



A PERSPECTIVA DOS RESIDENTES EM RELAÇÃO À OFERTA DE ATENDIMENTO DO CAPS AD III DA CIDADE DE PALMAS-TO NO PERÍODO DE PANDEMIA POR COVID-19

Aline Maria Dengo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1333-2226>.

E-mail: alinedengo@outlook.com.

Ana Carolina Peixoto do Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2051-7838>.

Ramidh Fonseca Feitosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4301-2824>.

Resumo: O estudo buscou demonstrar a experiência da Residência em Saúde Mental no cenário de prática CAPS AD III, de Palmas-TO, no período de pandemia pelo Novo Coronavírus (COVID-19), suas relações teóricas e legislativas com a vivência em cenário de prática e como isso impactou na vivência e, conseqüentemente, no processo de ensino-aprendizagem dos residentes. Essa análise se deu por meio do registro em diários de campo das experiências vivenciadas, no período de novembro de 2020 a junho de 2021, e, posteriormente, pela realização de uma análise qualitativa com considerações crítico-reflexivas sobre os achados. Observou-se que os grandes impactos no aprendizado dos residentes consistiram, em suma, na alteração da dinâmica do serviço pela pandemia, com potencialidades para a criação de novas estratégias sobre fragilidades percebidas, tal qual a dificuldade em execução do proposto. Além disso, foi analisada a resistência da equipe em apropriar-se das propostas dos residentes e a dificuldade destes em desenvolverem suas práticas, e também, quando essa prática encontrava-se em curso, a nova mudança de cenário dela. Conclui-se, a partir do exposto, que as circunstâncias de pandemia impactaram de diversas formas no aprendizado. Ainda, a resistência da equipe e a dinâmica do serviço, bem como dos processos rotativos da residência, precisam ser considerados e refletidos posteriormente, pois influem diretamente no modo de trabalho e vivência dos residentes, conseqüentemente, em suas práticas e intervenções.

Sugerem-se novos estudos e explicações sobre os processos de ensino-aprendizado, considerando as ponderações dos residentes que estão vivenciando diretamente esse processo.

Palavras-chave: CAPS AD. Residência multiprofissional. Novo Coronavírus. COVID-19.

THE PERSPECTIVE OF THE RESIDENTS IN RELATION TO THE CARE OFFER OF CAPS AD III IN THE CITY OF PALMAS-TO IN THE PERIOD OF PANDEMIC BY COVID-19

Abstract: The study sought to demonstrate the experience of Residency in Mental Health in the CAPS AD III practice scenario of Palmas-TO during the period of pandemic by the New Coronavirus - COVID-19, its theoretical and legislative relationships with the experience in a practical scenario and how this impacted in the experience and consequently, there is no teaching-learning process of the residents. This was done through the registration in field losses of the experiences lived, in the period from November 2020 to June 2021 and later, the performance of a qualitative analysis with reflective-critical considerations on the findings. It was observed that the major impacts on the residents' learning consisted, in short, in the change in the dynamics of the service due to the pandemic, with potential for the creation of new strategies such as weaknesses, such as the difficulty in carrying out the proposal. Also, the team's resistance to appropriating the residents' proposals and their need to develop their practices, and, when the practice is in progress, the new change of practice scenario. It is concluded, from the above, that the circumstances of the pandemic impacted learning in different ways, and also the resistance of the team and the dynamics of the service, as well as the rotating processes of the residence, needs to be considered and reflected separately, as they influence directly in the way of working and living of the residents, consequently, in their practices and operations. New studies and explanations about the teaching-learning processes are suggested, considering the considerations of residents who are directly experiencing this process.

Keywords: Multiprofessional residence. New Coronavirus - COVID-19.

Introdução

A pandemia pelo novo coronavírus trouxe diversos impactos em todos os aspectos cotidianos, incluindo a interferência na dinâmica ocupacional e laboral, com ênfase nos serviços de saúde (CRUZ *et al.*, 2020).

Algumas situações trazidas pela pandemia, como o isolamento social, o distanciamento, o *lockdown*, os trabalhos de forma remota, a morte e o luto, a crise financeira e, conseqüentemente, a perda/diminuição de renda, o aumento do uso de álcool e outras drogas e do número de crises psicológicas, foram pontos observados e considerados de suma importância na análise provida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020), que ressaltou a necessidade de atenção e de investimento na saúde mental.

Considerando a demanda de saúde mental no Brasil, agravada diante dos fatores ocasionados pela pandemia, bem como levando em conta as medidas e os direcionamentos sanitários para diminuir a proliferação do vírus, diversas diretrizes sobre o modelo de atuação e atendimento nessa área foram repassadas, como a Recomendação nº 040/2020 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020), que instituiu orientações sobre os atendimentos em saúde mental no momento de pandemia pelo novo coronavírus, redirecionando os atendimentos e ofertas de serviços.

Os serviços especializados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) destinados a prestar assistência às pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e de outras drogas, são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cada qual de acordo com sua modalidade. A proposta dos CAPS é o trabalho territorial e comunitário, que considera os indivíduos como pertencentes a um local, isto é, são integrantes e compõem um espaço de visibilidade, e o cuidado é norteado por um Projeto Terapêutico Singular elaborado de forma multidisciplinar, que contribui para a construção de uma rotina ligada ao serviço (BRASIL, 2012).

