

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

MICAELA KOCH SCHMITT

**CUID(AR)-SE EM SAÚDE MENTAL NAS RESIDÊNCIAS EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
COMO RESISTIR À MEDICALIZAÇÃO?**

**PORTO ALEGRE
NOVEMBRO, 2023**

MICAELA KOCH SCHMITT

**CUID(AR)-SE EM SAÚDE MENTAL NAS RESIDÊNCIAS EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
COMO RESISTIR À MEDICALIZAÇÃO?**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito I à obtenção do título de Mestra em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Elisandro Rodrigues

Linha de Pesquisa: Educação Especial, Saúde e Processos Inclusivos.

PORTO ALEGRE

NOVEMBRO, 2023

MICAELA KOCH SCHMITT

**CUIDAR-SE EM SAÚDE MENTAL NAS RESIDÊNCIAS EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
COMO RESISTIR À MEDICALIZAÇÃO?**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de Mestra em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Elisandro Rodrigues
Linha de Pesquisa: Educação Especial, Saúde e Processos Inclusivos

Apresentado em: 28/ 11 / 2023.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Cláudia Rodrigues de Freitas

Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Vera Lúcia Pasini

Departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia, Serviço Social,
Saúde e Comunicação Humana
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições
Universidade Federal Rural do Semi-Árido

SCHMITT, MICAELA KOCH
CUID(AR)-SE EM SAÚDE MENTAL NAS RESIDÊNCIAS EM
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMO RESISTIR À MEDICALIZAÇÃO? /
MICAELA KOCH SCHMITT. -- 2023.
78 f.
Orientador: ELISANDRO RODRIGUES.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de
Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Educação em Saúde. 2. Medicamentação. 3.
Pandemia. 4. Residência Multiprofissional. 5. Saúde
Mental. I. RODRIGUES, ELISANDRO, orient. II. Título.

*Dedico esse trabalho a todos que estão trilhando esse caminho
junto a mim, aqui e no plano espiritual.*

AGRADECIMENTOS

Finalizo essa escrita com o coração transbordando de alegria e gratidão por algumas pessoas que estiveram comigo neste trilhar e que agora seguirão comigo em novos caminhos.

Primeiramente agradeço as duas razões maiores da minha vida: Maria Helena e Maria Fernanda. A todo carinho, paciência, companheirismo e principalmente amor, que elas tiveram comigo, nos momentos em que eu estive ausente enquanto mãe, nas idas às aulas, nos finais de semana em que não pudemos sair. Sem elas nada disso seria possível. Ser mãe solo-trabalhadora-estudante nos dias atuais demanda uma força além do que muitas conseguem suportar e tenho a certeza de que foi o amor das minhas Maria's que me trouxe até aqui.

Aos meus Orixás, principalmente minha Mãe Iemanjá, que sempre me protegeu e guiou na luz e na certeza de que eu conseguiria fechar esse ciclo. À minha Mãe de Santo, Kelly de Oxum por me guiar na fé.

Aos meus filhos felinos, Açaí, Chico e Bica, que passaram noites e dias ao meu lado enquanto eu escrevia e lia incessantemente.

Agradeço as duas lindezas de professoras dessa banca: Cláudia e Vera. Pelo aceite em partilhar comigo este momento, por partilhar comigo seus ensinamentos e carinho. Ao Elisandro por ter me acolhido aos 45' do segundo tempo (como dizemos por aqui) e permitir que eu concluísse essa etapa tão linda e esperada.

Agradecimento mais que especial e profundo ao meu querido Ricardo, aquele por quem "corri atrás por mais de 10 anos" até ser orientanda dele e que por situações do destino, não pode concluir comigo essa escrita. Mas que partilha comigo esse momento final e os caminhos que a Residência nos conduz pelo mundo afora.

A minha mãe Lourdes, por todo apoio e amor de mãe. Minha irmã Paula, que me ajudou quando precisei. Aos meus amigos queridos - Giovani, Patrícia, Juliana, Zoraide,

Douglas, Maikel, Jéssica-que torceram por mim sempre, me ajudaram em momentos difíceis e me acolheram de diversas maneiras.

Aos colegas da Residência da UFRGS, equipe do CRDH e da Ação COVID com os quais compartilhei momentos bonitos e importantes durante esse período.

Agradeço ao meu psiquiatra Victor e minha psicóloga Stephani com os quais partilhei e partilho esse caminho e que sempre me ajudaram a seguir em frente.

Aos meus colegas de Pós-graduação que estão na mesma luta que eu, mas que tanto nos alegra e nos motiva a continuar.

Agradeço a todos que duvidaram que eu chegaria até aqui. Sim...pois muitos me desacreditaram e me desencorajam a continuar. Porém foi, também, por vocês que segui em frente para mostrar que uma mulher/mãe solo/trabalhadora/estudante pode sim ser o que ela quiser e conseguir um título acadêmico.

E agradeço muito a MIM, que durante os 3 anos desse mestrado passei por situações difíceis (violência doméstica, quadros graves de saúde, fraude financeira) que muitas e muitas vezes me fizeram pensar em desistir, até mesmo da vida, mas que me mostraram que sou mais forte do que isso.

Busco forças onde não existe.

Busco sorrisos em meio às lágrimas.

Tenho esperança, mesmo no final do túnel.

Levanto, ainda que seja para cair de novo.

Amo, inclusive aqueles que me odeiam.

Posso parecer um pouco ingênua,

mas, é assim que estou conquistando os meus objetivos.

*Assim como a fênix renasce das cinzas, a mulher poderosa encontra
regeneração em seu interior e se renova para a vida.*

RESUMO

A pandemia de covid-19 transformou profundamente o modo de vida e de se relacionar das pessoas desde o seu surgimento em 2019, em Wuhan/China. Grandes populações foram confinadas em suas casas, sem acesso a lazer, serviços de saúde (que não fossem considerados essenciais) e atividades escolares. Trabalho sob a forma de *home office* e sistemas de telessaúde se espalharam com extrema rapidez para que a sociedade pudesse suprir suas necessidades e empreender seu desenvolvimento cotidiano, mas *sem ou com o mínimo* contato físico, o olho no olho, o corpo a corpo, a pele com pele. Vivências como o medo pelo desconhecido, a dor pelo grande número de mortes, a ansiedade por não conseguir dar conta das atividades sob o modo on-line, a desestruturação de rotinas e da vida domiciliar, a imposição de novas rotinas, a ausência da rua para o contato com áreas livres e até mesmo para as manifestações coletivas, além do stress laboral entre aqueles que tinham que cuidar do medo, da dor, da ansiedade e do sofrimento psíquico do outros, como os profissionais de saúde mental. Tudo isso fez com que muitas pessoas recorressem a práticas de autocuidado ou cuidados profissionais que antes não recorriam, o uso de medicações era uma alternativa fácil ao alívio emocional na ausência das tantas alternativas que envolvem contato físico ou presença em ambientes coletivos. Esta pesquisa procurou conhecer e compreender o cuidado entre residentes de saúde mental alinhados com a luta antimanicomial, bem como se o uso de medicação foi um recurso usado pelos residentes de programas multiprofissionais em saúde mental e quais as outras formas de cuidado que se fizeram necessárias. Assim, foram recebidos 14 questionários de retorno de egressos dos anos de 2020, 2021 e 2022 dos programas de saúde mental do RS, nos meses de agosto a outubro de 2023 que puderam nos sinalizar um pouco sobre as questões de medicalização e cuidados na pandemia. Os resultados nos mostram que os residentes não usaram de medicação durante a pandemia com o intuito de suportar o confinamento e as adversidades do período, bem como procuraram o cuidado em atividades de lazer, psicoterapia entre outras, apesar do aumento de sintomas ansiosos entre eles.

Palavras-Chave: Educação em Saúde; Medicamentação; Pandemia; Residência Multiprofissional; Saúde Mental.

ABSTRACT

The covid-19 pandemic has profoundly transformed people's way of life and relationships since its emergence in 2019, in Wuhan/China. Large populations were confined to their homes, without access to leisure, health services (that were not considered essential) and school activities. Work in the form of home office and telehealth systems spread extremely quickly so that society could meet its needs and undertake its daily development, but without or with minimal physical contact, eye to eye, hand-to-hand, skin to skin. Experiences such as fear of the unknown, pain due to the large number of deaths, anxiety at not being able to handle activities online, the disruption of routines and home life, the imposition of new routines, the absence of the street for contact with free areas and even for collective demonstrations, in addition to work stress among those who had to deal with the fear, pain, anxiety and psychological suffering of others, such as mental health professionals. All of this led many people to resort to self-care practices or professional care that they had not previously resorted to, the use of medication was an easy alternative to emotional relief in the absence of so many alternatives that involve physical contact or presence in collective environments. This research sought to understand and understand care among mental health residents aligned with the anti-asylum struggle, as well as whether the use of medication was a resource used by residents of multidisciplinary mental health programs and what other forms of care were necessary. Thus, 14 return questionnaires were received from graduates from the years 2020, 2021 and 2022 of mental health programs in RS, in the months of August to October 2023, which were able to tell us a little about the issues of medicalization and care in the pandemic. The results show us that residents did not use medication during the pandemic in order to withstand the confinement and adversities of the period, as well as seeking care in leisure activities, psychotherapy, among others, despite the increase in anxious symptoms among them.

Keywords: Health Education; Medication; Pandemic; Multiprofessional Residency; Mental health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em pesquisa
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
EducaSaúde	Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HPSP	Hospital Psiquiátrico São Pedro
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IP	Instituto de Psicologia
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
RS	Rio Grande do Sul
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UdM	Universidade de Montreal
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

UNIPAMPA

Universidade Federal do Pampa

UNISINOS

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
OLHARES SOBRE A SUBJETIVIDADE E A LOUCURA	18
O CAMINHAR DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO BRASIL	22
RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL	26
MEDICALIZAÇÃO, PATOLOGIZAÇÃO E FARMACOLOGIZAÇÃO DOS SENTIMENTOS	32
PANDEMIA DE COVID-19: O TEMPO EM QUE O MUNDO “PAROU”	37
NA RESIDÊNCIA, EVITAR A MEDICAMENTALIZAÇÃO DOS USUÁRIOS; E PARA OS RESIDENTES?	43
DESBRAVANDO O DESCONHECIDO: CAMINHO EXPLORATÓRIO	48
REFERÊNCIAS	66
Apêndice 1 – Questionário On-line	73
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79

APRESENTAÇÃO

Enfermeira de formação, tenho a Saúde Mental como área de orientação da minha profissão e de dedicação ao meu exercício profissional desde 2004, quando iniciei os estágios obrigatórios do curso de graduação, assim como os estágios voluntários que busquei. Estagiei na ala psiquiátrica de um hospital geral em Porto Alegre, unidade assistencial resumida à abordagem biológica no tratamento dos transtornos mentais: análise de sintomas, uso de medicação, práticas de contenção e intervenções cognitivo-comportamentais. Aos poucos fui desbravando um novo horizonte: a atenção psicossocial e suas interfaces com os mais diversos caminhos da sociedade e dos cidadãos.

Em 2007, ingressei na Residência Integrada em Saúde Mental, do Grupo Hospitalar Conceição, espaço que foi fundamental à compreensão ampliada dos processos de subjetivação e de sofrimento psíquico, assim como contatei profissionais com abordagem psicossocial e pude compreender a amplitude desse campo. Em 2018, fui convidada a integrar a “tutoria de núcleo profissional” da categoria dos enfermeiros na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Durante os anos seguintes, fui me aprofundando no universo das Residências de modo mais amplo, sendo que em 2022 fui trabalhar junto a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) da UFRGS, responsável pelos programas da residência multi e uniprofissional da Universidade. E em 2023, fiz parte da comissão organizadora do 13º Encontro Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, que aconteceu em Fortaleza/CE com a presença de mais de 2500 pessoas entre residentes, tutores/preceptores, coordenadores, apoiadores e demais interessados na temática da residência.

Um segundo campo de orientação e dedicação profissional, a Educação, ganha território de encontro com a Saúde Mental. Já havia atuado com a educação infantil, a educação em saúde em serviços sanitários e a educação popular em saúde. Com a docência nas Residências, a paixão pelo “mundo das Residências”, onde havia sido discente (residente) aumentou. Nas ações de tutoria, nas reuniões de colegiado e em

outros espaços formais e informais da Residência, contudo, constatava, pelas falas dos residentes, pelo pouco engajamento nas atividades teórico-práticas, as faltas sem justificativas nos cenários de prática, que os residentes estavam em sofrimento mental, seja por questões pessoais, profissionais e/ou sociais, entre outras.

O cenário brasileiro como um todo – político/social/sanitário – tem participado da produção desse sofrimento, uma vez que o setor das políticas públicas tem sido alvo de precarização, sobrecarga e desfinanciamento que impactam nas Residências. A Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), instância que deveria ser a base dos programas pelo Brasil, foi nomeada pela primeira vez através da Portaria Interministerial MEC/MS nº 698, de 19 de julho de 2007. Nessa composição havia representação de todos os principais segmentos a ser: representante do governo, dos residentes, dos tutores e preceptores de programas. Contudo vemos que no decorrer dos anos, a CNRMS foi perdendo representatividade, ou seja, muitos dos que a compunham foram sendo retirados do seu lugar na comissão e em 2021, esta comissão se apresentava basicamente formada por representantes do governo e de instituições que pouco ou nada tinham a ver com as residências. Isso acabou refletindo no dia a dia dos cenários de prática, em que muitas vezes os residentes terminam por substituir profissionais da rotina dos serviços, deixando o posto de “profissionais em formação” para profissionais responsáveis pelas respostas integrais às demandas assistenciais. Pela falta de servidores, pela terceirização dos serviços, pela insuficiência de insumos e estrutura, os residentes recebem uma sobrecarga em tarefas e na jornada de atividades.

