS e a qualificação dos profissionais da saúde (residentes, preceptores, tutores, demais profissionais e serviços como um todo):

[C2 cita trecho de conversa com a preceptora] “*nossa que legal, a partir de um questionamento da residência estamos pensando todo o funcionamento do nosso serviço e tal*”. Eu acho que essa é a principal contribuição, um dos objetivos, de certa forma - eu não lembro se ele está explícito, mas eu creio que seja assim (C2).

Duas entrevistadas mencionam a flexibilidade que o PPP tem. Esse documento é escrito, entretanto está em constante reconstrução na medida que os processos

formativos acontecem. A possibilidade de rever esse documento caracteriza a compreensão da coordenação sobre o processo de aprendizagem e a abertura para reflexão e revisão do PPP no decorrer do percurso formativo:

Esse PPP é um PPP que está em processo de aprimoramento (C3).

É importante dizer que é um instrumento que tem possibilidade de ser revisto na medida em que as coisas são muito dinâmicas, não é um documento estanque, que foi feito uma vez e vai para uma gaveta; ele tem que ser sempre discutido, refletido e revisto quando for necessário (C1).

5.2.5.4 Situação atual do programa e metas iniciais

Uma entrevistada cita dois momentos de pactuação de metas, as primeiras que foram estabelecidas na parceria com a SENAD para a criação do Centro Colaborador de Álcool e Drogas. O acordo tinha três frentes relacionadas ao ensino e qualificação do SUS: curso de curta duração, especialização e residência multiprofissional. Dessa forma, o programa de residência cumpre uma meta pactuada.

Em um segundo momento, a partir da inserção na composição da coordenação, as entrevistadas compreendem que o programa cumpre suas metas iniciais: que a reformulação do PPP está de acordo com as exigências dos órgãos responsáveis; que há corpo docente organizado e alinhado à proposta da residência; que as avaliações estão padronizadas e baseadas em competências e que os eixos teóricos, teórico-práticos e práticos estão bem estabelecidos, cumprindo a carga horária e distribuição de acordo com a regulamentação do CNRMS e tornado o processo de trabalho estruturado:

O programa cumpriu metas iniciais, mas a cada momento você percebe novas necessidades. A meta de reorientação do PPP ficou boa, a meta de ter uma estrutura na universidade que, de fato, possa institucionalmente dar respaldo para os programas está cumprida. Mas nós, que tínhamos inicialmente uma grande facilidade na inserção nos cenários de prática no município, que tinha uma política de saúde, e uma política de saúde mental que estava minimamente adequada ou se adequando, isso já se perdeu (C3).

(...) também com relação aos residentes, eu acho que aprimoramos muito, tanto as metas, quanto os processos de trabalho. A primeira ou segunda turma era a gente fazendo muita coisa, inclusive escrevendo o projeto ao mesmo tempo para submeter" (...) Acho que a gente cresceu bastante, acho que tem a ver com esse aumento das pessoas colaboradoras do programa, do engajamento de todas, porque acredito que, de certa forma, é uma militância e não um emprego formal. Tem um engajamento dos profissionais que ali estão e que estão muito preocupados em garantir essa boa formação (C2).

5.2.5.5 Obstáculos no desenvolvimento do PPP e perspectivas de continuidade do programa

É unânime entre as entrevistadas que gestão pública é um grande obstáculo para o desenvolvimento do PPP. Para os membros da coordenação, as mudanças realizadas na gestão municipal (troca de prefeitos e de partidos políticos) e a gestão da saúde feita por OS tiveram grande repercussão nos campos de prática do programa. É possível identificar nos relatos da coordenação as mudanças de campo devido à precarização dos serviços, à troca de equipes e por adoecimento mental dos profissionais dos serviços da RAPS.

A coordenação menciona que o primeiro campo de prática na região central foi a RAPS – Sé, que, posteriormente, estabeleceu parceria com o Programa “De Braços Abertos (DBA)”. Ambos não compõem mais os cenários de prática em decorrência das mudanças de gestão, anteriormente mencionadas. Além da construção de convênios e parcerias com campos de prática, há também o investimento na formação dos profissionais (preceptores) que atuam nesses cenários e que, devido ao encerramento da parceria, se perde, e novo investimento em formação se faz necessário:

Hoje, talvez o maior problema, em relação ao cumprimento das metas iniciais, seja manter de fato o ensino em todos os pontos da rede, dentro da RAPS, fugindo da ideia do ensino só no hospital. Isso era uma tradição das residências, mas o município recuou demais na política de saúde mental, parou de investir na política, privatizou os serviços que estão sob gestão de OS (C3)

Eu acho que, como mudamos muito de preceptor, porque tem muitas mudanças nos campos, falta talvez uma formação mais consistente com relação a esse aspecto: às vezes começamos a fazer uma formação com alguns preceptores e aí, quando está ficando um grupo mais legal, as pessoas saem e começa de novo (C2).

O Projeto Político Pedagógico prevê a formação de preceptores e tutores. As entrevistadas mencionam a necessidade constante de formação devido à falta de compreensão do lugar da residência no serviço, papéis e funções do preceptor e alta rotatividade dos profissionais nos serviços da rede. A coordenadora aponta dificuldade na manutenção de cursos de capacitação e formação de preceptores e tutores devido à escassez de recursos humanos e financeiros.

O PPP implica em algum tipo de apoio formativo para os preceptores e tutores. Conseguimos fazer duas rodadas formativas, mas o fato é que nós não temos recurso nem financeiro nem humano para continuar investindo nisso. E isso é uma tensão permanente, a nível nacional, também entre os programas de residência que, para você desenvolver, digamos, o padrão ouro da residência, você tem que investir um pouco mais na formação de preceptores e tutores (C3).

Os fatores que interferem no desenvolvimento do PPP: ausência de compreensão do que é a residência multiprofissional; reconhecimento e remuneração de tutores e preceptores; falta de estímulo da carreira acadêmica dos profissionais da saúde pelos serviços; dificuldade de compreender os pontos da rede como unidades pedagógicas; e a importância da remuneração para marcar um lugar de grande responsabilidade, que é acompanhar e formar profissionais qualificados para saúde.

A equipe CAPS cresceu muito - e vamos identificando que grande parte da equipe ainda não entende o que é residência, ainda tem um desconhecimento do que é isso: que é uma estratégia relativamente nova, que tem toda a tradição da residência médica e essa da multi é mais nova então, efetivamente, muitas pessoas que estão nos serviços não tiveram a oportunidade de fazer essa residência e até desconheciam isso como uma possibilidade. Nesse sentido, mais nesse eixo com serviços, acho que é algo em formação (C2).