Além de ser local de assistência em saúde mental, os CAPS também são dispositivos de educação permanente em saúde, compondo os cenários de prática do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da cidade de Palmas-TO, *locus* desta pesquisa. Os impactos da pandemia interferem também na reorganização e na mudança no processo de aprendizagem dos residentes em saúde, uma vez que grande parte de sua formação teórico-prática acontece em serviços como esses. Este trabalho é construído a partir da vivência de residentes da área multiprofissional de saúde mental, no período de novembro de 2020 a julho de 2021, no CAPS AD III (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas).

Objetiva-se, por conseguinte, demonstrar e refletir sobre as atividades previstas por meio da legislação vigente e da literatura do campo, sobre a proposta e a oferta em cenário de prática, durante um período da pandemia pelo novo coronavírus, e como isso impacta no aprendizado dos residentes. O método utilizado envolve a revisão bibliográfica e registros e anotações em diários de campo, propondo uma análise qualitativa, relatando a experiência e as considerações crítico-reflexivas encontradas durante o processo de trabalho e de análise dos resultados obtidos.

A trajetória da Saúde Mental no Brasil

A assistência em saúde mental foi negligenciada durante séculos, sendo o adoecimento psíquico atribuído a outros fenômenos. Durante a Idade Média, esse adoecimento era visto a partir dos moldes religiosos, considerados como possessão demoníaca. Um dos movimentos de exclusão dessa época foi a "Nau dos Loucos", em que pessoas julgadas insanas eram colocadas em porões de barcos e lançadas ao mar (FOUCAULT, 2008) – ainda que não constituísse um evento de ocorrência generalizada, tornou-se alegoria da segregação imposta.

Com a instituição dos hospitais psiquiátricos de modelo asilar nos anos seguintes, tem-se uma higienização social de todo aquele que era considerado indesejado na sociedade, isto é, eram institucionalizados os desabrigados, os pobres, os doentes, as prostitutas, as pessoas com deficiências físicas e os considerados “loucos”. Esses locais serviam como depositários humanos e suas precárias condições de cuidado, higiene e assepsia contribuíam para a proliferação de diversas doenças. Quando a enfermidade passa a ser vista como um problema de cunho orgânico, Pinel funda estratégias disciplinares pautadas na ordem, como o isolamento e a camisa de força, visando normalizar e conter os internos para que recuperassem a racionalidade (BARBOSA *et al.*, 2016).

Durante o século XX, com o desenvolvimento tecnológico e a produção e o aprimoramento de medicações, resultando em um avanço da psicofarmacologia, há um deslocamento e uma abertura da psiquiatria institucional para a prática de outros modelos de atendimento. Desse modo, com a psiquiatria ambulatorial e a prática liberal de psicoterapias, as neuroses são dissipadas dos manicômios e paulatinamente são integradas na subjetividade do homem moderno, estreitando o conceito de doença mental em torno de psicoses, representadas pelos delírios e alucinações. Concomitante a isso, entre as décadas de 1960 e 1980, novas modificações vão ocorrendo, sendo, inclusive, fruto do movimento antipsiquiátrico, que questiona a psiquiatria institucional e repensa os conceitos de “loucura” considerando os dilemas existenciais e as demais condições biopsicossocioculturais das pessoas (CARNEIRO, 2008).

Em meados da década de 1970, após diversas denúncias de violação de direitos humanos e insalubridade dos locais, desperta-se um olhar humanizado e reflexivo sobre a saúde mental. Esse processo inicia-se na Itália por Franco Basaglia, propondo uma reforma na psiquiatria de base, e estende-se, inicialmente, por toda a Europa e, então, para todo o mundo (DESVIAT, 2015).

No Brasil, é o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, inspirado na reforma psiquiátrica italiana, na Revolução Francesa – com os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade – e em conhecimentos das condições que os pacientes dos hospitais psiquiátricos eram mantidos, iniciam o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Essa reforma visava à reinserção social e à desinstitucionalização dos sujeitos esquecidos e excluídos do convívio social nos manicômios. Ainda, a luta antimanicomial também representou – e representa – um

movimento social e marco de grande importância para a mudança no modelo asilar (BRASIL, 2005).

Vários movimentos foram realizados até a consolidação da Reforma. Um deles, a Carta de Bauru, apresentada no Congresso de Trabalhadores de Serviços de Saúde Mental, em dezembro de 1987, na cidade de Bauru (SP), foi de suma importância e reuniu diversos trabalhadores, militantes, familiares e usuários do sistema de saúde mental que reivindicavam o fim dos manicômios asilares e uma nova estrutura de atendimento em saúde mental, dando origem ao Projeto de Lei Paulo Delgado. Esse movimento é de fato consolidado em abril de 2001 por meio da publicação da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A partir desta, são criadas novas leis e portarias redirecionando e oferecendo estratégias para atendimento das pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais e usuários de álcool, *crack* e outras drogas, sem a necessidade de uma internação restrita do convívio social (AMARANTE, 1995).

Por outro lado, ao falar sobre o cuidado aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas, é importante salientar o estigma que esses sujeitos carregam, sendo diversas vezes relacionados à criminalidade e à delinquência. Isso contribui também para o preconceito no atendimento e cuidado em saúde, muitas vezes sendo igualmente negligenciados, julgados como bêbados, drogados que não merecem a atenção e o cuidado como os demais usuários (PAULA *et al.*, 2014).