Com a pandemia de covid-19, o sistema de saúde como um todo se viu assoberbado e cada trabalhador se viu ainda mais soterrado em encargos. Os serviços de saúde mental, em sua grande maioria, foram fechados no início e auge da pandemia, pois não foram considerados essenciais no enfrentamento do contágio e no exercício da terapia intensiva, priorizada naquele momento, o que acabou por provocar e agravar o sofrimento de usuários que dependiam do uso desses serviços. Depois, com o retorno dos atendimentos, sobrecarregou os profissionais e conseqüentemente os residentes, sendo que ambos não estavam preparados para esse momento ímpar que o mundo passou.

Muitos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde tiveram prejuízo em

seus suportes técnicos, sendo priorizada a Residência Médica e a contratação emergencial de mais médicos, atendendo a uma lógica médico-centrada e hospitalocêntrica no trabalho, modelo que o governo federal considerava mais “eficiente”. Não houve corte no número e valor das bolsas, assim como todos os residentes de quaisquer categorias profissionais receberam um bônus de permanência nos serviços em programa federal designado “O Brasil Conta Comigo” (Brasil, 2020a). O prejuízo, entretanto, foi no apoio com recursos de informação, de suporte técnico, de apoio operacional e até mesmo de equipamentos de proteção individual. O desamparo em informação, suporte e apoio contribuiu para a presença e vigência do sofrimento psíquico entre os e as residentes. Somado a isso, os residentes ingressantes no ano de 2020, ano de início da pandemia, muitos recém saídos dos bancos acadêmicos, sentiram-se tomados pela insegurança e pelo pouco conhecimento profissional, o que gerou um desequilíbrio emocional importante.

Somada à experiência aguda do sofrimento ocupacional ou à vertigem psíquica vivida com a pandemia¹, temos a “epidemia” de diagnósticos e do uso de medicações psicotrópicas. No livro “Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental”, Robert Whitaker mostra que a descoberta dos mecanismos subjacentes às chamadas doenças mentais e a revolução promovida pela psicofarmacologia em seu tratamento, contraditoriamente acarretaram em cada vez mais pessoas diagnosticadas e fazendo uso de medicação, sem avanços nas psicoterapias e colocando em xeque os avanços da psiquiatria (Whitaker, 2017). A medicação psicotrópica desponta como fator determinante no diagnóstico e no tratamento da sintomatologia psiquiátrica. A medicação, uma fuga da “realidade”, uma bengala em meio ao caos mundial foi uma das possibilidades, ou senão, a única opção de muitas pessoas nesse período ímpar da história mundial. Aqui fico a pensar justamente no propósito dessa pesquisa: e os residentes, enquanto profissionais de saúde, fizeram uso de medicação para suportar o sofrimento nesse período?

Tudo isso me fez pensar no “cuidar-se” entre aqueles que resolveram estudar

¹ Ricardo Burg Ceccim designou por “vertigem-19” a experiência do desamparo vivida durante a pandemia de covid-19, especialmente na sua chegada como um abalo coletivo do desconhecimento e durante o período de tantas mortes no seio familiar e profissional, além dos períodos de confinamento impostos pela medida de quarentena, distanciamento físico e afastamento social (Ceccim, 2023).

saúde mental por meio da modalidade de residência. Queiramos ou não, a medicamentação está presente nos serviços de saúde, não apenas por imposição aos usuários, mas por opção dos profissionais para consigo e com seus colegas. No caso da saúde mental, todavia, a abordagem psicossocial inclui evitar a abordagem centrada nos medicamentos e, sobretudo, evitar a farmacêuticalização do cuidado.

Me pergunto se o residente se percebe fazendo parte dessa dinâmica para consigo e se usa medicamentos para fazer frente à experiência de sofrimento psíquico. Durante a pandemia a profusão de sentimentos envolveu o medo, a tristeza, o luto, a angústia, a ansiedade. O uso de medicações foi necessário para “viver bem”? Durante a pandemia de covid-19, residentes recorreram à medicação, à automedicação e à busca pela prescrição de medicamentos? Como enfrentaram o indicar ou não medicamentos e o usar ou não medicamentos de efeito psicotrópico?

É com essa bagagem e com essas interrogações que projetei a presente pesquisa, o que, também, suscita a problematizar: o cuidar-se em saúde mental nas residências em atenção psicossocial, envolve de alguma forma a medicalização da vida na formação? Existe resistência à medicalização, medicamentação e patologização? O que se pode saber de medicamentação e farmacologização entre residentes da área da saúde mental? Como lidam com medicamentos e fármacos psicotrópicos quando está em si mesmo a causa? O que se pode saber sobre o sofrimento em saúde mental entre residentes de saúde mental? No interior de uma residência em saúde, como os residentes resistem à medicalização quando experimentam quadros de sofrimento psíquico? Quais outros cuidados os residentes utilizaram nesse período pandêmico? Qual a rede de cuidados/cuidadores que esses profissionais têm e/ou tiveram durante esse período tão ímpar na saúde pública?

O período da pandemia tem o condão de aglutinar um tempo intensivo para explorar essa informação, um tempo não tão justo cronologicamente, um tempo que passou tão impiedosamente para alguns e tão melancolicamente para outros. Dessa forma, delimita-se, enquanto proposição de investigação um estudo exploratório junto aos oito programas de residências multiprofissionais em atenção psicossocial do estado do Rio Grande do Sul (RS). Esses programas encontram-se nos mais variados espaços de atuação, seja assistencial, gestão, assistência social, grupo de usuários.

O intuito dessa pesquisa foi formar um painel com informações e/ou pistas que pudessem favorecer aos gestores de saúde e de educação que coordenam e financiam programas de residência em saúde, assim como apoiar os corpos docente e discente nas lutas pela melhoria da condução da formação em serviço sob supervisão e mesmo às instâncias de controle social em saúde de modo geral e em saúde mental de modo particular. Esta pesquisa seguiu uma trajetória descritiva e exploratória, permitindo projetar estudos futuros a serem conduzidos por pesquisadores do campo das residências em saúde, assim como nos exercícios de pesquisa ao longo da formação como no caso dos Trabalhos de Conclusão de Residência.

OLHARES SOBRE A SUBJETIVIDADE E A LOUCURA

A doença mental – “loucura” – sempre esteve carregada de preconceitos e exclusão. Durante séculos, acreditou-se que o “louco” fosse um ser perigoso e não merecedor da liberdade. Pensava-se que este era “dominado por espíritos ruins” ou mesmo não seguidor das regras e da moral impostas pela sociedade, merecendo, então, a exclusão, sendo afastado da família e trancafiado. Posto à mercê da sociedade, era mantido recluso em locais fechados, longe de tudo e sem qualquer contato com a sociedade, muitas vezes em condições insalubres e subumanas.

A partir do século XVII, começam a ser criados grandes espaços de internação como forma de lidar com o fenômeno da loucura, locais estes “depósitos de gente louca”, ou seja, pessoas que fugiam à regra ou à moral vigente eram ali jogadas. Se não bastasse, estes lugares também eram locais de reclusão para “marginais, pervertidos, miseráveis e todo e qualquer tipo de gente em desvio de conduta”. O olhar direcionado à loucura não era, portanto, diferenciador das categorias de “marginais”. Esta prática era vista como “proteção e guarda”. A desrazão, doença ou não, experiência de sofrimento ou não, era critério de exclusão (Amarante, 1995).

Este pensamento se renova no século XVIII com Pinel, psiquiatra que afirmava o tratamento moral, defendia “a substituição do ambiente onde residia o paciente de forma a curá-lo” (Bercherie, 1989, p. 23). Philippe Pinel no século XVIII, sendo um dos grandes psiquiatras de seu tempo e um dos primeiros a pensar à doença mental como objeto de ciência, acreditava no tratamento moral (tratamento da mente) e, mesmo que sem correntes ou outros artefatos de aprisionamento comuns à época, defendia que somente afastado de seu ambiente o doente poderia ter uma terapêutica adequada, pois o ambiente seria um dos fatores provocadores da doença mental. Também acreditava que a doença mental estava vinculada a três causas que eram a hereditariedade, a influência de uma educação corrompida sobre a perda da razão e o desregramento no modo de viver (Pessotti, 1996).

Já Foucault (2014), na terceira parte de *Vigiar e Punir*, nos traz o conceito de corpos dóceis, aqueles que são fabricados em uma microfísica do poder e, nessa medida,

se fazem inaptos, tornados máquina ou massa uniforme de que a sociedade do poder se serve. Esse corpo, emergente durante a Época Clássica, é aquele cuja razão podia ser modelada para que obedecesse à ordem moral externa à experiência do desejo, instintos, prazer. Aqui podemos pensar o quanto a medicação acarreta essa mesma produção de docilidade e obediência, pois ela treina o corpo “revolto” a ser aquilo que a sociedade regra como desejável ou chama de saudável. Ela dociliza um corpo que não se submete às normas e regras. Designado como anormal, esse corpo não experimenta a liberdade em uma sociedade que não o vetaria. Muitas vezes a recusa ao corpo, essa sim, gera adoecimento que, para alívio da dor, é docilizado por tratamento. Um círculo vicioso se instaura em desejar-amortecer X não-desejar-amortecer.

Assim, o tratamento moral clássico e a docilização dos corpos tornam a sociedade permissiva ao controle minucioso de práticas corporais que tornam o indivíduo “sujeito moral” (assujeitamento docilizado/treinado), numa relação entre docilidade-utilidade sob forças constantes. Essas forças podemos chamar, assim como Foucault, de “disciplinas”, que procuram transformar o corpo tanto mais obediente quanto mais é útil, numa política de coerções. A disciplina fabrica corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. Os corpos em que o sofrimento mental sinaliza a necessidade de cuidado, são alvo de uma medicalização que impõe o amortecimento. Pois a medicamentação transforma o corpo em desenvolvimento, em transmutação, num corpo assujeitado. Regulando emoções, sentimentos, vivências e experiências podemos chamar a atual docilidade do século XXI como “docilização farmacológica”. Podemos, de outra banda, pensar que a doença mental ou o sofrimento psíquico atinge o homem para que nem toda a esperança esteja perdida, a humanidade não será controlada e mesmo a magia, os rituais e as drogas não médicas permitem a vivência da cura ou da liberdade. A doença entra e sai do corpo do homem como por uma porta sempre entreaberta.

No Brasil, a Psiquiatria Democrática, foi a base da Reforma Psiquiátrica, a qual começou em meados da década de 1970 com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que reivindicava, dentre outras pautas, melhores condições de tratamento aos doentes mentais. A Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei Federal n.º 10.216, de 06 de abril de 2001), cujo projeto inicial proposto pelo Deputado Paulo Delgado, teve início em 1989, sendo aprovada somente em 2001 (Brasil, 2001).

Conforme o texto dessa Lei o portador de sofrimento psíquico será tratado em sua comunidade, em serviços que propiciem o convívio social e do qual a família possa fazer parte. Surgem nesse bojo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), coerentes com o novo paradigma não manicomial de atenção e cuidado, trabalhando, num primeiro momento com a lógica da reabilitação e da inserção social, a seguir com a lógica de processos inclusivos (Oliveira; Alessi, 2005).

O estigma e o preconceito, incrustados como valor moral e insígnia nas mentalidades médias não se apagam com leis, a sociedade precisa de mudanças na sensibilidade, no olhar, no acolhimento do diverso, ou seja, em sua essência deve se tornar mais livre e libertadora. Esta essência resulta em diversas interfaces com a família e mudança no modo de pensar, bem como requer um olhar mais amplo às novas perspectivas de cuidado em saúde mental. Se, contudo, frequentemente falamos dos usuários ou “pacientes”, pouco falamos dos “padecentes” de modo geral, entre esses os trabalhadores de saúde, em particular os residentes que estão expostos de múltiplas maneiras à informação, mas também ao sofrimento psíquico e aos tratamentos ou descuidados em saúde mental. Dessa forma, cabe aqui perguntar: Como se cuidam em saúde mental os residentes de saúde mental, que recursos dispõem ou a que recursos acorrem quando se sentem frágeis ou quando seus corpos sofrem ou sucumbem às pressões, à precarização, à sobrecarga, às ansiedades do período e locais da formação em serviço, sob algum tipo de supervisão?

O CAMINHAR DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO BRASIL

Os serviços públicos de saúde no Brasil atualmente assumem importante papel para a formação de profissionais na lógica da integração docente-assistencial. Isso ganha relevância com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que incorpora práticas de ensino e pesquisa em saúde para constituir seu modelo assistencial com base nos princípios e diretrizes expostos no conjunto das legislações que organizam o sistema. A expansão da lógica da formação em serviço foi vital para a expansão dos programas de residência multiprofissional em saúde, que passaram a ocupar as instituições e serviços como dispositivo de constituição de práticas embasadas na integralidade (Miotto *et. al.*, 2012).