A coordenação considera que o atual contexto político, que contribui para um cenário de incertezas, exerce impacto direto na perspectiva de continuidade do programa. A política de saúde mental e de álcool e drogas, que são norteadores do programa, sofreu mudanças importantes desde sua implantação. Em 2019, foram aprovadas políticas de álcool e drogas nas três esferas (federal, estadual e municipal):

No caso da política de drogas, agora temos uma política municipal de drogas que saiu nesse ano, super fresquinha, mas que nunca tivemos. Também não existia isso como orientador, do ponto de vista do município, então usávamos a política nacional. Não ter esse orientador eu acredito ser um dificultador, um desafio (C2).

A gestão pública, nas três instâncias (federal, estadual e municipal), tem repercussão direta na universidade, no instituto formador e nos cenários de prática, contribuindo negativamente no processo formativo dos residentes e na continuidade do programa devido a diminuição de repasse de verba, ausência de contratação e reposição das equipes. Outro obstáculo apontado é a parceria estabelecida com a prefeitura e a falta de estabilidade que advém dessa relação que não compreende a inserção dos residentes como contrapartida das parcerias.

Os entraves que a prefeitura coloca também para essa parceria, como, por exemplo, o de não compreender o trabalho dos residentes já como uma certa contrapartida, como uma parceria. Então a prefeitura entende como um "favor" que eles fazem em ceder os campos de estágio para nós. E aí eu acho que esse lugar é bem ruim e é um desafio bem grande

de ser superado. E uma mercantilização disso que se converteram essas contrapartidas monetárias/financeiras para as universidades particulares (C2).

Ainda sobre a gestão da universidade, as entrevistadas referem-se à falta de apoio formal por parte da instituição, qual seja, serviços de secretaria; reconstrução de docentes e de profissionais que se desligaram da instituição; ausência de reconhecimento do programa, das atividades docentes e de coordenação:

Outro dia uma pessoa [apoio administrativo voluntário da residência] *falou “eu olho para a residência e penso ‘meu Deus, como isso roda?’* Não tinha como rodar com a quantidade de gente que trabalha voluntariamente, engajadamente, só pelo amor à causa. (...) Não ter esse reconhecimento do ponto de vista de uma contratação, de podermos estruturar um corpo que é contratado para isso, é um problema porque ficamos dependendo também das possibilidades das pessoas que, nesse momento, são muito legais, muito interessadas, muito engajadas (...) [mas] se tiverem que sair, eu não sei como a gente faz pra mudar um programa efetivamente, porque não temos como contratar outras pessoas (...) (C2).

(...) é o quanto a gente consegue ter capacidade de resistir a uma série de mudanças e transformações”. Enquanto estiver valendo a pena, nós continuamos fazendo tudo isso. Apesar das precariedades, às vezes, da falta de estrutura que precisaríamos para rodar um programa desses, a gente sabe o que faz (C1).

Uma entrevistada menciona que o lugar que os residentes ocupam nos cenários de prática e no programa, de forma geral, é um desafio, porque ora se apresentam como alunos, passíveis, esperando um modelo de ensino tradicional (bancário). Ora se apresentam ativamente, tomando decisões e exercendo autonomia. É desafiador enquanto coordenação, docente, tutor e preceptor identificar esse movimento e estimulá-los da melhor forma a otimizar o processo de educação pelo trabalho e aprendizagem significativa

Esse lugar híbrido que esses residentes ocupam de “eu sou aluno eu sou profissional”, dá pano pra manga: tem hora que eu quero ser aluno, que eu quero ficar aqui recebendo em um lugar mais próximo até de uma compreensão de aluno ruim, mas quero ficar aqui, ou quando eles querem se rebelar contra alguma coisa e dizem “não, mas eu também posso fazer porque eu sou profissional”, “não, então se eu não posso fazer isso, é porque vocês não estão reconhecendo que eu sou profissional e também não vou fazer isso (C2).

As três entrevistadas afirmam que o programa de residência e os colaboradores têm uma função política. Compor o grupo de colaboradores, assumir o compromisso de continuar formando e qualificando os profissionais para o SUS diante de tantas adversidades, é consenso entre as entrevistadas que a residência na sua função política é resistência:

Eu entendo essa residência quase como um movimento de resistência a uma série de questões, considerado o momento atual em que estamos vivendo, de ameaça a

conquistas nossas, por meio de movimentos democráticos legítimos, principalmente no que se refere às áreas sociais de educação e saúde. Quando a residência reúne e ela diz que a formação do especialista se dá no, pelo e para o trabalho, isso tem um viés ideológico sim: acreditamos que o profissional tem que ser formado para lidar com a realidade em que ele será inserido, que seja a RAPS, que seja no Sistema Único de Saúde. Como nós estamos vivendo um momento em que muitas coisas estão sendo colocadas em xeque, nós nos mantemos atravessando essas turbulências todas, tentando manter a coerência entre o que nós acreditamos, e no que nos comprometemos publicamente através de um documento chamado “Projeto Político Pedagógico (C1).

uma ideia que a gente vem tendo entre os programas da USP é poder fazer parcerias para poder otimizar também o tempo dispendido, especialmente em disciplinas teóricas, porque os programas de residência, de um modo geral, não têm apoio nenhum da universidade, nem das unidades. Eles são feitos por militância, empenho e dedicação dos profissionais, muitos deles voluntários, inclusive que aderem ao programa porque acreditam na importância de formar profissionais para essa área, e especialmente formar profissionais com a cabeça do trabalho em equipe, da interprofissionalidade (C3).

Os pontos positivos do programa, tendo em vista sua continuidade, estão relacionados a: qualidade da formação dos residentes, das equipes e qualificação dos serviços da RAPS; educação interprofissional e desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe e em rede; coerência e atenção com as disciplinas ofertadas; cumprimento das diretrizes e normas dos órgãos competentes; alinhamento e embasamento teórico correspondente a proposta formativa do programa e a área de concentração; os cenários de prática diversificado e compromisso e dedicação dos colaboradores.

Uma solução apontada para otimizar o tempo de dedicação dos docentes foi o estabelecimento de parcerias com outros programas para as disciplinas teóricas em comum:

(...) uma ideia que a gente vem tendo entre os programas da USP é poder fazer parcerias para poder otimizar também o tempo dispendido, especialmente em disciplinas teóricas, porque os programas de residência, de um modo geral, não tem apoio nenhum da universidade, nem das unidades; eles são feitos por militância, empenho e dedicação dos profissionais – muitos deles voluntários – que aderem ao programa porque acreditam na importância de formar profissionais para essa área, e especialmente formar profissionais com a cabeça do trabalho em equipe, da interprofissionalidade (C3).