Assim sendo, as políticas de cuidado em saúde mental, bem como a Política Nacional de Humanização, são fundamentais no atendimento, colaborando para assegurar os princípios do SUS, estimulando a cidadania e garantindo direitos, principalmente para populações vulneráveis e estigmatizadas, como é o caso dos usuários de álcool, *crack* e outras drogas.

O cuidado em saúde para usuários de álcool, *crack* e outras drogas

De acordo com o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população brasileira (BASTOS *et al.*, 2017) e levando em consideração a heterogeneidade do país, composto de diversas culturas, observou-se que a maconha é a droga mais consumida (com mais de 7% da população pesquisada) – e menos estigmatizada. Já o *crack* teve um número reduzido se comparado à pesquisa anterior (com 0,9% de consumidores regulares); entretanto, vale ressaltar que a pesquisa é de caráter domiciliar, e o consumo de *crack* ocorre comumente

em ambientes públicos e por pessoas em situação de rua, com mais de 360 mil pessoas em uso problemático no Brasil, como apontado na Pesquisa Nacional sobre o Uso de *Crack* (BASTOS; BERTONI, 2014). Em contrapartida, o álcool revelou um padrão de consumo alarmante no país (com 16,5% da população pesquisada) e também o maior causador de mortes quando comparado às outras drogas (BASTOS *et al.*, 2017). Considerou-se diversos aspectos que corroboram na liderança do álcool no *ranking*, como o fato de ser uma substância lícita, de fácil acesso e que faz parte da cultura brasileira. Esses dados são fundamentais para compreender o perfil da população e pensar em estratégias e políticas de saúde para atender tal demanda.

Considerando os diversos movimentos de reestruturação e reorganização do modelo de atendimento em saúde mental, nota-se especificamente a população usuária de álcool, *crack* e outras drogas como uma população com características especiais e uma demanda significativa, necessitando de uma atenção especializada e direcionada. A saúde mental dispõe de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída a partir da Portaria nº 3.088/2011, que engloba diversos dispositivos de cuidado em saúde, incluindo a atenção primária, secundária e terciária, como instrumentos territoriais, que colaboram para a qualidade de vida e a autonomia dos usuários.

Um dos principais apoios da RAPS são os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), instituídos pela Portaria nº 336/02 (BRASIL, 2002). Os CAPS têm como objetivo o acolhimento e tratamento de usuários com transtornos mentais e pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, baseados no cuidado integral, preservando a autonomia e pautados nos princípios de humanização dos serviços de saúde. Os CAPS, de acordo com a Portaria nº 3.088/11 (BRASIL, 2011) e a Portaria nº 3.588/17 (BRASIL, 2017), são caracterizados de acordo com o porte do município, a equipe multiprofissional e a oferta de atendimentos, podendo ser: CAPS I (acima de 20 mil habitantes); II (acima de 70 mil hab.); III (acima de 300 mil hab.), CAPS Álcool e outras Drogas – CAPS AD (acima de 70 mil hab.); CAPS infanto-juvenil – CAPSi (acima de 150 mil hab.); CAPS AD III - funcionamento 24 horas (acima de 200 mil hab.) e CAPS AD IV (acima de 500 mil hab. ou capitais de estado), cada qual com seu público específico.

O modelo psicossocial adotado pelos CAPS busca somar a integralidade do sujeito, observando os fatores biopsicossocioculturais, considerando a territorialização e a descentralização do cuidado, preocupando-se com as demandas de sofrimento psíquico,

buscando a reinserção social, o empoderamento e a autonomia do sujeito, pelo cuidado interdisciplinar, combatendo estigmas e preconceitos (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019). O serviço ofertado constitui-se como diário, de caráter aberto, comunitário e multidisciplinar com atendimentos individuais, psicoterápicos, oferta e dispensa de medicação, grupos terapêuticos, visitas e atendimentos domiciliares, atendimentos voltados para a família do usuário assistido e atendimento de reabilitação psicossocial, sendo uma estratégia substitutiva ao modelo asilar.

No que tange os Centros de Atenção Psicossocial modalidade Álcool, Crack e Outras Drogas 24 horas (CAPS AD III), explanar-se-á acerca das atividades previstas e asseguradas na legislação vigente, isto é, instituído pela Portaria nº 336/02 (BRASIL, 2002) e redefinido pela Portaria nº 130/2012 (BRASIL, 2012), bem como suas disposições, seu funcionamento e seus recursos humanos.

O CAPS AD III é um serviço de base territorial, que funciona no caráter de portas abertas, sem a exigência de encaminhamento, 24 horas por dia nos 7 dias da semana, sem agendamentos ou impedimentos, visando à atenção integral e contínua aos usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Além disso, oferta atendimentos individuais e grupais nas diversas categorias profissionais que compõem a equipe, bem como oficinas terapêuticas, como capacitações e/ou atividades laborais, dispensa de medicações e assistência para o uso delas. Dispõe de leitos para acolhimento noturno, pautados principalmente na desintoxicação, repouso e proteção, não sendo medida de abrigo noturno nem de longa permanência. Ele pode atender ou não crianças e adolescentes; entretanto, caso atenda, é necessário se adequar ao que o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) prevê (*ibid.*, 2012).