A primeira experiência de Residência Multiprofissional em Saúde aconteceu em 1976, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), vinculada à Secretaria Estadual da Saúde e desenvolvida no Centro de Saúde-Escola Murialdo, na cidade de Porto Alegre. A então nova modalidade de formação em saúde era desenvolvida na atenção básica, e chamava-se Residência em Saúde Comunitária, contemplando a formação em serviço e em equipe de assistentes sociais, enfermeiros, médicos, médicos veterinários e psicólogos (Uebel; Rocha; Mello, 2003).

Realidade no início dos anos 2000 no Brasil, as residências multiprofissionais em saúde podem ser asseguradas como relevantes estratégias de formação de profissionais especialistas para o sistema público de saúde nacional. Dados do Sistema de Informações da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS) apontam que, em 2019, existiam no país 2.239 programas de residência em área profissional da saúde, uni ou multiprofissionais. Estes são financiados pelos Ministérios da Saúde e da Educação ou pelas secretarias estaduais ou municipais de saúde (Carvalho; Gutiérrez, 2021).

Quando as residências em área profissional da saúde foram criadas em lei, também se falava em residências integradas, residências multiprofissionais ou residências em equipe. Havia uma expectativa de valorização de muitas experiências prévias, especialmente aquelas provenientes da saúde comunitária e da saúde mental,

onde se pensava a saúde em territórios de vida e não sob especialidades da clínica médica, a intersetorialidade em situações de construção e reconstrução de projetos de apoio social e na saúde das populações, com seus aspectos sociais e políticos (Ceccim; Kreutz; Mayer Jr., 2011). Assim a Lei Federal n.º 11.129, de 30 de junho de 2005 (Brasil, 2005) cria as residências “em área profissional da saúde”, pensadas sob esse escopo. As Residências em Área Profissional da Saúde têm como instância de gestão uma única comissão, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), mas melhor dita se tomada como “Comissão Nacional de Residências Multi/Uniprofissionais em Saúde”.

Em 2007, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007, foi um marco importante no percurso das Residências, pois definiu as diretrizes para os programas multiprofissionais em saúde e a composição da CNRMS (Brasil, 2007a). Ainda em 2007 a Portaria Interministerial MEC/MS nº 698, de 19 de julho de 2007 (Brasil, 2007b) nomeou os membros da CNRMS e, em agosto, realizou-se a primeira reunião plenária da Comissão. Já em 2008, dando continuidade a construção da Residência no Brasil, foi publicada a Portaria MEC/MS nº 593/2008 (Brasil, 2008b), que definiu o regulamento interno da CNRMS estabelecendo como instâncias componentes: a plenária, a coordenação-geral, a secretaria-executiva, as subcomissões e as câmaras técnicas. Sendo as subcomissões e as câmaras técnicas instâncias de assessoramento.

Para que a residência seja considerada multiprofissional, por normativa nacional, precisa o mínimo de 3 profissões, segundo a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 (Brasil, 2012a). Esta mesma resolução afirma que a formação deve se dar segundo a lógica das redes de atenção no Sistema Único de Saúde; deve contemplar as prioridades locorregionais de saúde; deve utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, adotando metodologias e dispositivos de gestão da clínica, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar; deve fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do sistema de saúde (Brasil, 2012a).

Seguiram-se outras portarias que regulamentaram outras questões dentro da política nacional de residências em saúde e que alteraram, substituíram e inovaram a

autorização de funcionamento de programas, seu credenciamento e renovação do credenciamento, supervisão e avaliação. As principais regulamentações vigentes hoje são a Resolução CNRMS n.º 5, de 7 de novembro de 2014 (Brasil, 2014a), que dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais de saúde residentes, e a Resolução CNRMS n.º 7, de 13 de novembro de 2014 (Brasil, 2014b), que regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde.

Durante a vigência da pandemia de covid-19, o Governo Federal lançou o Programa “O Brasil Conta Comigo”, por meio da Portaria n.º 580, de 27 de março de 2020 (Brasil, 2020), que dispôs sobre a “Ação Estratégica *O Brasil Conta Comigo - Residentes na Área de Saúde*”:

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde”, voltada aos profissionais de saúde que estejam cursando Programas de **Residência Médica** e **Residência em Área Profissional da Saúde**, com os seguintes objetivos:

I - ampliar a cobertura na assistência aos usuários do SUS em todos os níveis de atenção, especialmente no enfrentamento da emergência de saúde pública em decorrência da infecção humana pelo coronavírus (covid-19); e

II - reduzir o tempo de espera nos atendimentos de usuários do SUS com condições de alto risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares nos casos de infecção humana pelo coronavírus (covid-19).

Parágrafo único. O disposto neste artigo aplica-se aos **profissionais de saúde** que estejam efetivamente cursando programas de residência voltados:

I - ao **atendimento** da população em todos os níveis da atenção à saúde; e

II - à **gestão** em saúde. (grifos nossos)

Ainda era ministro à época Henrique Mandetta, único ministro da saúde que, durante o governo federal de Jair Bolsonaro, demonstrou empatia para com a defesa do SUS e sua cobertura universal às prioridades em saúde pública. O Brasil Conta Comigo incentivava os residentes à permanência nos serviços da rede assistencial e de gestão do SUS. Esse programa propunha o pagamento, a título de bonificação, do valor de R\$ 667,00 pelo prazo de seis meses, a seguir renovado, uma vez que os números da pandemia se mantiveram altos e os riscos seguiram, mesmo em face de sua remissão.

Da portaria “O Brasil Conta Comigo”, deve-se destacar as referências às residências médica e em área profissional da saúde, assim como as referências de que as residências podem se reportar à atenção ou à gestão em saúde. Ainda é frequente que se polarize as residências em médica ou multiprofissional, mas a residência multiprofissional é apenas uma das modalidades da residência em área profissional da saúde, assim como é comum se radicalize as residências como necessariamente vinculadas à assistência médica e/ou multiprofissional, mas podem ser em coordenação e gerência de sistemas e serviços de saúde.

Já a bonificação prevista pode ter incentivado à permanência, mas incentivou à proteção e promoção da saúde dos profissionais com formação em serviço, apoiou as coordenações e equipes docente-assistenciais para a retaguarda a esses discentes, reconheceu particulares necessidades da correlação ensino-serviço das residências? A bonificação trouxe algum conforto e/ou alívio ao sofrimento emocional ou psíquico durante o percurso da residência em serviços de saúde mental?

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

A iniciativa de se pensar um modelo de formação médica em serviço teve o primeiro movimento na forma de internato, devendo os médicos residirem no hospital. Sua origem foi a Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos. Com o início dos movimentos da Medicina Comunitária e da Psiquiatria Comunitária, emergentes nos anos 1960, a já popular proposta da Residência Médica, ajudou na reflexão acerca da relevância da formação de pessoal sob o formato do treinamento em serviço sob supervisão quando nos propusemos à luta antimanicomial. Sabemos, entretanto, que as expressões “reforma psiquiátrica”, “luta antimanicomial” e “saúde mental” não são suficientes para afirmar assertivamente suas diferenças. Desejamos acreditar que as designações “saúde mental coletiva” e “atenção psicossocial” sejam marcadoras de uma linha de ação não manicomial e de cuidado em liberdade. Já a integração entre educação e trabalho constituem historicamente o processo de formação e desenvolvimento na área da saúde, sendo o modelo pedagógico da “residência” um paradigma formativo.

A primeira experiência de Residência Multiprofissional em Saúde, como dissemos, aconteceu em 1976, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), vinculada à Secretaria Estadual da Saúde e desenvolvida no Centro de Saúde-Escola Murialdo, na cidade de Porto Alegre, tendo trazido a introdução da noção de território. Essa residência foi liderada pelo professor com mestrado em saúde pública e saúde mental obtido na Johns Hopkins, Ellis Alindo D'Arrigo Busnello. No mesmo bairro se encontrava o Hospital Psiquiátrico São Pedro – HPSP que, dos meados dos anos 1970 aos meados dos anos 1980, depois de um convênio da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a Secretaria Estadual da Saúde, desencadeou um programa de saúde mental comunitária junto ao Centro Psiquiátrico Melanie Klein (instalado no pavilhão de mesmo nome no hospital), passando-se ali a desenvolver serviços que incluíam o atendimento de ambulatório, técnicas psicoterápicas breves, serviço de emergência, consultoria a instituições do bairro e ações de prevenção às doenças mentais (Ceccim, 2018).

No período de 1984 a 1988, o professor Busnello, já com formação em psicanálise, além do mestrado em saúde pública e saúde mental, e já autor da tese de

doutorado em psiquiatria designada como “A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária”, assume a direção do Hospital, e é dado início à primeira residência de saúde mental multiprofissional, pioneira no Brasil (Ceccim, 2018).

Dentre os anos 1987 e 1990, a residência de saúde mental, já articulada com a Escola de Saúde Pública – ESP/RS (com parceiros da saúde comunitária e da saúde mental no seu quadro), ganha prioridade de governo com a gestão de Sandra Fagundes, militante do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária, à frente da política estadual de saúde mental. A residência multiprofissional em saúde mental passa a integrar os dispositivos de implementação dessa política, assim como outras estratégias de formação especializada para profissionais da assistência e da gestão (Fagundes, 2009).

Contudo, com o Decreto Estadual n.º 34.143, de 30 de dezembro de 1991 (Rio Grande do Sul, 1991), já em outro Governo, que dispôs sobre o pagamento das bolsas a profissionais não-médicos, sem isonomia com os médicos, fez com que houvesse um desinteresse pela procura desse tipo de formação, o que provocou um esvaziamento e abandono dessa modalidade de formação como política pública estadual. Esse movimento foi retomado em 1999, no governo de Olívio Dutra em que a frente da gestão da ESP/RS estava o professor Ricardo Burg Ceccim que retoma as residências de saúde comunitária e de saúde mental, declarando o Centro de Saúde São José do Murialdo como Centro de Saúde-Escola e o Hospital Psiquiátrico São Pedro como unidade educativa do Projeto São Pedro Cidadão, projeto de 1991, aprovado pela Carta Instituinte São Pedro Cidadão – Por uma Sociedade sem Manicômios (Ceccim, 2018).

A carta previa a desmanicomialização progressiva de todos os moradores asilados no Hospital, a abertura de um Residencial Terapêutico no Bairro Partenon e a volta para casa daqueles que ainda tivessem laços familiares e comunitários com o passado antes da internação manicomial. Junto a isso, a Portaria n.º 16, de 1º de outubro de 1999 (Rio Grande do Sul, 1999), e, depois, a Lei Estadual n.º 11.789, de 17 de maio de 2002 (Rio Grande do Sul, 2002), criaram a Residência Integrada em Saúde, com absoluta isonomia em duração, carga horária, valor da bolsa e cenários de prática para residentes médicos ou não-médicos (Ceccim, 2018).

A partir de então, surgem, no Rio Grande do Sul, outras Residências Multiprofissionais em Saúde Mental, abarcando o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP); a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS); o Grupo Hospitalar Conceição (GHC); a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, primeiro com o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), depois com o Instituto de Psicologia (IP); o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA); o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM); a Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) e a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), conforme segue, com o ano de início:

- HPSP: Psiquiatria Comunitária + Saúde Mental (Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social) - 1984;
- ESP/RS (Projeto São Pedro Cidadão): Psiquiatria + Saúde Mental Coletiva (Artes, Educação Física, Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional) - 1999;
- HPSP e ESP/RS: Psiquiatria e Saúde Mental como programas distintos (Medicina no HPSP; Artes, Educação Física, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional em municípios conveniados) - 2011;
- GHC: Saúde Mental/Atenção Psicossocial, programa de residência médica e multiprofissional em saúde contemplando componentes curriculares integrados (Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional; Artes a partir de 2012) - 2004;
- UFRGS (EducaSaúde): Saúde Mental Coletiva (Artes, Educação Física, Enfermagem, Pedagogia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional) - 2005; Artes e Pedagogia foram retiradas do programa anos mais tarde;
- UFRGS (Instituto de Psicologia): Saúde Mental Coletiva (Educação Física, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional) - 2017;
- HCPA: Saúde Mental (Educação Física, Enfermagem, Psicologia) - 2010;
- HCPA: Atenção Integral ao Usuário de Drogas (Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional) - 2014;
- HUSM: Saúde Mental (Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional) - 2010;
- UNIPAMPA: Saúde Mental Coletiva (Educação Física, Enfermagem, Farmácia,

Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social) - 2015;

- UNISINOS: Saúde Mental (Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social) – 2015.

A área profissional da Saúde Mental em programas de residência integrada/residência multiprofissional abrange a Atenção Psicossocial, a gestão da política de saúde mental, a participação social nos termos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (sendo que o Rio Grande do Sul foi pioneiro na implementação de políticas nessa área) e a formação teórica no campo da atenção e reabilitação psicossocial, correspondendo às designações da Política Nacional de Saúde Mental (2001-2016) e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental/Intersetorial, estando dirigida a profissionais com formação nas áreas de conhecimento da saúde (predominantemente educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional), sempre que possível integradas à residência médica em psiquiatria. Além disso, ela se constitui em uma formação especializada que se realiza em espaço de serviço mediante acompanhamento docente-assistencial, em regime de 60 horas semanais (dedicação exclusiva) e carga horária de 5.760 horas.