6. DISCUSSÃO

A análise do PPP possibilitou a compreensão da complexidade que representa a implantação de um programa de residência multiprofissional, bem como seu desenvolvimento e continuidade. Tanto a implantação e o desenvolvimento exigem conhecimentos específicos sobre: as diretrizes e papel formativo do SUS; os objetivos e organização da RAPS; a área de concentração e as políticas que regulamentam o cuidado e as lacunas de formação na área. É necessário também, a identificação e mapeamento dos equipamentos que podem ser espaços pedagógicos e a identificação das necessidades da população. Analisar a conjuntura histórica, social e política é fundamental para perceber os determinantes sociais no processo saúde-doença, como também compreender como o território, o município e o Estado são administrados e quais as possíveis interferências na gestão e na atenção à saúde.

O programa se propõe a formar profissionais da saúde crítico-reflexivos, aptos para desenvolver prática interprofissional colaborativa em diversos serviços da RAPS, de forma ética e técnica, respeitando as necessidades dos indivíduos que fazem uso de álcool e outras drogas e integrando ensino, serviço, gestão e comunidade. A metodologia utilizada na formação, na avaliação dos profissionais e a na construção dos instrumentos estão alinhados aos objetivos e ao embasamento teórico do programa. No desenvolvimento das atividades, o programa cumpre as normativas do MEC/MS, da CNRMS e COREMU-USP com relação à grade curricular, à carga horária, à inserção dos residentes em cenários de prática diversificados, à formação docente e de preceptores e proporciona formação digna e de qualidade mesmo com equipe reduzida, com o sucateamento dos serviços da RAPS, falta de repasse de recursos financeiros e mudanças na gestão da saúde.

Além desses objetivos, o PPP e o programa de residência exercem função social e política. Para Saviani (1993, p.84), “é preciso considerar a existência de uma relação interna, isto é, toda prática educativa, como tal, possui uma dimensão política”. Toda proposta educativa cumpre essa função, dessa forma, todo Projeto Político Pedagógico

está “intimamente articulado ao compromisso sociopolítico com os interesses reais e coletivos da população majoritária. É político no sentido de compromisso com a formação do cidadão para um tipo de sociedade” (VEIGA, 1996, p.02). O fazer político é identificado em todos os momentos da execução do programa de residência no qual verifica-se o compromisso ético com a formação dos profissionais de saúde alinhados às necessidades da população e dos territórios vulneráveis do município. A formação fornece subsídio para a luta pelos direitos da população que tem prejuízos decorrentes do uso de álcool e outras drogas e outros transtornos mentais e também a luta pelos direitos dos profissionais da saúde.

É recomendado aos programas de residência multiprofissionais que estimulem o protagonismo dos atores envolvidos, considerando as necessidades locais e dos usuários. A criação do Ambulatório Noturno de Cuidado em Álcool e Outras Drogas (ANCAD) representou esse estímulo. A idealização do serviço teve início a partir dos questionamentos dos residentes sobre o acesso ao cuidado a partir de demandas de familiares que não conseguiam estar no serviço em horário comercial. A implantação do serviço noturno se deu a partir da parceria de duas coordenações (do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química e o Programa de Residência Uniprofissional em Saúde Mental) do Instituto de Psiquiatria e tramitou por um ano até ser aprovado pelo departamento. A implantação do ANCAD, desde 2018, representa o protagonismo dos residentes, da equipe que compõe os dois programas de residência, como também a ênfase no cuidado centrada no usuário.

O desenvolvimento das atividades dos preceptores, docentes e coordenação está relacionado à sua função no programa de residência. Os preceptores são profissionais da saúde que trabalham em um dos equipamentos da RAPS que é campo de prática conveniado ao programa. As atividades desenvolvidas estão relacionadas à atuação do profissional no serviço e à responsabilidade sob o processo formativo do residente. Os preceptores são responsáveis pela facilitação no processo de aprendizagem, por estimular autonomia e reflexão teórico-prática e também sensibilizar e orientar a equipe sobre a função dos residentes no serviço.

Há um aspecto atitudinal apontado pelos preceptores que é o cuidado e atenção que cabe ao preceptor na chegada do residente ao campo de prática. A educação é permeada de afetos e processos subjetivos, ao preceptor, devido à característica da relação cotidiana, cabe esse olhar mais subjetivo com possibilidades de identificar expectativas, ansiedades e às vezes, até adoecimento psíquico ao longo do processo formativo.

Os docentes realizam atividades mais objetivas e acompanham o processo formativo dos residentes de maneira mais pontual, durante uma disciplina apenas. A coordenação tem funções administrativas específicas e de atuação junto a COREMU-USP e a equipe de colaboradores de programa. A coordenação também acompanha o processo formativo do residente. O elemento comum entre todos esses colaboradores é o acúmulo de funções que pode ser explicado pelas questões relacionadas à gestão (dos serviços de saúde e da instituição de ensino).

O desenvolvimento do programa e das várias funções exercidas pelos colaboradores são possíveis, pois a coordenação faz uma gestão horizontal e há divisão de responsabilidades entre preceptores, docentes e tutores na tentativa de otimizar a mão de obra. Com isso, percebe-se a ampliação do diálogo, otimização do trabalho e da equipe e a potencialização na resolução dos problemas. A coordenação possibilita a participação de todos no desenvolvimento e na manutenção das atividades do programa. Fator que favorece maior engajamento dos colaboradores e motivação para manter-se no programa. Nota-se que a motivação para a manutenção dos colaboradores no programa está relacionada à abertura e disponibilidade individual e à percepção sobre a importância e necessidade de formar profissionais qualificados para o SUS.

Os residentes reconhecem a diversidade dos campos como fator importante no seu processo de aprendizagem, assim como a inserção nas equipes favorece as habilidades para o trabalho interprofissional, para o cuidado compartilhado e potencializa o aprendizado sobre a especificidade da sua profissão e também das outras. Embora ressaltam a potência do processo formativo, identificam o lugar complexo que ocupam nos serviços. No primeiro ano, ficam um semestre em cada campo e percebem que isso dificulta a entrada na equipe e no acompanhamento longitudinal do usuário do serviço.

Existe um movimento constante dos residentes para pertencer a equipe. Este lugar é considerado complexo, pois ao mesmo tempo, que o residente pertence a equipe e ele está ali por um tempo determinado. Os residentes identificam que esse lugar é desafiador, porém potente para seu processo formativo e percebem que seu processo também qualifica a equipe e o serviço que estão inseridos. Essa qualificação é um dos objetivos dos programas de residência, que é o fortalecimento da RAPS. Os residentes identificam que o programa de residência é uma excelente estratégia de formação posterior a graduação e que os qualificam para atuar no SUS e para ocuparem vagas nos equipamentos da RAPS.