O tratamento é guiado pelo Projeto Terapêutico Singular, elaborado pela equipe multidisciplinar em conjunto com o usuário e seus familiares, com vias a auxiliar em seu cotidiano e melhorar a qualidade de vida. Conta com profissionais de referência para o acompanhamento dos usuários e seus familiares, ofertando, ainda, suporte para os entes, independentemente do vínculo que o usuário tenha com o serviço, isto é, nos casos em que o usuário se desvincula do serviço, mas a família ainda busca auxílio e cuidado (*ibid.*, 2012).

O trabalho do CAPS AD é orientado pela Política de Redução de Danos instituída pela Portaria nº 1.028/2005 (BRASIL, 2005), sendo um conjunto de estratégias direcionadas a minimizar riscos e danos associados ao uso de drogas, mesmo que os usuários não desejem ou

não consigam interromper o consumo. Essas estratégias contribuem na prevenção, atenção e no suporte social dos usuários, incluindo a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, hepatites virais, agravos em saúde, tratamento para dependência e distribuição de insumos que corroborem com essa premissa, como preservativos, água potável, seringas e agulhas, canudos descartáveis, entre outros (INGLEZ-DIAS, 2014).

Para que se oferte o cuidado integral e articulado entre diversos serviços da RAPS, faz-se necessária a atuação intersetorial e multidisciplinar, de modo coletivo e grupal, articulando-se aos diversos pontos da rede, como os serviços de urgência e emergência, matriciando e orientando a atenção primária, buscando dispositivos territoriais, como igrejas e parques, sempre na ótica da interdisciplinaridade e cuidado contínuo.

Essa prática assegura o cuidado descentralizado do paciente, envolvendo outras esferas que o afetam, como o atendimento e a orientação para familiares, tanto *in locu* quanto em visitas e atendimentos domiciliares. Esse é um fator relevante, pois como é previsto, o CAPS AD III abrange um número populacional extenso e/ou regional, podendo ser um fator de dificuldade de acesso para alguns usuários e familiares em situações vulneráveis. Dessa forma, busca garantir outros fatores previstos, como a inclusão, a acessibilidade, o autocuidado, o resgate de autonomia e a cidadania, tanto do usuário como de seus familiares, por meio da estimulação do protagonismo destes, através de assembleias, reuniões e repasse de conhecimentos (ARAÚJO; SOARES, 2018).

Considerando a equipe efetiva mínima, outros profissionais que compõem o cenário do CAPS AD III são os residentes em saúde, que apoiam nas ações em saúde mental e na qualificação por meio da educação permanente, com a inserção de profissionais em processo de formação, desenvolvendo atividades junto ao cenário de prática, orientados pelos profissionais preceptores e aprimorando o serviço (WETZEL, 2018).

As residências multiprofissionais em saúde

As Residências Multiprofissionais em Saúde são uma modalidade de ensino de pós-graduação Lato Sensu, de caráter especializado por meio de ensino em serviço, orientadas pelos princípios e pelas diretrizes do SUS, instituídas a partir da Lei nº 11.129/05 (BRASIL, 2005) e constantemente regulamentadas. A Portaria nº 1.077/09 (BRASIL, 2009) elucida as promulgações anteriores, institui o programa de bolsas de residentes multiprofissionais e

estabelece a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), que é responsável pela avaliação, supervisão e regulação da área. As profissões abrangidas como equipe multiprofissional são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A residência possui caráter de dedicação exclusiva, inserção em cenários de prática locais, de acordo com a proposta de cada programa, isto é, de acordo com a formação que cada especialização se propõe, integrando saberes e práticas, construindo competências compartilhadas que propiciam a educação permanente em saúde. É importante salientar que a regulação da residência é feita pela parceria entre o Ministério de Educação e o Ministério da Saúde, o que confere aos candidatos aprovados o caráter de estudantes-bolsistas e não de trabalhadores efetivos dos serviços em saúde.

No programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Palmas-TO, algumas particularidades importantes ocorrem devido ao perfil da cidade, à proposta pedagógica e metodológica e, também, à organização interna da instituição que rege as residências. Os residentes em saúde mental vivenciam quatro cenários de prática, embora possa haver exceções, sendo eles o CAPS II, o CAPS AD III, o Consultório na Rua e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), e são acompanhados por profissionais preceptores em cada serviço, além de participarem de outros espaços de aprendizagem que contribuem para a integração teoria-prática. Esses cenários são vivenciados em ciclos de oito meses, isto é, de todos os residentes, subdividem-se grupos que passam um período em cada cenário, alternando-se após o final do ciclo. Em suma, os residentes experienciam oito meses no CAPS II, oito meses no CAPS AD III e oito meses no Consultório na Rua e NASF, concomitantemente. É importante ressaltar que os residentes vão para NASFs distintos, de acordo com território em saúde que estão inseridos.

As residências em saúde corroboram para o aprimoramento profissional e endossam a necessidade da educação permanente dos profissionais do SUS, assegurando seus princípios e diretrizes, visando a desenvolver práticas em saúde de qualidade e atitude crítica, garantindo a integralidade e a interdisciplinaridade tanto para os usuários quanto para os profissionais e gestores.

Mas e a prática?