A residência, quando “integrada”, resulta em incorporação da formação com o trabalho; articulação do “trabalho-especialização” com a “condução das políticas públicas”; cruzamento entre políticas públicas e participação social; e articulação entre “formação e atuação” com desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. A residência integrada também obtém sua definição do fato de ser oferecida como formação em equipe multiprofissional, com caráter interdisciplinar, tendo em vista o esforço pelo rompimento com a fragmentação das práticas e com as posturas e condutas de institucionalização e segregação das diversidades humanas, estando interessada na produção de singularidades socioculturais (Ceccim, 2018).

Após um longo e frutífero período de incentivo e fortalecimento das residências multiprofissionais, com diversos incentivos por parte do Ministério da Saúde, com inúmeros defensores da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da assistência integral ao usuário assumindo papéis de destaque no Ministério da Saúde, como Domingos Sávio do Nascimento Alves (psiquiatra), Eliane Maria Fleury Seidl (psicóloga), Alfredo Schechtmane (psiquiatra, escritor e poeta), Ana Maria Fernandes Pitta (psiquiatra), Pedro Gabriel Godinho Delgado (psiquiatra) e Roberto Tykanori Kinoschita (psiquiatra),

a conjuntura política começa a mudar em 2016 (Ceccim, 2018).

Assim, assume em janeiro de 2016 o médico psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho, que trazia em seu currículo o fato de ter sido diretor de uma instituição privada, a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi/RJ, fechada nos anos 2000 pela constatação de maus tratos e violação de direitos impingidos aos seus internos e no segundo semestre de 2016, o médico psiquiatra Quirino Cordeiro Filho, professor e pesquisador da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, professor da área de Psiquiatria Forense, Psicologia Jurídica e Medicina/Psiquiatria Legal, estudioso da associação entre genes do sistema dopaminérgico e a esquizofrenia (Ceccim, 2018).

Já em 2017 há manifestações formais, escritas por meio de ofício (25 de abril de 2017) e nota técnica (20 de setembro de 2017), da Associação Brasileira de Psiquiatria e Conselho Federal de Medicina, apontando que o tratamento em saúde mental tenha como eixo principal os ambulatorios especializados sendo prioritariamente realizado por profissional médico (ABP, 2017). Esses documentos, embora refiram que a rede seja melhorada, não se reportam à expansão da Rede de Atenção Psicossocial e, olhando-os a fundo, seu eixo de cuidado é médico centrado, com foco na medicalização e psiquiatrização.

Além disso, foi nesse período que a CNRMS teve suas atividades suspensas, sendo que a Recomendação n.º 034, de 23 de agosto de 2019 (CNS, 2019), da Plenária do Conselho Nacional de Saúde, em seu texto traz:

Ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde, no âmbito de suas competências, a retomada imediata das ações e reuniões da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), bem como a nomeação oficial dos membros da referida Comissão, nos termos da Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014, uma vez que sua atuação é imprescindível para fortalecer e aprimorar a articulação entre a formação profissional e a realidade dos serviços de saúde, a fim de consolidar os princípios de integralidade, universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), em benefício da sociedade brasileira.

Percorreu-se um longo período em que a CNRMS continuava sem atuar, estando suspensa durante o início e auge da pandemia de covid-19. Foi exatamente quando os números da pandemia começaram a arrefecer que o Ministério da Saúde liderou a sua recomposição. Ao final do ano de 2021, uma nova regulamentação, a Portaria

Interministerial n.º 7, de 16 de setembro de 2021 (Brasil, 2021a), dispôs sobre uma nova estrutura e organização à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. A Comissão voltou a se reunir, porém com uma composição muito diferente do preconizado em seu início, deixando de fora ou diminuindo a representatividade de bases sociais muito importantes como coordenadores de programas, residentes, preceptores, tutores e movimentos sociais. Atualmente a CNRMS segue o descrito na Resolução CNRMS n.º 1, de 24 de dezembro de 2021 (Brasil, 2021b), que estabeleceu novo Regimento Interno.

Chama particular atenção que após a experiência “vertiginosa” da pandemia, deixados programas, corpo docente-assistencial e residentes “a ver navios”, o governo federal autocrática e unilateralmente retoma a instância da CNRMS sem a representação de coordenadores, corpo docente-assistencial e residentes. Essa composição sequer acompanha o estilo de composição da Comissão Nacional de Residência Médica, vigente desde 1979, que se faz integrar pela Associação Nacional de Médicos Residentes (discentes) e Associação Brasileira de Educação Médica (docentes). A experiência de sofrimento dos residentes em saúde mental segue sem qualquer canal de veiculação na busca de condições de conforto e alívio.

MEDICALIZAÇÃO, PATOLOGIZAÇÃO E FARMACOLOGIZAÇÃO DOS SENTIMENTOS

A medicalização da vida tem feito com que a diversidade humana e a multiplicidade de emoções sejam cotidianamente transformadas/transmutadas em doença. Isola-se o indivíduo do contexto para analisar em detalhes suas particularidades e transformá-las em doença. Irving Zola (1972) mencionava que a medicina havia se tornado uma instituição de controle social, que tomava o lugar de instituições tradicionais como a religião e o direito. Conquistara o poder de proferir e julgar a verdade das coisas a partir de um ponto de vista supostamente neutro, em nome da ciência da saúde. Isso não ocorre por força de um eventual poder político que a pessoa do médico possa ter ou influenciar, mas por um fenômeno insidioso implicado em medicalizar nossa vida diária. Por decorrência, fazendo dos medicamentos e dos rótulos de saudável *versus* doente a regulação da existência humana (Zola, 1972).

Medicalização é o processo de tornar um problema não médico, geralmente um problema social, como algo pertencente ao campo da medicina, a qual tem a incumbência de nomeá-lo e tratá-lo. Michel Foucault apresenta em “Os anormais” a forma com que a medicalização se constituiu no terreno da psiquiatria e lhe conferiu poder. A patologização foi a condição para que o poder médico da psiquiatria pudesse se generalizar. Posto para funcionar como um dispositivo, o saber-poder psiquiátrico. Esse saber-poder patologiza e oferece uma autoridade que só pode existir como supremacia médica. Poder médico sobre o patológico e o não-patológico, uma vez patologizada a experiência humana (Foucault, 2001).

A medicalização com a qual estamos familiarizados hoje, ou seja, o processo intrínseco ao progresso científico e tecnológico, começou a aparecer na segunda metade do século XX, com o discurso de normalização da existência. Assim, o indivíduo normal seria aquele mais adaptado à sua realidade e qualquer desvio da norma poderia indicar uma patologia. No século XIX, o médico acaba por incorporar o poder psiquiátrico sobre o paciente, tornando seu método de intervenção a prova do domínio sobre o saber e sobre o outro. A interrogação que atesta a loucura, a prescrição de medicamentos que controlam o corpo, o próprio uso da hipnose são práticas que comprovam o poder psiquiátrico, que tomam por terapêuticas ações disciplinares. Assim se constituíam

relações de poder operadas por um discurso medicalizante, que não pode ser confundido com uma pessoa, mas com a função que ela exerce num âmbito relacional (Thones, 2019).

Durante a pandemia de covid-19, vivenciamos algo nunca antes visto: um isolamento coletivo. O isolamento, num primeiro momento físico e social, num segundo momento mais físico que social. Com isso, as pessoas experienciaram as mais diversas sensações de vazio, desamparo, tristeza e angústia, pois para muitos era um momento de total e inexplicável reclusão a si mesmas, além de uma reclusão literal em suas casas, sem acesso à rua e às formas conhecidas de lazer e cultura. Se criaram “superpessoas”: professores que precisaram dar conta da casa e da escola, pois a escola estava dentro da casa agora; profissionais da saúde que tiveram, muitas vezes, que escolher quem deveria receber o tratamento primeiro (oxigênio) por falta de políticas públicas adequadas a essa nova realidade; mães que, ao mesmo tempo, tinham que dar conta do trabalho em *home office* (quando assim o podiam fazer), dos filhos em aula e das atividades do lar, tudo dentro do mesmo tempo e lugar da casa. As crianças estiveram presas a telas por horas e horas a fio, seja por conta das aulas remotas, seja para que mães/pais pudessem ter um tempo para trabalhar ou até mesmo descansar.

As sensações de vazio, desamparo, tristeza e angústia ganharam incidência e prevalência durante a pandemia de covid-19. Se antes esses “sentimentos”, vamos assim chamar no esforço de conceituar a vivência subjetiva da experiência política e coletiva do desamparo, vinham sendo abordados por uma geração de psicotrópicos considerados de maior tolerabilidade e menor risco de contenção bioquímica das emoções, como as aflições associadas à própria condição do trabalho em saúde e da formação em serviço sob o medo do contágio e do transporte do contágio dos serviços de saúde para a vida social, familiar e de casal, como foram abordados na nova experiência coletiva num âmbito de exposição inescapável? A estabilização de sentimentos, neles incluídos humores, pensamentos e ações, foi uma busca? Em um contexto social e político de medo, desinformação, luto e morte como a estabilização de sentimentos foi buscada?

Dolores Cristina Gomes Galindo, Flávia Cristina Silveira Lemos, Renata Vilela e Bruna Garcia (2016) apontam que a farmacologização tem se dado pela expectativa de um kit subjetivo do qual nos tornamos adictos. Para estabilizar nossos sentimentos,

aflições, abalos, desamparos, corremos às “pílulas rápidas de produtos como chás, sucos, adoçantes, exames, vitaminas, dietas, medicamentos, estilos de vida e tratamentos variados” (p. 350). Para as autoras, a farmacologização “concebe tecnologias que operam nos corpos e na vida, como estratégias de controle legitimadas política e socialmente, por estarem acopladas aos modos de subjetivação” (p. 351). Exemplificam que os fármacos antidepressivos e analgésicos têm sido indicados para muitas condições de mal-estar ou que configuram sensações de desconforto, sendo a prescrição medicamentosa mais frequente nos receituários médicos. O mercado farmacológico e sua penetrabilidade pelas diversas mídias, das novelas às redes sociais operam uma capilarização dos medicamentos na vida cotidiana que faz crer nas soluções instantâneas para os problemas da subjetividade. Para as autoras, a farmacologização articula densas redes de saber-poder que atravessam nossos corpos, nosso pensar e sentir, nossas subjetividades.

Os remédios farmacêuticos não remediam a incerteza, nem aliviam os sentimentos que a desacomodação de nós mesmos, quando diante da precarização do trabalho, do sofrimento lancinante daqueles que mesmo sofrendo precisam cuidar do sofrimento do outro, de pessoas com a experiência subjetiva da dor e da formação para a intervenção psicossocial, não para a prescrição de medicamentos mais ou menos potente, com maiores ou menores efeitos colaterais. Assim como as mais variadas possibilidades de cura, de cuidado não se restringem a um simples momento de meditação ou a uma sessão de auriculoterapia. São práticas cotidianas de um cuidado em saúde que se preocupa com o sujeito em sua essência mais profunda, um sujeito com corpo e alma. Um sujeito não somente biológico, mas sim com sujeito que transcende o corpo e utiliza-se da energia vital de vida para se conectar novamente .

Aqui podemos pensar em alguns conceitos da filosofia, mais especificamente de Michel Foucault (2021), filósofo e teórico francês, conhecido por suas análises de poder, conhecimento e instituições sociais. Seus pensamentos sobre a relação entre poder e conhecimento são centrais para a compreensão de como os indivíduos navegam em suas vidas e em seus corpos na sociedade, com isso introduz um conceito relevante para se tratar o “cuidado de si”: o Biopoder. Assim, para Foucault, o conceito de biopoder se refere às formas pelas quais as sociedades modernas organizam e regulam os indivíduos

por meios de instituições e práticas que gerenciam os processos vitais, sejam elas médicas, educacionais e governamentais, como a vigilância, a normalização de comportamentos e o controle. Com isso, o cuidado de si pode ser entendido como uma resposta - de resistência - a estas formas de poder, à medida que os indivíduos assumem a responsabilidade pelo seu próprio bem-estar frente às expectativas da sociedade. Outro aspecto interessante que Foucault traz é sobre as diversas práticas e técnicas que os indivíduos utilizam para moldar a si mesmo e às suas vidas, o que inclui uma gama variada de ações desde a meditação, prática de exercícios e mudanças alimentares – conceito de “tecnologias do eu”. Os indivíduos, por assim dizer, participam ativamente na construção de suas identidades, sendo que estas podem estar ligadas com dinâmicas sociais mais complexas, o que é visto como uma resposta das negociações de estruturas de poder que moldam nossas vidas.

Em “O Governo de Si e dos Outros” (2010), Foucault examina os indivíduos na antiguidade clássica, como estes se engajavam em práticas éticas que envolviam o cuidado de si mesmo como parte de sua participação na vida política e social. Algumas dessas práticas incluíam examinar a própria vida, refletir sobre ações de seu passado buscando desenvolver virtudes e sabedoria acerca dos conhecimentos adquiridos, bem como a importância da autoconsciência e da autotransformação, moldando a sua subjetividade, resistindo às normas e práticas sociais de autocuidado, ou seja, muitas vezes podendo olhar para si e resistir a algo imposto pela sociedade como sendo o melhor para o cuidado. Assim, não se trata apenas de cuidar dos elementos e necessidades da saúde física, mas sim, de praticar uma ética mais ampla que envolve a constante reflexão sobre si mesmo, a autorregulação e o compromisso ativo para moldar o próprio comportamento. Com isso, a concepção de cuidado de si e afasta um pouco das concepções contemporâneas que visam somente o bem estar físico e emocional, mas sim, à formação de si mesmo como sujeito ético em relação aos outros e perante a sociedade.