Os egressos do programa atribuem a qualificação profissional à inserção na prática dos serviços e na realização do trabalho interprofissional. Os resultados da formação são percebidos e mantidos após a conclusão do programa. Os resultados apontados são: qualificação de prática, capacidade crítico-reflexiva, prática dialogada com teoria, educação permanente nos serviços, trabalho em conjunto com a amplificação do conhecimento para além do núcleo específico, conhecimento sobre o SUS e a RAPS, e segurança e confiança para a realização do trabalho.

Por meio dos resultados do programa evidenciados pelos egressos, pela descrição do processo formativo do residentes, docentes e preceptores fica evidente que o programa é embasado pelos princípios (valores, processos e resultados esperados) da Educação Interprofissional Colaborativa (BARR; LOW, 2011),

O desenvolvimento do programa também está alinhado aos princípios da EIP e observa-se que a organização dos conteúdos dos eixos teóricos, teórico-práticos e prática estão organizados e direcionados para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas ao trabalho em equipe, comunicação, colaboração interprofissional, liderança colaborativa, resolução de conflitos, gestão, identidade profissional e educação permanente.

Existe um modelo da avaliação dos resultados da EIP de Kirkpatrick (HAMMICK et al., 2009). É possível identificar os resultados da formação proporcionados pelo programa em todos os níveis: reação, modificação de percepção/atitude, aquisição de conhecimentos e habilidades, mudança comportamental, discreto resultado na mudança

de prática organizacional e benefícios aos pacientes. Tanto os egressos, quanto residentes e preceptores identificam esses resultados.

As bases avaliativas do programa, em especial a avaliação formativa, são ferramentas utilizadas e estão relacionadas à formação crítico-reflexiva e aos princípios da EIP que preconizam que a avaliação deve ser realizada por todos os colaboradores, incluindo os próprios residentes. A metodologia ativa e avaliação processual favorecem autonomia e protagonismo ao longo do percurso formativo do residente. Ao se auto avaliar, eles compreendem o que estão fazendo, qual seu papel e função, onde devem chegar e o que ainda falta fazer. A autoavaliação é muito incentivada pelo programa, o que contribuiu também para responsabilização dos mesmos pelo seu processo formativo.

A prática interprofissional colaborativa é identificada na relação com as equipes e com os usuários nos campos de prática. São os preceptores que identificam essa prática e seus elementos: comunicação interprofissional, trabalho com as equipes dos campos de prática, resolução de conflitos, reconhecimento dos papéis profissionais, respeito, cuidado mais humanizado com os usuários. E são os preceptores maiores facilitadores dessa prática.

Os resultados da prática interprofissional colaborativa estão perceptíveis na valorização do papel profissional, no fortalecimento de habilidades e competências comuns entre as profissões de saúde, na ampliação da atuação profissional e no manejo adequado de necessidades complexas (OMS, 2010).

Outros resultados apontados são semelhantes aos da EIP, como a melhora no custo-efetividade e segurança nas intervenções, fortalecimento da RAS, reconhecimento e compartilhamento de responsabilidades entre todos os envolvidos (usuário, equipe, família e comunidade), aumento da satisfação do usuário e cuidado integral baseado nos princípios norteadores do SUS (SILVA et al., 2015).

Sobre os obstáculos e pontos positivos relacionados ao desenvolvimento, manutenção e continuidade do programa, foi possível identificar alguns fatores que influenciam o processo.

Os atravessamentos políticos e a gestão pública representam grandes obstáculos no desenvolvimento e manutenção do programa. A mudança na gestão municipal teve

impacto na RAPS e foi possível identificar a precarização dos serviços, à troca de equipes e o adoecimento mental dos profissionais dos serviços da rede. Um forte exemplo deste impacto foi a finalização do convênio com a RAPS – Sé e posterior fechamento do Programa “De Braços Abertos (DBA)”. O descredenciamento de serviços acarreta também em constante investimento na capacitação dos profissionais (preceptores) que atuam nesses cenários. O encerramento de convênios demanda novo investimento em formação de preceptores. Somando a isso, existe a dificuldade na manutenção de cursos de capacitação e formação de preceptores e tutores devido à escassez de recursos humanos e financeiros.

O programa assumiu também o compromisso com a formação dos preceptores e desde sua implantação realizou duas capacitações. A formação para docência também foi percebida no desenvolvimento do programa. Três colaboradores que pertencem ao programa realizaram pós-graduação *stricto sensu*. E um egresso se tornou colaborador/docente após a conclusão de sua formação. Uma vez mais o Programa de Residência é um potente recurso formativo que qualifica todos os envolvidos no processo. Pode-se afirmar que é uma estratégia de formação de profissionais recém-graduados para o SUS e para trabalho em rede, mas também é uma estratégia de formação dos colaboradores e demais profissionais envolvidos.

A gestão de recursos financeiros é um obstáculo para as instituições de ensino e hospitais estaduais. Na universidade, a ausência de contratação de docentes gera sobrecarga dos demais, assim como a ausência de contratação na RAS, a diminuição visível do repasse de verbas e diminuição e ausência de apoio administrativo interfere negativamente no desenvolvimento e na manutenção do programa.

Os entrevistados percebem retrocesso na concepção ampliada de saúde, na assistência e no cuidado ofertados aos usuários de álcool e outras drogas. Em alguns serviços de saúde e de assistência, os profissionais relatam medo e insegurança ao abordar algumas ofertas de cuidado, como as estratégias de redução de danos, após aprovação do Decreto nº. 9.761/2019 que institui a Política Nacional de Álcool e Drogas. É um contexto de incertezas políticas e de insegurança que afeta a organização dos serviços, as práticas de cuidado, por consequência, o processo formativo dos residentes.

Somando a esse contexto político, ainda há falta de compreensão do que são os programas de residência multiprofissionais; como funcionam; quais são suas vantagens; qual o lugar do SUS e da RAPS na formação profissional, representam lacunas que comprometem os convênios e o aprendizado dos residentes. Preconceito, hierarquia rígida, estereótipos também são fatores que interferem no desenvolvimento dos programas de residência e da educação interprofissional colaborativa.

O residente ocupa um lugar híbrido nos serviços. Ele é profissional, mas está no serviço para se capacitar. Essa é uma condição desafiadora para todos os envolvidos no processo de aprendizagem, em especial, para o preceptor que necessita identificar as situações em que o residente ainda não tem conhecimento e habilidade para desempenhar uma determinada atividade e por isso precisa de acompanhamento e orientações práticas. Em outros momentos, cabe ao preceptor tensionar e estimular o protagonismo e a autonomia do profissional, pois o residente já é capaz de realizar determinada ação.