A partir da ciência da proposta do CAPS AD III e das Residências Multiprofissionais em Saúde em Palmas, as residentes vivenciaram o período de prática no referido local, onde se pode observar o funcionamento, as particularidades e realizar intervenções. Registrou-se esses processos em diários de campo, para que fosse possível a realização da análise da produção e observações críticas das residentes.

De acordo com Costa, Ronzani e Colugnati (2017), o processo de efetivação das políticas e legislações não é linear e, embora esses avanços sejam fundamentais e importantes em seu contexto prático e cotidiano, por vezes há um desalinhamento entre o proposto e o executado. Não se tratam apenas de conceitos e propostas, mas de realidades moldadas pelos contextos sociais, econômicos e políticos, dependendo inclusive das pessoas e dispositivos, abarcando seus valores, concepções e subjetividades.

A partir do estudo e da reflexão crítica que permeia as vivências de cenário de prática, registros de diário de campo e as considerações acerca da legislação em vigor, constatou-se, durante o período de pesquisa e levantamento de dados, dois momentos de grande relevância: os períodos de novembro de 2020 a fevereiro de 2021 e de março a junho de 2021, marcados pela pandemia da COVID-19 e, conseqüentemente, por medidas de prevenção e controle sanitário, o serviço foi caracterizado por mudanças. A situação de emergência em saúde e, posteriormente, o início e abrangência do período de vacinação contra o novo coronavírus impactaram diretamente na oferta e modelo de atendimentos, sendo assim, fatores importantes que não devem ser preteridos.

Observou-se que, no primeiro período de intervenção e análise, o serviço funcionou com ofertas e práticas limitadas, como a dispensa medicamentosa, alguns atendimentos individuais, principalmente em psiquiatria, clínica médica, psicologia e terapia ocupacional, acolhimento 24 horas (com quantidade reduzida, sendo admitido um usuário por quarto), atendimento com técnico de referência, reuniões de equipe, reuniões de final de turno e busca ativa, ficando suspensa todas as atividades grupais, territoriais e domiciliares, limitando o enfoque das propostas e diretrizes de CAPS e fazendo uma releitura de um serviço ambulatorial.

O trabalho ambulatorial, em sua premissa, como explica Cardozo e Monteiro (2020), é uma alternativa à desospitalização psiquiátrica de base asilar; entretanto, é um serviço constituído e pautado basicamente em consultas individuais, que, quando não surtem os efeitos

esperados com a intervenção medicamentosa, redirecionam para internações de curta e média duração. Essa ponderação faz-se necessária, pois considera-se um árduo trabalho todo o percurso da Reforma Psiquiátrica que, na prática e por influências externas, pode estar retrocedendo a lógica manicomial.

Durante mais de 30 anos – desde o manifesto da Carta de Bauru – a atenção psicossocial brasileira lutou por seus ideais pautados na liberdade, integralidade do cuidado e humanização; entretanto, nos últimos anos percebe-se um retrocesso e adesão às propostas e ideais que não corroboram com a lógica de cuidado antimanicomial. Entretanto, iniciado em 2017 pela Resolução nº 32/17 (BRASIL, 2019), uma sequência de modificações na RAPS foram ocorrendo. Em 2019, com a promulgação da Resolução nº 8/19 (BRASIL, 2019) e a Nota Técnica nº 11/19 (BRASIL, 2019), um novo modelo de política de saúde mental foi promulgado, sendo caracterizada pelo incentivo à internação psiquiátrica e uma ruptura com a política sobre álcool, *crack* e outras drogas, isto é, seu foco passa de um caráter de saúde pública para práticas proibicionistas e punitivas, indo em descontração com a Política de Redução de Danos.

Isso gera um grande impacto inclusive no financiamento de instituições, pois o repasse financeiro é direcionado para a lógica ambulatorial-hospitalar, como proposto pela Portaria de consolidação GM/MS nº 6/17 (BRASIL, 2017), indo em discordância com a proposta dos CAPS, de cuidado humanizado, baseado em vínculos, de caráter territorial e que considera a individualidade do cuidado, por meio de projetos terapêuticos singulares (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Além do impacto que incide na oferta dos serviços de saúde mental para a população, essa mudança da lógica territorial para uma base ambulatorial afeta o processo de ensino-aprendizagem dos residentes em formação, tendo em vista o conjunto de habilidades e competências que são importantes de serem desenvolvidas e podem ficar fragilizadas.

É importante considerar que a primeira fase identificada ocorre no período emergencial da pandemia na cidade de Palmas (novembro de 2020 a fevereiro de 2021), em que diversos decretos municipais foram homologados, a fim de cessar a proliferação do vírus e a superlotação de hospitais. Com a promulgação da Lei nº 14.125 em 10 de março de 2021 (BRASIL, 2021), que dispõe direcionamentos sobre a responsabilidade e aquisição da vacina, permitindo que a União, os Estados e os Municípios possam adquirir e imunizar suas

populações orientados pelo Ministério da Saúde, medidas sanitárias mais flexíveis foram estabelecidas, permitindo a abertura de locais e volta de algumas atividades, respeitando as orientações de cuidado para evitar a proliferação do vírus.