Assim, pensar e praticar o cuidado de si não é egoísmo mas sim um investimento no indivíduo que pode resultar em uma vida mais equilibrada, saudável e gratificante. Contudo é preciso reconhecer as necessidades individuais, buscando entender o que funciona para si mesmo, mesmo que não funcione para outrem. Com isso, as relações

estabelecidas na sociedade entre os pares são mais equilibradas e harmônicas, fazendo com que o cuidado ao outro seja feito com maior qualidade e presteza. Com isso, podemos pensar em propostas mais holísticas e integrativas de cuidado do indivíduo sempre com um olhar individual e focado em suas necessidades perante os acontecimentos da sociedade, no caso da pandemia de covid-19, citamos o isolamento social, a ruptura de relações entre pares, a proibição de práticas desportivas coletivas e atividades de lazer (como cinemas, shoppings, praças públicas, entre outras). O sujeito necessitou se reinventar em práticas de cuidado para suprir essa demanda e poder suportar os sentimentos e emoções provenientes desse momento sanitário ímpar.

PANDEMIA DE COVID-19: O TEMPO EM QUE O MUNDO “PAROU”

Em novembro de 2019, fomos surpreendidos com um surto de uma “nova doença” na China, que atacava os sistemas digestório e respiratório, desenvolvendo um quadro de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), cuja disseminação era muito rápida, além de provocar altos índices de mortalidade (Croda; Garcia, 2020). Tratava-se de um novo coronavírus, denominado Sars-CoV-2, vírus causador de infecções respiratórias, de origem animal desconhecida, mas com suspeitas de que o início da transmissão tenha ocorrido em um mercado de frutos do mar e animais vivos na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China (Croda; Garcia, 2020; Lana *et al.*, 2020).

Com esse surto na China se intensificando, a Organização Mundial de Saúde, em 30 de janeiro de 2020, declarou a covid-19 como surto pandêmico e Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). O nome da doença demarca a causa pelo novo coronavírus de 2019 (Croda; Garcia, 2020; Lana *et al.*, 2020). A maior preocupação era a dificuldade em saber qual a proporção de pessoas contaminadas e a velocidade de disseminação do vírus uma vez que a maioria das pessoas contaminadas permanecem assintomáticas (Munster *et al.*, 2020), ou seja, não desenvolviam a doença ou seus sintomas eram leves (coriza, tosse, dor de garganta, febre e dificuldade para respirar), assemelhados aos da gripe (Alves; Souza; Caló, 2020).

Em uma pandemia, é importante reduzir o risco de contaminação de novas pessoas por meio de medidas que diminuam o contato entre elas, sendo assim, a quarentena (utilizada pelo mundo para conter a transmissão do Sars-CoV-2 desde o final de 2019) foi a medida mais importante: restringir a circulação de pessoas, buscando afastá-las de um possível contágio e avaliando seu estado de saúde, ou ainda com o isolamento de pessoas diagnosticadas com doenças contagiosas das pessoas não contaminadas (Brooks *et al.*, 2020; Parmet; Sinha, 2020). Em 06 de fevereiro de 2020, o governo brasileiro sancionou a Lei Federal n.º 13.979 (Brasil, 2020a), que impôs medidas ao enfrentamento da ESPII decorrentes do surto de covid-19, tais como isolamento social; quarentena (casos confirmados e suspeitos); realização compulsória de exames clínicos e testes laboratoriais, coleta de amostras biológicas, adoção de

medidas profiláticas e desenvolvimento de vacinas.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 356 em 11 de março de 2020 (Brasil, 2020b), que regulamentava e operacionalizava a Lei, autorizando “a separação de pessoas sintomáticas ou assintomáticas, em investigação clínica e laboratorial, de maneira a evitar a propagação da infecção e transmissão local”, buscando garantir a manutenção dos serviços de saúde (Brasil, 2020c). Em 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde publicou o Decreto nº 10.282 (Brasil, 2020d), que enumerava os serviços considerados essenciais, o que incluía assistência à saúde, assistência social e atendimento à população em estado de vulnerabilidade, atividades de segurança pública e privada, entre outros.

Contudo, frente ao desafio imposto pela covid-19, aliada à preocupação com a alta transmissibilidade e o momento político que se desenhava, governos estaduais e municipais adotaram medidas mais rígidas que suspendiam atividades consideradas não essenciais, como o atendimento presencial ao público em estabelecimentos comerciais e prestadores de serviços (academias, lojas, restaurantes, casas noturnas), mantendo abertos somente os serviços considerados essenciais – hospitais, supermercados, restaurantes do tipo “pegue e leve” e farmácias. Foram fechados inclusive alguns serviços de saúde considerados como “não-essenciais”, entre eles aqueles de atendimento em saúde mental, sendo que esses atendimentos ficaram por mais de 6 meses sendo realizados no formato on-line, ou seja, através de serviços de teleconferência.

O esforço das autoridades de Estado para manter o isolamento social reforçava a importância em não sobrecarregar o sistema de saúde com o alto nível de contaminação do vírus em um curto período. Havia a necessidade do achatamento da curva de infecção, distribuindo os casos ao longo do tempo, permitindo assim que o sistema de saúde obtivesse condições para atender todos os casos necessários, provocando o menor impacto possível na economia (Croda *et al.*, 2020). Pandemias como a de covid-19 estão testando a capacidade de organização dos sistemas de saúde do mundo todo, inclusive do SUS, uma vez que sua rápida transmissão e a gravidade dos casos têm exposto as necessidades urgentes de investimentos para o fortalecimento desses sistemas.

Durante a pandemia de covid-19, os serviços de saúde, especialmente os que são

campo de formação de profissionais residentes, tiveram inúmeras modificações em seu cotidiano de atendimento, seja por restringir o número de pessoas circulando em determinados espaços, seguindo as mais diversas recomendações de órgãos de saúde e vigilância, seja para otimizar o uso e reduzir os desconfortos com o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) entre esses profissionais, pois havia uma escassez desses materiais no mundo, principalmente nos primeiros meses da pandemia (pelo simples fato de que as empresas fabricantes não conseguiam suprir a demanda por falta de insumos ou até mesmo por não dispor de staff para manter uma produção contínua). Somado a isso temos o número elevado de casos de contaminados entre os profissionais de saúde, inclusive os residentes, justamente por estes estarem atuando diretamente no cotidiano da pandemia.

Estudos realizados no início do surto, na China, como o de Kang *et al.* (2020) indicaram que os profissionais da linha de frente, especialmente os médicos naquele momento, no enfrentamento da covid-19 sofreram forte impacto na sua saúde mental, muito em decorrência da sobrecarga de trabalho, da pressão em que se encontravam e, também, pelo medo do desconhecido, pelo afastamento dos seus entes queridos (na maioria das vezes) e pela ansiedade por não conseguir controlar ou minimizar os quadros que ali chegavam. Isso acarretou sintomas psicológicos importantes, como ansiedade e depressão, entre outros. Já no Brasil, alguns estudos como o de Dantas (2021) apontaram que frente a estas adversidades impostas pela pandemia, o estresse e a ansiedade, além da incerteza frente a esse cenário tão inóspito e catastrófico que se anunciava, gerando pressões no atendimento fizeram com que muitos profissionais cogitassem trocar de especialidade na área da saúde, ou seja, não desejavam mais seguir no local em que estavam fazendo sua formação.

Aqui podemos pensar, também, no quanto esse momento pandêmico reconfigurou, ou melhor, colocou na vitrine a precariedade em diversos níveis da atenção à saúde pública. A ampliação das vulnerabilidades na pandemia e na pós-pandemia se vincula à geração da pobreza e ao trabalho precário, com forte impacto sobre trabalhadoras(es), suas famílias e comunidades. O trabalho precário é definido de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (p. 27):

“trabalho realizado na economia formal e informal, caracterizado por

vários níveis e graus de características objetivas (situação legal) e subjetivas (sentimento) de incerteza e insegurança. Embora um trabalho precário possa ter muitas faces, é geralmente definido pela incerteza quanto à duração do emprego, existência de vários empregadores, relação de trabalho ambígua ou disfarçada, falta de acesso à proteção social e aos benefícios geralmente associados a emprego, baixa remuneração, com obstáculos substanciais, legais e práticos.”

A residência, por si só, já é um momento de grande fragilidade ocupacional. No curso da pandemia e no pós-pandemia esta pauta se atualiza e se impõe, dadas as condições atuais de ampliação das vulnerabilidades de trabalhadores-residentes. A pandemia trouxe um aumento significativo de transtornos mentais e/ou sintomas relacionados, bem como exacerbou o sofrimento psicossocial que já existia antes da pandemia, algumas estratégias foram muito bem elaboradas com o intuito de conseguir superar esse momento.

Com a pandemia do vírus SARS-CoV-2, anuncia-se o advento da multiplicação de casos de transtorno mental, atribuída aos variados tipos de sofrimento, desde a vivência inusitada da quarentena ao luto de pessoas queridas, chegando ao desemprego, às perdas financeiras, à redução do acesso aos serviços de saúde mental e/ou às consequências físicas advindas da própria doença Covid-19. Algumas pesquisas destacam, inclusive, os riscos aumentados de contração da doença e morte pela Covid-19 entre pessoas com diagnóstico prévio de transtorno mental pela sua maior vulnerabilidade biopsicossocial, mas também indicam o agravamento da sua condição prévia de sofrimento. (Torrenté, 2023, p.2)

Os níveis de ansiedade se exacerbam em momentos de crise por diferentes motivos em profissionais de saúde. Especificamente, em momentos de epidemias e pandemias, os recursos adaptativos são muito mais exigidos do que em momentos de normalidade sanitária. Quanto mais ansioso o indivíduo se apresenta, menores são os níveis de resiliência, necessária nesse momento de pandemia, pois é da resiliência que se manifesta a superação de situações e momentos complexos ou de risco e a garantia da continuidade de um desenvolvimento emocional saudável. A resiliência é um processo dinâmico que permite à pessoa se adaptar, apesar da presença de estressores. Ela abrange mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que reforçam atributos pessoais, estratégias de enfrentamento e habilidades (Souza; Araújo, 2015).

De outra parte, ocorreu toda uma reestruturação na parte do ensino, que basicamente voltou-se para o ambiente on-line, com aulas remotas, muitas vezes gravadas e com uma limitação na interação entre os participantes. No campo das residências em saúde mental foi um pouco diferente, primeiro esses serviços não foram considerados em muitos locais como essenciais, ou seja, diferentemente dos cenários de intervenção sobre o acometimento pela covid-19, como hospitais, pronto-atendimentos e unidades básicas de saúde em que a atenção estava quase que 100% voltada ao atendimento dos casos suspeitos e/ou confirmados de covid-19, os CAPS em sua maioria, assim como os ambulatórios de saúde mental foram fechados, relacionados à necessidade inicial de um distanciamento social, o que demandou dos trabalhadores de saúde, principalmente dos residentes, em um momento

no qual todos viviam momentos de grande angústia e incertezas, um esforço sobre-humano para criar novas estratégias de cuidado remoto, sem que tivessem uma formação para tal e sem necessariamente dispor de equipamentos nos serviços e de acessibilidade digital dos usuários da rede. Por outro lado, seja por estarem expostos ao vírus ou, ainda mais, por vivenciarem condições precárias de trabalho e uma superexposição ao sofrimento psicossocial dos usuários dos serviços, os trabalhadores de saúde mental também viram a sua saúde fragilizada com efeitos sobre a sua disponibilidade ao cuidado. Não resta dúvida, porém, de que um dos maiores impactos negativos sobre a atuação dos serviços de saúde mental se deveu aos cortes financeiros progressivos que ela tem vivido no país. (Torrenté, 2023, p. 2)

Esses cortes vem ocorrendo progressivamente desde o ano de 2016, em que as diversas políticas de atendimento em atenção psicossocial vem sendo trocadas por “novos modelos” de atendimento, o que na realidade não é nada mais do que a volta de modelos mais lucrativos e menos eficientes de promoção à saúde mental. Políticas que privilegiam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) , com a criação de CAPS, Oficinas de Geração de Renda, Consultórios na Rua, grupos de Redutores de Danos foram sendo deixados de lado em detrimento das chamadas Comunidades Terapêuticas, que nada mais são de que os novos “mini manicômios”. Com isso a formação dos residentes que deveria seguir os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, baseada no cuidado em liberdade, com respeito a autonomia dos usuários, com a possibilidade de escolha de tratamentos se viu ameaçada, tornando ainda mais frágil e preocupante essa caminhada. Aqui podemos pensar, também, o quanto o modelo biomédico, na saúde mental, voltou com força, ou seja, que as equipes multiprofissionais e os diversos tipos de tratamento,

que não o medicamentoso, foram sendo substituídos, numa lógica perversa de que somente “tomando remédio” se consegue o controle e a cura dos sintomas e/ou transtornos psiquiátricos.