Os obstáculos para o desenvolvimento da EIP consistem na falta de abertura dos profissionais, no preconceito e na insegurança causada pelos processos de mudanças. A estratégia da EIP preconiza a horizontalidade dos processos de gestão, trabalho e cuidado; o reconhecimento das potencialidades e limitações profissionais; a possibilidade de ações conjuntas respeitando o conhecimento específico de cada área profissional e que visa a promover o protagonismo do usuário. É uma estratégia que na prática dos serviços e do cuidado altera a lógica tradicional da organização e hierarquização dos processos de atenção à saúde e da educação (BATISTA, 2012; REEVES, 2016; PEDUZZI, 2016, 2018).

A formação e qualificação dos profissionais da saúde por meio dos programas de residência multiprofissionais e que utilizam a EIP são processos desafiadores e permeados por muitas questões: políticas, institucionais e subjetivas. Lidar com a subjetividade de todos os envolvidos: mudanças de vida, junção de diferentes profissões, construção de identidade profissional em serviços de complexidades e com equipes com características diversas representam a complexidade que envolve o processo formativo.

Essa complexidade exige de todos os envolvidos grandes investimentos: de estudo, de energia, de escuta, de interação constante, de resistência e de afeto.

Os pontos positivos do programa tendo em vista sua continuidade, estão relacionadas: à qualidade da formação dos residentes, das equipes e à qualificação dos serviços da RAPS; à educação interprofissional e o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe e em rede; coerência e atenção com as disciplinas ofertadas; o cumprimento das diretrizes e normas dos órgãos competentes; alinhamento e embasamento teórico correspondente a proposta formativa do programa e a área de concentração; os cenários de prática diversificado e compromisso e dedicação dos colaboradores.

Uma solução apontada para otimizar o tempo de dedicação dos docentes e demais colaboradores é o estabelecimento de parcerias com outros programas de área de concentração semelhantes e com eixos teóricos comuns.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa atingiu os objetivos propostos e apresentou contribuições a partir da descrição e análise do processo de implantação e desenvolvimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química, com enfoque na construção dos processos de aprendizagem pautados pela Educação Interprofissional e Prática Colaborativa.

Os egressos trouxeram contribuições acerca da percepção dos resultados da formação pelo programa de residência relacionados à aquisição de conhecimento em saúde mental e na área de álcool e drogas. Apontaram ganhos nas habilidades para o trabalho em equipe na saúde e na assistência, e afirmam a atual colocação profissional está relacionada a qualificação obtida pelo programa de residência. O relato dos egressos evidencia os valores, processos e os resultados da Educação Interprofissional Colaborativa ao longo do percurso formativo.

Os preceptores, docentes e coordenadores descreveram suas inserções e atividades realizadas no programa. Os relatos possibilitaram conhecer o processo formativo dos residentes a partir das diferentes interações, identificar características do programa, das atividades e funções de cada colaboradores. As entrevistas permitiram identificar pontos positivos e obstáculos no desenvolvimento e na manutenção do programa.

A perspectiva dos residentes proporcionou compreensão acerca do processo formativo atual, como carga horária, semana padrão, grade de disciplinas, inserção nos campos de prática e atividades realizadas. Os residentes apontaram características formativas relacionadas aos princípios da Educação Interprofissional Colaborativa e também sinalizam as expectativas sobre o processo formativo e colocação profissional após a conclusão do programa.

A partir das entrevistas com todos os atores envolvidos no programa de residência, foi possível identificar pontos positivos do programa relacionados a formação

interprofissional, formação para docência e formação *stricto sensu*, mas também obstáculos no desenvolvimento, na manutenção e na continuidade do programa de residência relacionados, especialmente, às questões políticas e administrativas da município, estado e federação.

Ainda são necessários estudos sobre a temática para fomentar a sedimentação da proposta formativa dos programas de residência bem como a adoção da Educação Interprofissional como estratégia de ensino efetiva na qualificação dos profissionais da saúde. Recomenda-se a continuidade dos estudos longitudinais para a identificação da manutenção dos resultados formativos a longo prazo e nos serviços da rede de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

Anjos, Filho Nilton Correia dos; Souza Ana Maria Portela de. *A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil*. Interface (Botucatu) [Internet]. 2017. Mar [cited 2019 Dec 03]; 21(60): 63-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100063&lng=en>. Acesso em: 25 ago. 2018. <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>>.

Barr, Hugh. *Interprofessional Education. Today, Yesterday and Tomorrow. A review Commissioned by The Learning and Teaching Support Network for Health Sciences & Practice from The UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education*. Disponível em: <https://www.unmc.edu/bhecn/_documents/ipe-today-yesterday-tmmw-barr.pdf>. 1988>.

Barr, Hugh; Low Helena. *Principles of Interprofessional Education*. Disponível em: <<https://www.caipe.org/resources/publications/barr-low-2011-principles-interprofessional-education>>. Acesso em: jan.2019.

Bardin, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo. Edições 70. 2016.

Batista, Nildo Alves. *Educação Interprofissional em saúde: concepções e práticas*. Cadernos FNEPAS. Vol.2. janeiro 2012.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 set 1990.

_____. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui as Residências Multiprofissionais em Saúde.

_____. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui as Residências Multiprofissionais e em Área de Saúde.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Seção I, p.7. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

_____. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Institui a Rede de Atenção à Saúde.

_____. Portaria 3.0088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Atualiza o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e inclui áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.

CIHC. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. 2010. Disponível em: <<http://www.cihc-cpis.com/>>. Acesso em: 10 de julho de 2019.

Casanova, Isis Alexandrina; Batista, Nildo Alves; Ruiz-Moreno, Lúcia. *Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde*. ABCS Health Sci. 2015; 40(3):229-233 DOI. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7322/abcs-hs.v40i3.800>>. Acesso em: 28 de março de 2019.

CECCIM, Ricardo Brug. *Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário*. Interface Comunicação Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

CAIPE. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. United Kingdom: Center for The Advancement of Interprofessional Education – CAIPE, 2002. Disponível em: <<https://www.caipe.org/> 2002>. Acesso em: 06 de junho de 2018.

CNRMS. Secretaria de educação superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde resolução CRNRMS nº 3, de 16 de abril de 2012 Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 17 abr. 2012.

Costa, Marcelo Viana; Patrício, Karina Pavão; Câmara, Ana Maria Chagas Sette; Azevedo, George Dantas; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. *Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional*. Interface Comunicação Saúde educação. 19 supl I, 709-20, 2015.

Costa, Marcelo Viana; Peduzzi, Marina; Freire, José Rodrigues Filho; Gonçalves, Silva Cláudia Brandão. *Educação interprofissional na saúde*. SEDIS-UFRN. Natal.2018.

D'amour, D; Ferrada-Videla, M.; San Martin Rodriguez, L. Beaulieu. *The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks*. J Interprof Care. 2005 May;19 Suppl 1:116-31.