Dada essa flexibilização e considerando a importância da reformulação de atendimentos, no segundo momento identificado, no período de março a junho de 2021, com o avanço da vacinação e após discussão em equipe, ocorrem mudanças nos moldes de atendimentos do CAPS AD III. Identificou-se a partir da observação crítica e dos registros, as atividades que ocorreram com mais frequência, permanecendo as atividades realizadas na primeira fase (novembro de 2020 a fevereiro de 2021). Foram criados alguns grupos a partir de discussões entre preceptor e residentes do Programa de Residência em Saúde Mental e em acordo com os profissionais que integram a equipe multidisciplinar. É importante reiterar que os grupos ocorriam com os usuários acolhidos no sistema 24h, não sendo aberto para os demais usuários. Os grupos e suas especificidades estão descritos na Tabela 1.

Tabela – 1: Grupos ocorridos no CAPS AD III no período de fevereiro a junho de 2021.

GRUPO	OBJETIVO	FREQUÊNCIA	PROFISSIONAIS RESIDENTES RESPONSÁVEIS	PROFISSIONAIS EFETIVOS RESPONSÁVEIS
Educação e Movimento	Abordar temas relacionados ao tratamento do usuário e posteriormente a uma atividade física	Duas vezes na semana	2 (1 profissional de Educação Física e 1 Psicólogo)	-
CineCAPS	Assistir a um filme com os usuários e discutir sobre a temática dele	Uma vez na semana	2 (Enfermeiros)	-
Estimulação Cognitiva	Atividades que estimulem a cognição	Uma vez na semana	2 (1 Terapeuta Ocupacional, 1 Psicólogo)	-
Rádio BOB	Ouvir músicas com os usuários e roda de conversa	Uma vez na semana	2 (Enfermeiros)	-

AcquaCAPS	Atividades na piscina	Uma vez na semana	1 (Profissional de Educação Física)	-
Redução de Danos	Discutir as premissas da Política de Redução de Danos e abordar qualidade de vida com os usuários.	Uma vez na semana	2 (1 Psicólogo e 1 Terapeuta Ocupacional)	-
Leitura	Atividades de leitura	Uma vez na semana	2 (1 Psicóloga e 1 Enfermeiro)	-
Prevenção de Recaídas	Atividades de reflexão com usuário preparando sua saída do sistema de acolhimento 24h; ocorre de modo grupal e individual	Uma vez na semana (próximo ao término do período de acolhimento do usuário)	2 (1 Psicólogo e 1 Enfermeiro)	-
Laborterapia	Atividades ocupacionais	Uma vez na semana	-	1 (Terapeuta Ocupacional)

Fonte: As autoras (2021).

A formação multiprofissional favorece a elaboração de estratégias sobre a reorganização de trabalho e práticas colaborativas, que beneficia tanto o usuário quanto a equipe. Entretanto, essa prática deve ser pensada com equidade profissional, levando em consideração a formação, recursos disponíveis e integralidade do cuidado (SILVA; NATAL, 2019). É importante perceber que a maior parte da condução dos grupos é conduzida por profissionais residentes no serviço, sendo que, dos nove grupos em execução, apenas um é conduzido por um profissional efetivo.

Além das atividades em grupo, também foi criada a atividade de sala de espera, realizada três vezes na semana por profissionais residentes, e objetivava um momento de educação em saúde, para trabalhar a conscientização e informação para a população sobre agravos de saúde,

atuando como medida preventiva de doenças, sendo uma maneira para orientar sobre as comorbidades e tratamento. Havia, ainda, além das Reuniões de Equipe semanais, as Reuniões de Final de Turno diárias, em que é passado os casos para os profissionais que assumem os turnos e plantões posteriores, bem como situações e condutas ocorridas. Os atendimentos individuais continuaram pautados principalmente em consultas médicas (clínica e psiquiátrica) e atendimentos de psicologia; entretanto, foram acrescidos atendimentos individuais com residentes da categoria de Terapia Ocupacional e profissional de Educação Física. Outras práticas de importante relevância, como visitas domiciliares e territoriais, também ocorreram com baixa frequência e observou-se a realização de busca ativa, realizada via telefone.

Essa discrepância significativa é contraditória, pois revela uma potencialidade e uma fragilidade concomitantes. Ao mesmo tempo em que incluiu o residente como parte da equipe e com autonomia para aprimorar, agir e produzir no cenário, corroborando com a educação permanente, se a equipe permanente não se engajar nessas mudanças e nos processos, pode não haver continuidade no proposto. Isso se dá pelo fato de a residência ter caráter rotativo, configurando-se um cenário passageiro, e a saída dos residentes pode influenciar no desmonte daquilo que foi construído (WETZEL *et al.*, 2018).

Essas fragilidades impactam diretamente no aprendizado dos residentes, pois envolvem diversas questões que se fazem necessárias pontuar. Observou-se pontos importantes que corroboram para que a equipe não se aproprie das práticas desenvolvidas pelos residentes. Um deles é que a equipe efetiva não é completa, isto é, faltam profissionais de acordo com aquilo que é previsto em legislação, sendo essa falta suplementada pelos residentes, que deveriam servir de apoio e como profissionais em formação agindo em cenário de prática e não como servidores efetivos (GUERRA; COSTA, 2017).