No andar da pandemia, foi ficando claro a emergência de nova onda (novo pico) pandêmica, esta não pelo acometimento dos sistemas fisiológicos (pulmonar e hemático-cardíaco), mas ao aparelho psíquico e sentimental. Como fazer atendimentos em modo on-line se já na presencialidade a saúde mental tem suas particularidades, como a criação de vínculo, o contato visual, a observação de estado corporais (higiene, nutrição, vestimentas...) e mesmo o contato físico? Como os residentes, principalmente os que iniciavam sua caminhada poderiam ficar sem essa experiência, tendo de criar vínculos através de telas? Muitos dos usuários que utilizam os CAPS sequer possuem acesso às tecnologias digitais de informação e comunicação, tampouco habilidade de uso ou organização mental corresponde à necessidade de manejo desses recursos. Ademais, a pandemia trouxe essa enxurrada de novas modalidades de atendimento, vinda dos setores público e privado, orientadas por interesses cuidadores, mas também econômicos e políticos. Os residentes precisariam aprender novas alternativas de cuidado e eles próprios criarem e desenvolverem alternativas de cuidado e, portanto, sentimentos e angústias surgiam ainda mais.

NA RESIDÊNCIA, EVITAR A MEDICAMENTALIZAÇÃO DOS USUÁRIOS; E PARA OS RESIDENTES?

O Guia da “Gestão Autônoma da Medicação” (GAM), um mapa ao nosso olhar, carrega consigo caminhos, ferramentas, dispositivos, propostas, tecnologias e possibilidades, sendo assim uma estratégia que coloca em movimento as relações, convocando o encontro. A GAM é uma estratégia no campo da saúde mental inicialmente desenvolvida no Quebec, Canadá, na década de 1990, mais precisamente em 1993, a partir de dispositivos grupais, formulado por associações de usuários de psicofármacos para promover discussão e produção de autonomia no uso dos medicamentos psiquiátricos (Passos; Sade; Macerata, 2019, p. 6). Esses grupos afirmavam a importância dos diferentes significados que a medicação podia assumir para cada usuário.

A GAM é uma estratégia em que aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam. Parte do reconhecimento de que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que é importante aumentar o poder de negociação desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento – sobretudo com os médicos, que são os que prescrevem os medicamentos. Propõe que os usuários tenham acesso às informações e, assim, tenham melhores condições de reivindicar os seus direitos, dialogando sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam nas suas vidas. Além disso, propõe que o usuário deixe de ser tratado como “objeto” do tratamento para ser “sujeito” e “pessoa de pleno direito”. A GAM, como estratégia construída entre usuários, trabalhadores e pesquisadores do Quebec, traça críticas ao reducionismo biomédico no campo da saúde mental, com vistas a aumentar o poder de negociação dos usuários de saúde mental nas decisões referentes ao seu tratamento, em especial o medicamentoso (Ferrer; Palombini; Azambuja, 2020, p. 1).

Dentre alguns preceitos que a GAM se utiliza, encontramos a autonomia e a cogestão, que talvez sejam os mais queridos princípios utilizados. A autonomia, vista pelo prisma do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é pensada não como independência (fazer ou viver sozinho) ou individualismo (ter direito pessoal acima do

coletivo), mas sim, estar em relação com os outros, e não sozinho. Para viver a autonomia, as pessoas têm que compartilhar umas com as outras o que pensam e o que sentem, ao invés de se fecharem em suas ideias e posições. Essa vivência vale também para os usuários em seus tratamentos: para experimentarmos a autonomia nos tratamentos, a gestão destes precisa ser compartilhada entre todos aqueles que estão envolvidos. Por isso, os usuários devem ser considerados protagonistas e corresponsáveis (responsáveis junto com os profissionais) pelo tratamento que seguem. Eles devem ser considerados capazes de compartilhar as decisões sobre o próprio tratamento, inclusive sobre o uso de seus medicamentos. Essas decisões não podem ser apenas dos profissionais da saúde responsáveis; elas têm que ser compartilhadas. Por isso, quando falamos de gestão autônoma, não estamos falando de uma gestão independente da própria vida do usuário, mas de uma cogestão: é a gestão que se faz junto.

No ano de 2009, uma parceria entre a Universidade de Montreal (UdM), no Quebec, e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em São Paulo, Brasil, propiciou o início do projeto de tradução e adaptação deste guia ao contexto brasileiro, buscando por uma adequação/tradução/adaptação que contemplasse o contexto social e político brasileiro, considerando a cidadania e a autonomia dos sujeitos envolvidos: pesquisadores, serviços, residentes, trabalhadores e usuários de diferentes regiões do país, trouxeram de forma vívida e ampla a subjetividade e as particularidades desse povo tão heterogêneo. Além disso, se reconhece a relação da composição da GAM com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois foi *na* e *pela* Reforma que se constituiu toda a proposição de uma rede de cuidados *da* e *para a* saúde mental.

Na versão brasileira, entre outras modificações, está a questão da retirada completa da medicação, que aqui não se concretiza, visto que diminuir ou parar de tomar os remédios não era uma reivindicação dos usuários brasileiros. Pelo contrário, os usuários brasileiros colocam o acesso aos medicamentos como direito fundamental e sob o desejo de mais diálogo com seus médicos e com as equipes de saúde para entender melhor como e por que usam determinados medicamentos. A proposta da Gestão Autônoma da Medicação nos parece pertinente, porque é conhecido que, não apenas usuários de saúde mental, mas usuários de medicamentos em geral fazem a autogestão

das suas medicações quando, por exemplo, decidem experimentar um medicamento indicado por amigos ou quando aumentam por sua conta a dosagem; ou, ainda, quando interrompem o uso porque sentem que seus sintomas diminuíram.

O que a Gestão Autônoma da Medicação propõe é justamente que essas decisões sejam aceitas como legítimas e que sejam conversadas e compartilhadas com a equipe de saúde de referência para que possam ser analisadas coletivamente; e para que tanto os usuários como a equipe, e também os familiares envolvidos, saibam dos possíveis efeitos das decisões e “banquem juntos” uma posição – seja a redução ou mesmo a retirada dos remédios. Isso se torna mais evidente num cenário em que as mais diversas emoções da pessoa começam a ser tomadas como “anormais”. E durante a pandemia, em que o isolamento social promoveu ou agravou muitos desses sentimentos, a automedicação tornou-se o refúgio de uma grande parte dos brasileiros.

O guia GAM propõe que se responda algumas perguntas que ajudam o próprio usuário de medicamentos a conhecer-se e aos aspectos subjetivos implicados no adoecimento, no contato com serviços de saúde e no compartilhamento social das experiências de vida. Essas perguntas estão organizadas em 4 passos:

- O primeiro passo traz questionamentos sobre como o indivíduo se vê e como ele percebe que os demais o veem.
- O segundo passo gira em torno de sua rotina diária, atividades de lazer, sobre o que gosta ou não de fazer, como o trabalho influencia no seu cotidiano, como é a convivência com os vizinhos, familiares e demais pessoas de suas relações interpessoais; aborda ainda questões sobre saúde, como percebe a sua saúde, como cuida da sua saúde física e mental, qual sua relação com os medicamentos que usa (tempo, quantidade, efeitos colaterais), se pode optar ou discutir o seu uso com o profissional de saúde que prescreve seu tratamento.
- O terceiro passo propõe o questionamento sobre quais as coisas que o indivíduo precisa para viver, sua rede de apoio (se a possui ou não e quem seria ela), se pode contar com alguém nas horas de crise, se conhece os direitos que possui em questão de saúde.
- O quarto passo é pesquisar e conhecer melhor os medicamentos que usa, qual classe farmacológica, o que acontece caso não tome os medicamentos corretamente, a

história do medicamento.

Enfim, o guia por si só é um instrumento de promoção de saúde, do aumento da potência cognitiva e afetiva, de ampliação das capacidades de interação e troca de informação, de maior domínio de si mesmo e suas características pessoais. Cada indivíduo tem o preenchimento do guia e construção de respostas ao seu modo e a experiência coletiva do compartilhamento por si só agencia um cuidado *político* de si e do outro (não o cuidado clínico, mas a cidadania do cuidado).

Aqui o que nos percorre é a seguinte incerteza: será que durante esse período ímpar da história mundial, a medicamentação aumentou? Será que os profissionais residentes, inseridos nos cenários de saúde mental que foram “fechados” por não serem considerados essenciais tiveram que recorrer a algum tipo de medicação psicotrópica para suportar as angústias e os sofrimentos desse isolamento e afastamento do trabalho? Além do sofrimento imposto pela própria pandemia de covid-19? Como os residentes lidaram com isso? Além disso, os residentes utilizaram alguma substância ilícita ou lícita (que não seja medicamentosa) para poder suportar os sofrimentos presentes nesse período? E caso o fizeram, o que usaram?

Outro aspecto importante que nos questiona e nos instiga a pensar sobre a GAM é uma conceituação mais ampla e que poderia ser aplicada no cuidado em saúde mental, uma vez que sua proposta é uma gestão autônoma (aqui no caso da medicação) podemos transcender essa perspectiva para outros modos de cuidado em saúde mental de que o sujeito faz uso para caminhar em sua trajetória de vida. Pensando assim, estratégias como terapias complementares, meditação, grupos de auto ajuda, conexões familiares e sociais positivas podem ser escolhas autônomas nesse autocuidado? São dispositivos utilizados para suportar o sofrimento e as dores causadas pelas emoções da pandemia ou do pós-pandemia? Já eram recursos utilizados pré-pandemia ou foram iniciados nesse período específico? E se iniciaram na pandemia, após “seu fim” esses cuidados continuaram a fazer parte do cotidiano de cuidado do sujeito-residente?

Um movimento que vem ganhando força nos últimos anos, principalmente na área da atividade física e da psicologia são as técnicas de meditação, dentre elas o mindfulness ou “atenção plena”, que tem sido então apontado na literatura como um

relevante mecanismo na regulação emocional e no bem-estar psicológico, destacando sua eficácia na promoção da saúde física e psicológica. A atenção plena, que é a capacidade de estar completamente presente no momento sem julgamento, é cultivada por meio de práticas meditativas. Indivíduos que fazem uso dessa prática regularmente relatam uma maior consciência e aceitação de suas emoções, o que pode ajudar na gestão eficaz do estresse e das emoções negativas. Estudos (Aldbyani, 2023; Malheiros, 2023) têm demonstrado que a prática regular de mindfulness está relacionada a níveis mais altos de bem-estar psicológico, o que inclui sentimentos de satisfação com a vida, maior resiliência emocional, melhorias na atenção e na cognição e uma perspectiva mais positiva. Além dos benefícios psicológicos, essa prática também tem sido associada a melhorias na saúde física, incluindo redução da pressão arterial, melhoria na qualidade do sono e fortalecimento do sistema imunológico, bem como reduzir os níveis de estresse, sendo que tem sido muito utilizado com esse propósito. Em ambientes de trabalho, programas de mindfulness têm sido implementados para melhorar a cultura organizacional, reduzir o absenteísmo e aumentar a satisfação dos funcionários, inclusive melhorando a comunicação e o trabalho em equipe. É importante notar que os benefícios podem variar entre os indivíduos, e a prática regular é muitas vezes necessária para colher resultados consistentes. Essas descobertas sugerem que o mindfulness pode ser uma ferramenta valiosa para promover a saúde e o bem-estar, especialmente em ambientes de trabalho onde o estresse é comum.

DESBRAVANDO O DESCONHECIDO: CAMINHO EXPLORATÓRIO

A escrita é algo muito potente, cheia de descobertas e novas interfaces com o mundo. Ela nos propicia caminhar por espaços antes desconhecidos, desbravar literatura nova, mergulhar de cabeça em autores que nos motivam e emocionam. Quando nos deparamos com uma temática a qual gostamos e queremos estudar, logo em seguida nos ocorre a pergunta “qual a melhor metodologia para descobrir, conhecer, desvendar o que queremos?” Aí começa uma verdadeira saga para encontrar a melhor metodologia, aquela que nos motiva como pesquisadores e nos leva a caminhar pelos caminhos da pesquisa.

Nos desacomodamos de qualquer posição mais cômoda que pretendemos manter – essa é a função da escrita. Ao escrevermos, somos constantemente desafiados por um estado de não-saber, de indefinição, de incerteza, que nos coloca em uma posição difícil, acostumados que estamos a ter domínio das situações. A tolerância e a paciência na escrita são, acima de tudo, um exercício de renúncias que se efetua em vários níveis: não sabemos tudo, não abarcamos toda a teoria, não esgotamos o assunto, não lemos todos os autores, não examinamos todos os pontos, não escrevemos tão bem quanto gostaríamos (Meira, 2007).

O campo das ciências sociais é rico em sensações, experiências e saberes. Portanto, seu estudo requer do pesquisador conhecimento sobre a temática a ser abordada, bem como afinidade com a mesma para absorver do assunto o que há de mais rico e interessante. Isto significa que esta acaba produzindo grande quantidade de dados narrativos, que não podem ser quantificados, sendo, portanto, uma de suas características a subjetividade, ou seja, trabalha com percepções e sentimentos, e os relaciona com dados históricos sociais e vivências dos atores que nela atuam.

A pesquisa qualitativa tem, em seu ambiente natural, a fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Questões muito particulares são respondidas por este método, pois o mesmo se preocupa com um nível de realidade que não pode ser mensurado em dados objetivos. Baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência

humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores. Trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo *et al.*, 1994).