Diniz, Rosa Soraya; Esquerdo, Roseli. *Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde*. Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP, v. 21, n. 2, p. 637-656, jul. 2016

Haddad, Ana Estela; Morita, Maria Celeste; Pierantoni, Célia Regina; Brenelli, Sigisfredo Luis; Passarella, Teresa; Campos, Francisco Eduardo. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2010 June [cited 2019 Nov 28] ; 44(3): 383-393. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300001&lng=en>. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000015>>. Acesso em: 21 maio 2018.

Hammick, M.; Freeth, L.; Koppel, S.; Reeves, S.; Barr, H. *A best evidence systematic review of interprofessional education*: BEME Guide no. 9. Pages 735-751 | Published online: 03 Jul 2009.

Hean, Sarah Craddock Deborah; Hammick, Marilyn. *Theoretical insights into interprofessional education*. Pages 158-160 | Published online: 30 Jan 2012.

Marques, Pires Janote. *A observação participante na pesquisa de campo em educação*. Educação em Foco, ano 19 - n. 28 – mai./ago. 2016 p. 263-284.

Martins, Gabriel Del Mestre; Caregnato, Rita Catalina Aquino; Barroso, Vera Lucia Maciel; Ribas, Daniela Celiva Pedrotti. *Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica*. Ver. Gaúcha de Enferm. 37 (3): e57046, 1-6, 2016.

Moreira, Carlos Otávio Fiúza; Dias, Maria Socorro de Araújo. *Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação*. ABCS Health Sci. 2015; 40(3):300-305.

Mendes, V.E. *Redes de Atenção à Saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5): 2297-2305, 2010.

Neves, Denise Carmen Andrade; Gonçalves, Carla Ágda; Favaro, Tereza Cristina Pires. (2017). Pós-graduação e Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG: a produção do Serviço Social. *Revista Katálysis*, 20(2), 225-233. Disponível em:

<<https://dx.doi.org/10.1590/1982-02592017v20n2p225>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. 2010

Paim, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. ISBN: 978-85-7541-453-8. E-book interativo: 2015 (edição impressa: 2009). Apoio: Faperj.

Onocko-Campos, Rosana; Emerich, Bruno Ferrari; Ricci, Ellen Cristina. *Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo*. Interface (Botucatu) [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 28] ; 23: e170813. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100504&lng=en>. Acesso em: 18 fev. 2019. <<http://dx.doi.org/10.1590/interface.170813>>.

Peduzzi, M. *O SUS é interprofissional*. Interface. Comunicação Saúde Educação. 20(56):199-201, 2016.

Peduzzi, M.; Agreli, H.F. *Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care*. Interface (Botucatu). 2018; 22(Supl. 2):1525-34.

Pope, Catherine; Nicholas, Mays. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Artmed. 2009.

Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química. 2013.

Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas (REIP). Disponível em: <<https://www.educacioninterprofesional.org/pt>> Acesso em: 13 de setembro de 2019.

Reeves, Scott Zwarenstein, Merrick; Goldman, Joanne; BARR, Hugh; Freeth, Della; Koppel, Ivan; Hammick, Marilyn. *The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review*. Pages 230-241 | Published online: 23 Feb 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.3109/13561820903163405>>. Acesso em 02 de dezembro 2019

Reeves, S.; Perrier, L.; Goldman, J.; Freeth, D.; Zwarenstein, M. *Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No.: CD002213. DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub3.

Reeves, Scott. *Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care*. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 Mar [cited 2019 Nov 28] ; 20(56): 185-197. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>>

Saviani, Dermeval. *Educação: do senso comum à consciência filosófica* / Dermeval Saviani. UNICAMP / São Paulo: Autores Associados, 1993.

Silva, Jaqueline Alcântara Marcelino da; Peduzzi, Marina; Orchard, Carole; Leonello, Valéria Marli. *Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde**. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 Nov 28] ; 49(spe2): 16-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000800003>>. Acesso em: 28 de novembro 2019.

Silva, Leticia Batista. *Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica*. R.Katal. Florianopolis. V.21, n.1, p.200-209, jan./abr., 2018.

Teixeira, Nádia França. *Metodologias de pesquisa em educação: possibilidades e adequações*. Caderno pedagógico, Lajeado, v. 12, n. 2, p. 7-17, 2015. ISSN 1983-0882.

Tourato, Egberto Ribeiro. *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa*. Ver. Saúde Pública. 2005;39(3): 507-21 Pope Catherine, Mays Nicholas. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ed. Porto Alegre. Artmed. 2009.

USP. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias* / elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. – São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação – DBD/FMUSP, 2011.

Veiga, Ilma Passos A. (Org.). *Projeto político-pedagógico da escola : uma construção possível*. 2. ed. São Paulo: Papirus, 1996. 192 p.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pela CAPPesq/HCFMUSP

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Atenção Psicossocial em Saúde Mental - Álcool e drogas: desafios na construção de estratégias assistenciais e educacionais para o trabalho interprofissional

Pesquisador: Elisabete Ferreira Mangia

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 46268215.4.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.594.780

Apresentação do Projeto:

É apresentada emenda ao projeto com o propósito de servirem para projetos de pós graduação de dois alunos

Objetivo da Pesquisa:

Informar que serão desenvolvidos dois sub-projetos: 1) "A análise da implantação e desenvolvimento do programa de residência multiprofissional em saúde mental com ênfase em dependência química" que será dissertação de mestrado da aluna Mariana Verpa Sanches; 2) "O trabalho com grupos no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas", que será dissertação de mestrado do aluno Helton Alves de Lima. Os dois sub-projetos serão desenvolvidos sob orientação da responsável pelo protocolo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, pois somente entrevistas serão realizadas, sem intervenções

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os sub-projetos estão corretamente elaborados, e poderão gerar subsídios importantes para a atenção a casos de transtornos mentais, relacionados a álcool e drogas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLEs respectivos foram anexados e são adequados

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro:

UF: SP Cerqueira Cesar

Telefone: **Município:** SAO PAULO

CEP: 05.403-010

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 2.594.780

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_109002_3_E2.pdf	11/04/2018 12:03:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLESubProjetoFResidentes.docx	11/04/2018 11:59:51	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLESubProjetoFDocentes.docx	11/04/2018 11:58:03	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLESubprojetoE.doc	11/04/2018 11:57:36	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	SubprojetoF.docx	15/03/2018 12:07:00	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	Carta_Emenda_SubprojetoF.docx	15/03/2018 12:06:08	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito

Outros	SubProjetoE.doc	15/03/2018 12:01:03	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
--------	-----------------	------------------------	---------------------------	--------

Outros	Carta_Emenda_SubProjetoE.docx	15/03/2018 11:54:11	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
--------	-------------------------------	------------------------	---------------------------	--------

Outros

Bairro:

UF: SP

Telefone:

CEP:

USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 2.594.780

Justificativa de Ausência	TCLE_Usuarios_subprojetoD.docx	22/10/2015 09:56:00	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Funcionarios_subprojetoD.docx	22/10/2015 09:55:44	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SubprojetoD.docx	22/10/2015 09:54:48	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	Carta_Emenda.docx	22/10/2015 09:53:59	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	anuencia coordenador residência.pdf	04/08/2015 08:48:39		Aceito
Outros	autorização oeste (lapa pibheiros).jpg	29/07/2015 14:23:57		Aceito
Outros	pesquisa - autorização - centro.jpg	29/07/2015 14:23:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_RESIDENTES.doc	29/07/2015 14:19:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FUNCIONÁRIOS.doc	29/07/2015 14:18:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuario.doc	17/06/2015 15:55:49		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto conep.pdf	10/06/2015 15:18:29		Aceito
Outros	cadastro online.pdf	10/06/2015 15:17:12		Aceito
Outros	Ficha profissional (2).doc	22/05/2015 11:56:25		Aceito
Outros	ficha Serviço de Saúde.doc	22/05/2015 11:56:01		Aceito
Bairro: Outros Telefone:	cronograma pesquisa.docx	22/05/2015 11:52:28		Aceito

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 2.594.780

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 12 de Abril de 2018

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa: “A ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA”.

Pesquisador principal: Prof. Dra. Elisabete Ferreira Mângia

Departamento/Instituto: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar da pesquisa que tem o objetivo de conhecer e analisar a percepção dos residentes e egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com ênfase Dependência Química focando nos processos de ensino-aprendizagem pautados na educação interprofissional e práticas colaborativas. O programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com ênfase em Dependência Química é o primeiro programa que traz a especificidade do uso de substâncias nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde no município de São Paulo.

A pesquisa visa conhecer e analisar o projeto político pedagógico, o processo de implantação, o desenvolvimento e os resultados atuais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Álcool e Drogas. As contribuições decorrentes da participação na pesquisa estarão associadas às melhores práticas pedagógicas e melhorias e manutenção do programa de Residência.

Informamos que a pesquisa não oferece riscos. Você será convidado a participar de uma entrevista individual e/ou em grupo, chamado de grupo focal. Nesse encontro, procuraremos conhecer suas percepções acerca do seu processo de aprendizagem, enfatizando a educação interprofissional, o trabalho em equipe e metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Serão apresentados os roteiros para condução da entrevista/ grupo focal e gostaríamos de assegurar que cada participante terá total liberdade para decidir sobre a sua participação e para opinar sobre os assuntos de acordo com sua vontade e interesse.

Cada discussão em entrevista/ grupo focal será gravada e posteriormente transcrita. Em um segundo momento, as transcrições de cada entrevista e de cada grupo ficarão à disposição dos participantes que poderão solicitar as mesmas. Em qualquer momento, o participante pode retirar a sua autorização para que sejam utilizadas as informações coletadas.

Cada participante terá a garantia sobre o sigilo, privacidade e confidencialidade do conteúdo expresso. Também é garantido o acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas. Ademais, os

participantes terão salvaguarda da identificação em qualquer circunstância, inclusive em relação à solicitação de verificação dos documentos por Comitê de Ética.

O relatório final será apresentado em um seminário local, aberto a todos os participantes da pesquisa. Consideramos que a sua participação é muito importante para que possamos aprofundar o conhecimento sobre residência multiprofissional, ensino interprofissional, formação para o SUS e saúde mental comunitária.

Dessa forma gostaríamos de obter a sua autorização para a realização e gravação de sua entrevista/grupo e posterior inclusão de suas opiniões no relatório final da pesquisa.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir durante o processo de realização da pesquisa.

Em qualquer momento da pesquisa você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é a Prof. Dra Elisabete Ferreira Mângia que pode ser encontrada no endereço Rua Victor Brecheret 520 – 9DT3 Telefone (s) 3682-7459 e 30917457, e-mail. mangeli@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar -Tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 - E-mail:cappesq.adm@hc.fm.usp.br. Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP/SMS): Rua General Jardim, 36 - 1º andar - Tel: **11-33972464** - **Email: smscep@gmail.com**

Fui suficientemente informado a respeito do estudo “A ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA”. Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Responsável (Elisabete Ferreira Mângia) ou pessoa (s) por ele delegada (s) Mariana Verpa Sanches, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

Assinatura do participante /representante legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (OU ETIQUETA INSTITUCIONAL DE IDENTIFICAÇÃO) DO PARTICIPANTE
DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME:
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :
 SEXO : .M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:
/...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE
 CEP:..... TELEFONE: DDD
 (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA
 (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:
/...../.....
 ENDEREÇO: Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD
 (.....)

Anexo 3 – Grade curricular

Eixo Transversal do Programa			
Atividade	Semestre	Tipo Atividade	Carga Horária
Política de Saúde e Política de Saúde Mental	Primeiro	Teórica	80 h
Metodologia Científica	Primeiro	Teórica	30 h
Seminário e estudos dirigidos para o desenvolvimento de projetos monográficos	Segundo	Teórica	35 h
Orientação de trabalho monográfico I	Terceiro	teórico-prática	40 h
Orientação de trabalho monográfico II	Quarto	teórico-prática	42 h
Eixo de Área de Concentração do Programa			
Seminário: Cuidado em Saúde Mental e Trabalho em equipe	Primeiro	Teórica ou teórico-prática	120 h
Estágio: Rede de Atenção Psicossocial	Primeiro ao quarto	Prática Semestral Total	1.152 h 4.608 h
Drogas e Cultura	Segundo	Teórica	60 h
Seminário: Cuidado em Álcool e drogas /Ferramentas para a construção de Projetos terapêuticos singulares	Terceiro	teórico-prática	130 h
Modelos e abordagens terapêuticas	Terceiro	Teórica	64 h
Seminário Trabalho Interprofissional	Terceiro	teórico-prática	124 h
Aspectos biopsicossociais relacionados ao uso de substâncias psicoativas	Quarto	Teórica	60 h
Gestão de redes e serviços em Saúde Mental/Álcool e drogas	Quarto	Teórica	123 h
Eixo Específico Área Profissional			
Seminário de área profissional I - estado da arte e competências específicas em saúde mental - Serviço Social, Enfermagem, Psicologia e Terapia Ocupacional	Primeiro	teórico-prática	58 hs
Seminários de área profissional II - Princípios e estratégias da Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental/ álcool e drogas – Serviço Social, Enfermagem, Psicologia e Terapia Ocupacional	Segundo	teórico-prática	63 h
Seminários de área profissional III– Trabalho em interprofissional em Saúde Mental/ álcool e drogas Serviço Social, Enfermagem, Psicologia e Terapia Ocupacional	Terceiro	teórico-prática	60 h
Seminários de área profissional IV desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares - Serviço Social, Enfermagem, Psicologia e Terapia Ocupacional	Quarto	teórico-prática	63 h