Outra característica do referido cenário de prática é a resistência da equipe, tanto para com os residentes como em seus processos internos de trabalho. Com a prática pode-se perceber uma dificuldade da equipe em integrar-se na resolução de conflitos, na concordância em discussões de caso e condutas e, como exposto anteriormente, engajar-se em novas propostas de trabalhos, como aquelas trazidas pelos residentes (PARISI; SILVA, 2018).

Essa dificuldade de engajamento e acolhimento da equipe se configura em um revés para os residentes, no que tange ao aprendizado, tanto sobre as questões de funcionamento institucional quanto de novas práticas. Observou-se que essa inserção e aceitação, dificultadas,

dispensou tempo e esforço dos residentes para, então, a execução prática. Quando esta começou a ocorrer com efetividade – os grupos, intervenções, participação na equipe – os residentes entraram em processo de mudança de cenário de prática, como já previsto pela dinâmica da residência em vigor. Essa retirada do local onde desenvolveu-se uma prática, quando ela está em progresso, pode gerar o sentimento de frustração, em razão do processo de trabalho árduo para a conquista do objeto que, quando alcançado, não pode ser usufruído. Isso, inclusive, pode corroborar em uma resistência em desenvolver novas ações nos próximos cenários de prática (RODRIGUES JUNIOR.; RIBEIRO, 2018).

Uma importante fragilidade nesse contexto envolve o novo grupo de residentes que entrará no serviço, pois pode precisar recriar novamente os trabalhos desenvolvidos pelos residentes anteriores. Esse problema se acentua porque, caso não haja apropriação da equipe, não há uma linha de continuação do trabalho e aprimoramento desse, mas, sim, a criação de um novo processo de trabalho, que pode repetir-se infinitas vezes, fragilizando o contato com os usuários e colocando em questionamento a efetividade da educação permanente (MAROJA; ALMEIDA; NORONHA, 2019).

Ademais, como abordado por Guido *et al.* (2012), um fator de extrema relevância é a questão da sobrecarga dos residentes. A carga horária executada por eles é extenuante, além das diversas cobranças tanto no que tange à parte teórica quanto relativa ao cenário de práticas e execuções daquilo que se é proposto. A falta de reconhecimento e a pressão que a equipe exige em cima do trabalho que os residentes realizam – dando-lhes atribuições que não são de sua responsabilidade, dificuldades na interlocução com profissionais mediadores do processo de formação, ser compreendido como "mão de obra barata", frustração em executar as medidas propostas e dificuldades com usuários – são fatores que podem levá-los a estados de estresse e até mesmo de sofrimento e/ou adoecimento psíquico.

É importante mencionar que há carência de estudos que reflitam e explanem sobre a saúde mental dos residentes e, ainda, os poucos existentes são direcionados para as residências médicas, que possuem uma dinâmica diferente das residências multiprofissionais.

Uma característica que pode ser exposta, devido ao cenário de pandemia, sobre os residentes é que, por se tratarem de profissionais de saúde, tiveram uma exposição maior e frequente ao vírus e, por vezes, precisaram ficar de atestado e isolados em razão da contaminação com o vírus. Os atestados são instrumentos que justificam as faltas, mas não as

abonam, isto é, o residente trabalha cumprindo carga horária e, assim sendo, as horas de adoecimento devem ser repostas (SANCHES *et al.*, 2016). Desse modo, fatores potenciais, quanto fragilidades nos serviços, devem ser considerados, pois implicam diretamente no aprendizado do residente. O estresse e a sobrecarga dos residentes podem, inclusive, impactar nas práticas desempenhadas, gerando não somente prejuízos ao residente e sua formação, mas também aos serviços de saúde.

Considerações finais

É importante salientar que todo o trabalho e toda a pesquisa foram desenvolvidos no período de pandemia da COVID-19 e com particularidades únicas, tendo em vista que os cenários de prática e as instituições de ensino tiveram que se reinventar diante do contexto pandêmico. Nota-se que essa conjuntura acarretou prejuízos significativos no aprendizado dos residentes, levando à busca por medidas alternativas para superar essas fragilidades.

Percebeu-se que, com a pandemia pelo COVID-19, as atividades no CAPS AD tiveram várias alterações no decorrer desse processo, levando à diminuição da oferta de atendimentos, à priorização de ofertas ambulatoriais, ao adoecimento de profissionais e residentes e à fragilização de processos de trabalho. Destarte, fez com que a equipe do serviço (efetiva e profissionais residentes), mesmo com as dificuldades e restrições por conta do cenário atual, se empenhassem para que o processo de trabalho fosse pouco afetado, e as atividades, mesmo de maneira mais restrita, não fossem totalmente prejudicadas.

A saúde mental e a Residência em Saúde Mental possuem particularidades de acordo com o local onde ocorrem, levando em consideração aspectos sociais, culturais, demográficos, delineamento metodológico, proposta pedagógica, entre outros. O perfil de usuários e de atendimentos ofertados no cenário de prática – principalmente pela vicissitude da pandemia – abrangem essas particularidades que influenciam diretamente no aprendizado dos residentes.