A cartografia, por não comparecer como um método pronto e sim uma orientação do trabalho do pesquisador que não se faz de modo prescritivo, por regras já prontas, nem com objetivos já pré-estabelecidos (Passos, Barros, 2012), parece-me ser um dos pilares dessa escrita. Acredito ser por não ter estabelecido “exatamente” aonde iria chegar ou o que queria saber, mas sim estabeleci um primado caminhar, ou seja, explorar um velho-novo fenômeno que se agudizou durante a pandemia: o sofrimento psíquico e a medicamentação, bem como os inúmeros tentáculos da medicalização e patologização entre os residentes das residências multiprofissionais em saúde mental. Nesse ponto enfatizo que muito do que imaginei não se concretizou, muitas expectativas foram frustradas e em demasiado esvaziadas.

A cartografia visa acompanhar um processo e não, necessariamente, representar um objeto específico. Aqui não se estabelece um caminho linear para atingir um fim, mas sim utiliza-se de pistas para auxiliar o cartógrafo na coletivização da experiência. Esta não isola o objeto de suas articulações históricas nem de suas conexões com o mundo, se propõe a desenhar a rede de forças a qual o objeto/fenômeno está conectado. Permite, portanto, um movimento permanente e constante. Isso nos remete ao “praticar” a cartografia, não “aplicá-la”, como nos demais métodos comuns em ciências sociais e humanas na saúde.

Assim, cabe pensar uma série de instrumentos de aproximação ao campo e os sujeitos, os quais produzem afetos em todo o caminhar do cartógrafo/pesquisador. Além disso, aqui nos pegamos a pensar que o campo da pesquisa em saúde também se refere às nossas narrativas, ou seja, se apresenta como uma política da narratividade. Todos os dados que coletamos nas mais diferentes técnicas de pesquisa (entrevista, questionários, observação participante) indicam as várias maneiras de se narrar uma história, de se construir um percurso cartográfico e de pesquisa.

Rosário e Coca (2018), dizem que se nota trabalhos de pesquisa em que “a

cartografia se configura apenas como um mapeamento, um modo de levantar os dados ou realizar a pesquisa exploratória”, assim esta é a intenção dessa escrita: uma escrita que explora o fenômeno em si e não quem o “carrega ou o possui”; uma escrita livre de limites rígidos mas com balizadores que nos auxiliaram a entender a complexidade do tema pesquisado. Contudo, segundo as autoras, “outros pesquisadores assumem a cartografia só quando apresentam os resultados, como uma maneira de organizar as informações reunidas ao longo da investigação”, o que dá abrigo à intenção de leitura dos resultados sem instrumentos analíticos da linguística ou do discurso, acreditando em categorias moventes e emergentes da reiteração de leitura dos informes recolhidos. Rosário e Coca referem ainda que “há quem faça uso da cartografia como procedimento metodológico para análise do corpus [e] há aqueles que a aplicam para a coleta de dados de coletivos humanos”, finalizando seu apanhado afirmando que poucos entendem a cartografia “como um modo de pensar e conduzir a pesquisa, aproximando-a de um método” (Rosário; Coca, 2016, p. 37).

Outro procedimento utilizado aqui foi o da cadeia de amostragem conhecido como “bola de neve”. Segundo Vinuto (2014) o tipo de amostragem nomeado como bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados, aqui por exemplo, os residentes egressos dos programas de saúde mental de determinados anos e num período específico temporal. A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: inicialmente, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves (sementes) a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa. Isso acontece porque as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as sementes possam indicar e/ou encaminhar (como é o caso nesta pesquisa) novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente .

Com tudo isso, essa pesquisa se propôs a um caminhar exploratório, mas com dois termos balizadores: *o cuidar-se e a medicamentação*. Um olhar sobre o viver e aprender dos residentes em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde

Mental do RS que ingressaram e tiveram seu percurso nos cenários de prática em meio à pandemia de covid-19 (anos de 2020, 2021 e 2022) por ser um momento ímpar na história mundial. Olhando este tema por seus mais variados prismas, nos suscitou muitas perguntas, curiosidades e afetações. Como já referido, muitos cenários tiveram uma adaptação radical no seu modo de atender durante esse período. Assim, coube-nos perguntar: Será que aconteceu um processo de medicamentação, ou melhor de auto-medicamentação? Conquanto esta foi a intenção: explorar a ocorrência desse potencial risco, a presença da automedicação ou da busca pela prescrição.

O público alvo dessa pesquisa foram os egressos dos anos de 2020, 2021 e 2022 dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental que se formaram no território do Rio Grande do Sul. Esse período se justifica por ser o de maior prevalência dos casos de covid-19, fechamento e reabertura dos serviços de saúde mental (com momentos intercalados de atendimento híbrido), avanço do quadro vacinal nacional e reconhecimento dos impactos da pandemia à saúde mental nos 8 programas de Saúde Mental do RS, tendo, em sua maioria, como cenários de prática, os CAPS dos respectivos municípios de inserção destes programas. Aqui cabe a observação de que, em Porto Alegre, temos um programa exclusivamente hospitalar, que não teve alteração em seu funcionamento. Se somarmos as vagas disponibilizadas nos editais dos 8 programas citados, ingressam a cada ano, 74 residentes de primeiro ano na ênfase de Saúde Mental. Supondo que todos eles concluíssem o segundo ano da residência, teríamos ao final de 3 anos (2020, 2021 e 2022) uma possibilidade de 222 participantes aptos a responder o questionário formulado.

Em um primeiro momento tínhamos a expectativa de que pelo menos 3 egressos de cada programa nos retornassem o questionário preenchido, o que nos daria uma amostra de 24 respostas, ou seja, algo em torno de 10%. Contudo, ao longo do período de coleta de dados fomos percebendo a dificuldade de alcançarmos este número. Ferigato (2022) discute os questionários on-line como dispositivo de produção de dados no universo das pesquisas em saúde, durante o período da pandemia de covid-19. Propõe reconhecermos uma nova concepção de questionário on-line, voltado à captação da experiência de vida dos respondentes durante um período tão singular quanto o de uma pandemia global, sugerindo a criação de um questionário que possa trazer em

profundidade os mais variados temas relacionados à saúde. Com o crescente processo de virtualização da vida – que se expressa também nos processos investigativos em saúde – a recriação das técnicas de produção de dados on-line pode se apresentar como uma estratégia para a criação de processos inovadores na produção acadêmica, que permitam o aumento extensivo e plural das amostras, sem a perda da profundidade na produção de conhecimento e cuidado.

Para coletar as informações que conduziram esse caminhar cartográfico, elaborou-se um questionário na plataforma Google Forms, com perguntas objetivas e descritivas, tendo inclusive espaço para uma escrita mais livre sobre suas percepções deste período. Este questionário foi encaminhado, via e-mail institucional, às secretarias das COREMUs do estado do RS, aos residentes ativos nos programas (via grupo de residentes), para coordenadores das residências supracitadas, como a solicitação de que repassassem aos ex-residentes egressos dos anos de 2020, 2021 e 2022, através do endereço eletrônico de cada um. Com isso, a pesquisadora não teria a menor possibilidade de identificar o participante, mantendo-o totalmente anônimo. Além disso, o formulário elaborado não possui qualquer possibilidade de identificação do participante que o respondeu, pois aqui não há necessidade de saber “quem” e sim, conhecer “o que”, ou seja, entender o quanto a medicamentação se manifestou durante esse período tão novo na história do mundo atual, o quanto interferiu e/ou interfere na vida e nos modos de ser e estar na Residência. Além disso, se quis observar se outros modos de se cuidar foram utilizados nesse período, quais foram esses modos de cuidado, entre outros.

Esse formulário foi enviado no mês de julho do presente ano, não sendo estabelecido uma data limite de retorno para as respostas, desde que as mesmas chegassem a tempo de ser analisadas para compor a escrita deste trabalho. Como colocado, ele contém dados demográficos que serviram para descrever a amostra sem a necessidade de nomear cada participante, portanto este não continha espaço para nome ou qualquer outro dado mais específico que possa identificar quem responde o formulário. Além disso, este formulário continha questões objetivas e subjetivas e porquanto, também, espaço para comentários mais livres por parte dos participantes para que os mesmos se sentissem à vontade para escrever e/ou narrar algum fato ou

cena marcante que ocorreu durante esse período. O formulário pode ser consultado no Apêndice 1 desta dissertação. A maioria dos retornos deu-se no mês de setembro, após um novo contato com os programas e as demais instâncias que poderiam acessar esses residentes egressos (como já mencionado, os Fóruns de residentes, entre outros).

Conquanto temos que pensar que as expressões narrativas produzem dados que muitas vezes precisam ser melhor elaborados ou entendidos, caso haja necessidade, um grupo de conversa pode ser constituído para um melhor entendimento das expressões colocadas nos formulários. Esse grupo poderia ser por modo on-line ou presencial, contudo o foco central continuaria sendo o *que das questões e não o quem*. Isso nos propiciaria uma melhor compreensão das respostas e análise dos resultados. Contudo essa possibilidade foi descartada tendo em vista a demora no retorno dos formulários e a resistência dos programas em enviar o documento para seus egressos. Frisa-se aqui, que essa resistência foi minha maior preocupação e decepção quanto à proposta deste estudo.

Muitos foram os caminhos percorridos nessa escrita. Caminhos nem sempre tão lineares, nem tanto desobstacularizados, mas sempre com muito afeto e consciência de que o tema apresentado pode ajudar a conhecermos e entendermos, mesmo que muito inicialmente ainda, a saúde mental dos profissionais residentes em atenção psicossocial que atuaram durante a pandemia de covid-19. Durante o auge da pandemia, nos anos de 2020 e 2021, foram muitos os desafios que a população mundial precisou aprender a (re)conhecer para que tudo fosse vivido da maneira mais tranquila e “natural” possível. Para os trabalhadores residentes não poderia ter sido diferente, sendo este um segmento de atuação nas mais variadas linhas de frente (APS, Saúde Mental, Gestão).

Quem somos e nossos olhares: cruzamentos possíveis

Inicialmente vamos conhecer um pouco mais sobre os participantes desta pesquisa, aqueles que me ajudaram a entender um pouco mais como foi “ser residente” num período de pandemia. Claro que não podemos esquecer que esse processo, ou a maioria deles, não necessariamente iniciou na pandemia, ou seja, com início-meio-fim durante a emergência global. Quando falamos sobre emoções e afetos temos que estar cientes de que tudo é um caminho a seguir, que vem de muito antes do ingresso no programa e que pode se propagar além deste. As porcentagens apresentadas não são absolutas, pois os respondentes puderam assinalar mais de 1 (uma) resposta na mesma pergunta, o que nos leva a termos valores que somados passam de 100% (que seria o total de 14 questionários de retorno).

Nossos olhares para essa escrita recaem sobre os resultados encontrados nos 14 formulários que retornaram, de um universo possível de 222 participantes. Isso também me fez pensar muito a respeito do quanto esse período foi, ou ainda é muito marcante e/ou dolorido para esse público, pois a “não resposta” pode ser um sinal de fragilidade e de “querer esquecer o que passou”. Contudo, apesar de ser uma amostra simbólica, nos traz dados bem interessantes que podemos usar para construirmos e refletirmos sobre o trabalho em momentos como o da pandemia, em que o normal passa a ser diferente/excepcional. Além disso, pode nos dar uma ideia do quanto os residentes multiprofissionais são profissionais que se encontram em situações de vulnerabilidades, a depender do programa a que se vinculam e a quais espaços de prática, principalmente

quando falamos em espaços hospitalares que na maioria das vezes tem uma lógica totalmente médico-centrada, não vendo o quanto os residentes podem contribuir para o cuidado.

A história da medicina sofreu uma transformação histórica no momento em que desvia o foco da pessoa doente para a doença em si, o que quer dizer que foi-se padronizando diagnósticos e tratamentos, sem considerar a individualidade e subjetividade dos indivíduos. Inicialmente, ela se concentrou na busca por padrões sintomáticos que se repetissem em diferentes casos, o que resultou na categorização e nomeação das doenças. Assim, essas doenças foram consideradas desvios do funcionamento normal do organismo biológico, e com isso a padronização era a melhor opção. Contudo, ao longo dos anos, essa abordagem foi alvo de muitas críticas, pois novos olhares foram surgindo; uma medicina mais holística foi se criando em que o sujeito é visto em sua totalidade e não somente os aspectos físicos são definidores, mas sim os emocionais, sociais e psicológicos. Bem como há, apesar de todos os avanços que a Saúde Pública teve nas últimas décadas, seja na formação ou na assistência, um poder hegemônico médico-centrado, ou seja, os médicos (e aqui falamos também dos residentes médicos) veem a sua profissão como a única detentora e promotora de saúde, e os demais profissionais da área da saúde são meramente coadjuvantes nesse cuidado ao sujeito.

Camargo-Júnior (2003) afirma que a relação entre o saber e a prática médica nem sempre é harmoniosa, devido à inadequação deste conhecimento à realidade. As rotinas diagnósticas tornam-se marcadas pela mecanização na caracterização de doenças, a terapêutica pelo método do “ensaio e erro” e prescrição de sintomáticos – por vezes mal empregados quando afiançados pelo bulário e incentivados pelas propagandas da indústria farmacêutica. Na saúde mental isso não é diferente, pois se trata o sintoma como algo a ser eliminado somente, mas que por muitas vezes ele pode ser tratado de outra maneira, mais harmonioso com o sujeito. Historicamente, a hegemonia deste método clínico não atento à subjetividade – construção de diagnósticos por meio da articulação de sinais e sintomas definidores de uma doença descrita nos compêndios médicos – foi seguida da emergência de críticas e insatisfações, em especial quanto à real

eficácia em satisfazer as necessidades de saúde das pessoas, assim como em promover a satisfação dos próprios médicos com seu ofício (Ballint, 1998).