Anexo 4 – Roteiro de entrevista – egresso

ROTEIRO PARA EGRESSOS DO PROGRAMA

Apresentação

Sou Mariana Verpa Sanches, aluna de mestrado, orientada pela Profa. Elisabete Ferreira Mângia. O título da minha pesquisa é **“A Experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química: Desafios do Ensino Interprofissional Colaborativo ”**. A pesquisa tem o objetivo de conhecer o processo de implantação e desenvolvimento e os resultados do Programa de Residência com enfoque na construção dos processos de aprendizagem pautados pela educação interprofissional colaborativa. A entrevista tem o objetivo de conhecer a percepção dos egressos considerando os resultados da formação no programa

A seguir, o roteiro. Você pode responder apenas aquelas perguntas que se sentir à vontade. Faremos a leitura em conjunto e se tiver alguma dúvida, não hesite em perguntar. Quando estiver pronto, ligarei o gravador e você pode responder na ordem que for conveniente. Não vou interromper sua fala. Com isso, busco proporcionar um relato livre da sua percepção.

Após a transcrição do áudio, você receberá a versão transcrita para validar e fazer alterações que julgar necessárias. Quando concluído o trabalho, você receberá o produto final.

Agradeço muito sua participação e sua disponibilidade.

- 1) Como foi sua experiência formativa no programa?
- 2) Como vê o resultado dessa formação em sua experiência profissional?
- 3) Qual foi seu percurso profissional após a conclusão da residência?
- 4) Quais suas expectativas formativas e profissionais atuais?
- 5) Qual o seu percurso profissional após a conclusão da residência e se você se mantém na área de AD?

Anexo 5 – Roteiro de entrevista – residente

ROTEIRO PARA RESIDENTES DO PROGRAMA

Apresentação

Sou Mariana Verpa Sanches, aluna de mestrado, orientada pela Profa. Elisabete Ferreira Mângia. O título da minha pesquisa é **“A Experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química: Desafios do Ensino Interprofissional Colaborativo”**. A pesquisa tem o objetivo de conhecer o processo de implantação e desenvolvimento e os resultados do Programa de Residência com enfoque na construção dos processos de aprendizagem pautados pela educação interprofissional colaborativa. A entrevista tem como objetivo conhecer as expectativas e a percepção dos residentes do Programa considerando seu processo formativo.

A seguir o roteiro. Você pode responder apenas aquelas perguntas que se sentir à vontade. Faremos a leitura em conjunto e se tiver alguma dúvida, não hesite em perguntar. Quando estiver pronto, ligarei o gravador e você pode responder na ordem que for conveniente. Não vou interromper sua fala. Com isso, busco proporcionar um relato livre da sua percepção.

Após a transcrição do áudio, você receberá a versão transcrita para validar e fazer alterações que julgar necessárias. Quando concluído o trabalho, você receberá o produto final.

Agradeço muito sua participação e sua disponibilidade.

De acordo com sua experiência no programa:

- 1) Em que consiste sua rotina como residente?
- 2) Como se desenvolve sua atuação nos cenários de prática?
- 3) Como se desenvolve a formação teórico e teórico-prática?
- 4) Como se desenvolve sua relação com os demais residentes no contexto das atividades propostas pelo programa? Descreva e comente o que julgar importante.
- 5) Como você vê a proposta formativa desenvolvida pelo programa?
- 6) Quais são suas expectativas atuais em relação ao percurso formativo?

Anexo 6 – Roteiro de entrevista – preceptor/docente

ROTEIRO PARA PRECEPTORES E DOCENTES

Apresentação

Sou Mariana Verpa Sanches, aluna de mestrado, orientada pela Profa. Elisabete Ferreira Mângia. O título da minha pesquisa é **“A Experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química: Desafios do Ensino Interprofissional Colaborativo ”**. A pesquisa tem o objetivo de conhecer o processo de implantação e desenvolvimento e os resultados do Programa de Residência com enfoque na construção dos processos de aprendizagem pautados pela educação interprofissional colaborativa. A entrevista tem o objetivo de conhecer a percepção dos preceptores/tutores e docentes considerando o desenvolvimento de suas atividades no programa.

A seguir, o roteiro. Você pode responder apenas aquelas perguntas que se sentir à vontade. Faremos a leitura em conjunto e se tiver alguma dúvida, não hesite em perguntar. Quando estiver pronto, ligarei o gravador e você pode responder na ordem que for conveniente. Não vou interromper sua fala. Com isso, busco proporcionar um relato livre da sua percepção.

Após a transcrição do áudio, você receberá a versão transcrita para validar e fazer alterações que julgar necessárias. Quando concluído o trabalho, você receberá o produto final.

Agradeço muito sua participação e sua disponibilidade.

- 1) Como se dá sua inserção e em que consiste suas atividades?
- 2) O que caracteriza seu trabalho junto aos residentes?
- 3) Como você percebe o percurso formativo do residente?
- 4) Como você avalia a proposta formativa do Programa?

Apenas para preceptores:

- 5) Como se dá a interação e participação dos residentes no cenário de prática?

Anexo 7 – Roteiro de entrevista - coordenação

ROTEIRO DE ENTREVISTA COORDENAÇÃO

Apresentação

Sou Mariana Verpa Sanches, aluna de mestrado, orientada pela Profa. Elisabete Ferreira Mângia. O título da minha pesquisa é **“A Experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química: Desafios do Ensino Interprofissional Colaborativo”**. A pesquisa tem o objetivo de conhecer o processo de implantação e desenvolvimento e os resultados do Programa de Residência com enfoque na construção dos processos de aprendizagem pautados pela educação interprofissional colaborativa. A entrevista tem o objetivo de conhecer a percepção da coordenação do programa no desenvolvimento de suas atividades.

A seguir, o roteiro. Você pode responder apenas aquelas perguntas que se sentir à vontade. Faremos a leitura em conjunto e se tiver alguma dúvida, não hesite em perguntar. Quando estiver pronto, ligarei o gravador e você pode responder na ordem que for conveniente. Não vou interromper sua fala. Com isso, busco proporcionar um relato livre da sua percepção.

Após a transcrição do áudio, você receberá a versão transcrita para validar e fazer alterações que julgar necessárias. Quando concluído o trabalho, você receberá o produto final.

Agradeço muito sua participação e sua disponibilidade.

- 1) Como se dá sua inserção na coordenação do programa?
- 2) Em que consiste o Projeto Político Pedagógico (PPP) da residência, descreva.
- 3) Como você avalia a atual situação do programa em relação as metas iniciais?
- 4) Quais os obstáculos no desenvolvimento do PPP?
- 5) Qual a perspectiva de continuidade do programa?