A resistência dos profissionais sobre os residentes, o contexto de trabalho conflituoso e a composição de uma equipe desfalcada influenciaram no modo em que ocorreu a aprendizagem. A não apropriação dos processos de trabalho desenvolvidos pelos residentes anteriores, dadas as características da equipe e o advento da pandemia, também impactaram no modo em que ocorreram as intervenções; como demonstrado, houve a necessidade de criar novos processos de trabalho, que foram desenvolvidos apenas pelos residentes. A construção

de novas práticas em que tiveram que se reinventar no cenário atual por conta do COVID-19 foram consideradas como potencialidades dos residentes, isto é, da intervenção da residência como facilitadora da educação permanente e transformadora de práticas integradas do SUS. Percebeu-se, em detrimento, o impacto em duas grandes áreas: a frustração dos residentes na saída do cenário de prática no decorrer de suas intervenções criadas e conquistadas e a não apropriação da equipe pode configurar-se em um ciclo repetitivo para as novas turmas de residência que atuarão no cenário.

O caráter rotativo da residência possui potencialidades e fragilidades. Como potencialidade, percebeu-se o conhecimento de diversos dispositivos da RAPS, do modelo de serviço e perfis de usuários da cidade. Como fragilidades, observou-se que esse modelo rotativo dificulta a apropriação e desenvolvimento de atividades no cenário de prática, posto as características da equipe do cenário de prática mencionadas.

A partir desse relato, suscitou-se a importância sobre os cenários de prática diante do contexto pandêmico, suas particularidades e fragilidades, além da necessidade de aprofundamento nos processos da residência multiprofissional e a apropriação por parte do corpo de profissionais efetivos, para que eles possam ter continuidade ao passar de cada nova turma e, ainda, ocorrer mesmo na ausência de residentes no cenário.

Faz-se necessário que os processos de ensino-aprendizado sejam constantemente atualizados e construídos coletivamente – instituições, residentes, profissionais, preceptores e tutores – para qualificar o ensino e possibilitar a efetiva transformação do SUS.

É importante, ainda, que mais estudos voltados para a saúde mental dos residentes sejam desenvolvidos, tendo em vista os relatos dos que vivenciam diretamente os serviços e o processo de aprendizagem em campo, uma vez que uma residência que se propõe a formar técnicos nessa área deve atentar-se também à saúde mental dos próprios funcionários para uma prática efetiva, ativa e satisfatória.

Referências

ARAÚJO, A. K. de; SOARES, V. L. Trabalho e saúde mental: relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 275-284, dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S422>.

BARBOSA, V. F. B. *et al.* O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 178-189, jan./mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>.

BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICT, 2017.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da 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 1, p. 7. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos/Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-8-de-14-de-agosto-de-2019-212175346>. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização - PNH**. 1ª ed. 1ª impressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso: 30 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - o que é como implementar** (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas). Brasília, DF: MS/SAS, 2010. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf. Acesso: 30 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.htm. Acesso em: 16 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do

Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/vigilancia-do-obito/servico-verificacao-obito/portaria-consolidacao-6-28092017.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir -se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 fev. 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf. Acesso em: 9 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html

BRASIL. Secretaria Geral. Lei nº 14.125, de 10 de março de 2021. Dispõe sobre a responsabilidade civil relativa a eventos adversos pós-vacinação contra a Covid-19 e sobre a aquisição e distribuição de vacinas por pessoas jurídicas de direito privado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14125.htm. Acesso em: 30 dez. 2021.

CARNEIRO, N. G. de O. Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial: haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental? **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 2, pp. 208-220, jun. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000200003>. Acesso em: 7 out. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação de nº 040**, de 18 de maio de 2020. Recomenda a revisão da Nota Técnica nº 12/2020 e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1181-recomendacao-n-040-de-18-de-maio-de-2020>. Acesso em: 30 dez. 2021.

CRUZ, N. F. de O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 18, n. 3, e00285117, p. 1-20, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GUERRA, T. M. S.; COSTA, M. D. H. da. Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 454-469, ago./dez. 2017. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/27353>. Acesso em: 30 dez. 2021.

GUIDO, L. de A. *et al.* Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1477-1483, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600027>. Acesso em: 14 set. 2021.

INGLEZ-DIAS, A. *et al.* Políticas de redução de danos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 147-157, jan. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1778>.

MAROJA, M. C. S.; ALMEIDA, J. J. de.; NORONHA, C. A. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180616>. Acesso em: 25 ago. 2021.

PAULA, M. L. de. *et al.* Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-737222025006>. Acesso em: 13 jul. 2021.

PARISI, L.; SILVA, J. M. da. Mediação de conflitos no SUS como ação política transformadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe4, p. 30-42, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S402>. Acesso em: 14 set. 2021

ROCHA, J. S.; CASAROTTO, R. A.; SCHMITT, A. C. B. Saúde e trabalho de residentes multiprofissionais. **Rev. Cienc. Salud**, Bogotá, v. 16, n. 3, p. 447-462, set./dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7265>.

RODRIGUES JUNIOR, N. S.; RIBEIRO, C. V. dos S. Psicodinâmica do trabalho: a dialética do prazer e sofrimento em residentes multiprofissionais de um hospital de ensino. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 193-215, mar. 2018. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1953>. Acesso em: 30 dez. 2021.

SANCHES, V. S. *et al.* Burnout e Qualidade de Vida em uma Residência Multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois Anos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 430-436, jul./set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01022015>.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência Multiprofissional em Saúde: Análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, e0022050, p. 2-22, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00220>.

WETZEL, C. *et al.* Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1729-1738, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0664>.

Recebido em: 22/02/2022.

Aceito em: 15/12/2022.