Então vamos começar conhecendo alguns dados demográficos de nossos participantes, sempre lembrando que retornaram 14 formulários preenchidos:

- a) A idade média foi de 26 anos;
- b) 14 dos participantes se identificam como cisgêneros;
- c) 9 participantes se identificam como sendo do sexo feminino e 5 participantes como sendo do sexo masculino;
- d) 7 participantes se identificam como heterossexuais, 2 participantes como homossexuais e 5 como bissexuais;
- e) 6 participantes são egressos da Residência em Saúde Mental Coletiva da UFRGS, 3 participantes da Residência em Saúde Mental do GHC, 3 participantes da Residência em Saúde Mental do HCPA e 2 participantes da Residência em Saúde Mental da UNISINOS; Não obtive nenhum retorno por parte de egressos dos programas de residência da ESP/RS, do HCPA (ênfase álcool e outras drogas), UFSM e UNIPAMPA;
- f) 8 participantes são egressos do ano de 2022, 2 participantes do ano de 2021 e 4 participantes do ano de 2020;
- g) 12 participantes se autodeclararam brancos, 1 se autodeclara negro e 1 se autodeclara pardo;
- h) 4 participantes são Enfermeiro (a)s, 3 participantes são Assistentes Sociais, 3 participantes são Educadores Físico(a)s, 3 participantes são Psicólogo(a)s e 1 participante é Nutricionista.

Aqui temos uma amostra que nos exemplifica e corrobora o que as pesquisas nos mostram: a prevalência de mulheres em cargos de saúde, quando se trata de profissões não-médicas, população jovem, hegemonicamente branca, o que demonstra que ainda faltam políticas de ações afirmativas nos processos seletivos de residência, bem como políticas que auxiliem os profissionais a permanecer vinculados aos programas.

Quanto os locais de atuação, são inúmeros, visto que os residentes passam, por vezes, em mais de 1 cenário por ano de programa. Assim temos a seguinte configuração:

50% atuaram em CAPSi, 35% atuaram em CAPS adulto, 30% em UBS's, 28% em CAPSad, 28% em Internação hospitalar, 15% em equipes de Consultório na Rua, 14% em Oficinas de Geração de Renda, 14% em Equipes especializadas em Saúde Mental, 7% em Emergências de Saúde Mental, 7% em Hospital-dia, 7% em Medidas Socioeducativas, 7% em Ambulatório de Adições, 7% em Associação de Usuários e 7% em atividade de Acompanhamento terapêutico na Rede.

A maioria dos residentes realizou trabalho híbrido durante esse período de pandemia, ou seja, houveram atividades presenciais e outras em modalidade remota. Como já colocado, vários serviços de saúde mental, ou a sua grande maioria, foram considerados não essenciais, ou seja, não se via naquele momento a necessidade de manter-se aberto um serviço que atendia “pacientes loucos”, que sofriam de transtornos mentais, que não representavam risco de morte, assim como o vírus do covid-19. Com isso, foram interrompidos grupos terapêuticos, sessões individuais de psicoterapia, consultas de rotina com os profissionais de saúde mental. Para os residentes, principalmente os que ingressaram no 2º ano da residência em 2020 isso foi um grande problema, pois tiveram que readequar suas práxis levando em consideração as normas de saúde que o momento exigia. Mas como fazer isso? Como manter um vínculo profissional x usuário por meio da internet? Por meio de consultas online? E aqueles que não possuíam acesso aos meios eletrônicos, como fazer o acolhimento/atendimento? Como continuar trabalhando com o medo de se contaminar? De contaminar os familiares, amigos, colegas de trabalho? Como lidar com a morte de usuários e de pessoas próximas, sem que isso gerasse sofrimento? Uma resolução do Conselho Nacional de Saúde (2020), à época, dizia que: “que as atividades teórico-práticas dos residentes, no momento atual, devem acompanhar a reorganização dos serviços, redes, políticas e ações do setor saúde na resposta rápida à COVID-19” .

Alguns trechos dos formulários que exemplificam esse re-invent(ar) dos residentes e as frustrações do período de covid-19:

“Trabalhei ativamente durante o período da residência no período pandêmico.”

“Foi muito frustrante não poder estar presencialmente nos campos e não ter mais a convivência com os vínculos criados no início da residência. Gostaria de voltar no tempo

sem pandemia e poder fazer a experiência completa de uma residência.”

“Foi extremamente difícil lidar com as preocupações sobre a contaminação ao mesmo tempo que éramos pressionados a voltar para os serviços presencialmente. Éramos exigidos a pensar em soluções criativas que mesmo as próprias equipes não estavam conseguindo. Muitos grupos ocorreram de forma online porque eu mesma ligava para os pacientes com meu telefone para ensiná-los usar as plataformas de vídeo. Não tínhamos o suporte necessário dos preceptores e tutores, gerando muita ansiedade, lembro que contava os dias para que acabasse.”

“Profissionalmente foi uma experiência muito limitada, pois as atividades coletivas ficaram suspensas por um grande período, e os serviços demoraram para encontrar formas de se reinventar e conseguir atender a população sem se expor ao risco de infecção.”

Durante o período pandêmico, muitos espaços de cuidado em saúde tiveram sua organizada reestruturada, ou seja, muitos foram direcionados única e exclusivamente para atendimentos de pacientes com diagnóstico positivo de SARS-cov-2, sendo que outros tiveram seus espaços fechados ou restritos a poucas pessoas. Pouco, ainda, se avaliou o impacto que teve a restrição de atendimentos, principalmente no âmbito da saúde mental, já que prioritariamente esse cuidado não é feito através de máquinas ou instrumentos médicos e sim pelo contato pessoal e o “olho no olho”, com atividades grupais e individuais. Assim, práticas como consultas online tiveram um aumento expressivo, conquanto não necessariamente deram conta do sofrimento expresso pelos pacientes, bem como os grupos que passaram a ser online. Aqui cabe ressaltar que as maiores dificuldades na saúde mental foram manter os pacientes “assíduos” ao uso de tecnologias digitais, o que se agravou pelo fato de que muitos deles não sabem fazer uso dessas tecnologias ou não tem acesso a elas, seja por aspectos financeiros ou, até mesmo, sintomáticos.

Outro ponto questionado foi o uso de psicofármacos, sendo que dentre as respostas, 7% faziam uso de psicofármacos antes da pandemia, 7% começaram a usar algum tipo de psicofármaco durante o decurso da pandemia, 21% apresentavam um uso contínuo (de longa data) e 65% nunca usaram nenhum tipo de psicofármaco. Quanto à classe de psicofármacos utilizados, os medicamentos utilizados para conter sintomas de

ansiedade e auxiliar na atenção foram os mais utilizados. A classe dos sedativos e hipnóticos não teve nenhuma indicação de uso na amostra desta pesquisa, o que não necessariamente quer remeter ao não uso destes, uma vez que muitos antipsicóticos e ansiolíticos produzem o mesmo efeito desta classe farmacológica. As medicações para ansiedade vem apresentando um crescimento vertiginoso nos últimos anos, com agravamento durante a pandemia, pois os indivíduos precisavam de algo para conseguir lidar com o desconhecido de uma maneira rápida, quase instantânea.

Pelos dados aqui coletados, o uso de medicação psicotrópica não foi uma opção utilizada pelos residentes durante o período pandêmico, contudo, tendo a acreditar, ainda, no que vivi e presenciei enquanto tutora de núcleo profissional: que o sofrimento mental e a medicalização aumentaram em números considerável na pandemia entre essa população. Considero ser difícil para o sujeito aceitar que necessita de uma medicação para suportar o sofrimento vivido, ainda mais um profissional da área da saúde mental. Porém, alguns estudos apontam para o caminho que vivenciei durante a pandemia com os meus residentes: que o uso de medicação foi sim uma opção utilizada. Num estudo de Dantas *et al.* realizado em 2021 mostra o seguinte resultado:

“...observou-se a utilização de psicofármacos pelos residentes que demonstraram níveis mais elevados de ansiedade. Atualmente, em especial com a modernização dos psicofármacos e diminuição dos efeitos colaterais, houve aumento de seu uso em toda a população brasileira. Em profissionais da saúde, devido às demandas laborais, à sobrecarga que normalmente é exigida no trabalho, aos fatores pessoais que se somam ao fácil acesso à prescrição destes medicamentos, tornou-se comum, por exemplo, o consumo de ansiolíticos”. p.5

Outro estudo de Moreira & Lopes, de 2022 nos mostra que:

“Portanto, o impacto negativo da pandemia na saúde mental dos profissionais da USF foi marcadamente notório, sendo que, com estes resultados, foi possível quantificar aquilo que se sentia, mas que ainda não tinha sido transformado em números. Este trabalho demonstrou a face cansada dos profissionais que viram as suas vidas sobrecarregadas por uma pandemia que se prolonga não só no tempo, mas também na oportunidade de restabelecer as sequelas deixadas na sua saúde mental. É de realçar a elevada percentagem – mais de metade – de profissionais que sentiram efetivamente necessidade de pedir auxílio, recorrendo ao uso de medicação antidepressiva, ansiolítica e indutora de sono”. p.195

Quanto ao uso de outras substâncias psicoativas, sejam elas de uso lícito ou ilícito, o uso de bebidas alcoólicas aparece em 58% das respostas, enquanto que a maconha parece com 36%. Outras substâncias (anfetaminas, cocaína, tabaco) aparecem com

menos de 6% do total. O uso de bebidas alcoólicas durante este período, muitas vezes com o intuito de reduzir ou se fazer esquecer de sentimentos negativos, foi a opção de muitos pelo simples fato de ser acessível e pouco recriminatório o seu uso. Estudos como o de Wu *et al.*, 2008 mostram que o consumo de álcool tende a aumentar durante e após um período pandêmico, bem como outras questões, dentre elas, o tempo de exposição ao agente pandêmico, perda de familiares e/ou amigos influenciam nesse consumo, seja ele de padrão de abuso ou dependência.

Sentimentos são estados afetivos que surgem como resultado de experiências emocionais. Estão ligados à nossa percepção e interpretação do mundo em que vivemos. Quando algo impacta de maneira positiva, como uma conquista ou uma situação alegre, experimentamos sentimentos de felicidade, de contentamento, gratidão. Contudo, quando nos deparamos com situações dolorosas ou tristes, estas nos desencadeiam sentimentos negativos, como angústia ou melancolia. Nota-se que os sentimentos estão intimamente ligados à atividade cerebral e ao processamento emocional, pois é a maneira como percebemos e interpretamos os eventos que influenciam diretamente os sentimentos. Isso faz com que os sentimentos sejam de fundamental importância para que possamos desenvolver a chamada inteligência emocional, que nos ajuda a reconhecer, compreender e gerenciar todas essas emoções, nos auxiliando nas relações intersociais, nas tomadas de decisões e no nosso bem estar. Por sua vez, as emoções são reações a estímulos que provocam alterações subjetivas, fisiológicas (aqui podemos nomeá-las como sintomas) e comportamentais. As emoções são inatas ou aprendidas, conscientes ou inconscientes, e têm uma função adaptativa ao meio em que se vive, sendo desencadeadas por fatores afetivos, cognitivos ou ambientais, e estimulam a pessoa para a ação e a expressão.

As principais emoções relatadas pelos residentes durante o período pandêmico foram: ansiedade (85%), angústia (57%), tristeza (57%) e medo (43%). Outras como irritabilidade, hipervigilância e preocupações excessivas aparecem em 28% das respostas. Já os sintomas físicos mais relatados foram: dores nas costas (58%), sintomas gástricos, como dor/azia/queimação, aparecem em 36% das respostas e dores no pescoço e rigidez muscular com 30% das respostas. Já sintomas como taquicardia, dores articulares e sintomas intestinais aparecem em 14% das respostas.

Os sintomas físicos relatados tem ligação com o novo modo de vida na pandemia, em que tudo, ou praticamente tudo, era feito diante de uma tela de computador: aulas, consultas, grupos, sessão de psicoterapia, reuniões online intermináveis. Até mesmo os momentos de lazer foram virtualizados e nos faziam ficar diante das telas (de computador ou televisão): novos filmes, seriados, “lives” de cantores famosos, peças de teatro, entre outras.

Alguns trechos que podem exemplificar o misto de sentimentos e emoções que foi a pandemia:

“É um misto de sensações. Por um lado o medo de tudo que estava ocorrendo, por outro o desejo de sair para trabalhar e poder acessar outras formas de viver aquele período; O novo e a incerteza em cada passo; A segurança financeira nesse período era um alívio e a sensação do tempo que por um lado propiciava a sensação de aumentar e poder se dedicar a aprender mais e se ver cansada mentalmente com tantas informações. Meus processos individuais se misturando com o sofrimento de quem era atendido e precisando construir limite e cuidado. Foi importante e transformador.”

“...Foi desafiador ir trabalhar todos os dias com receio, se sentindo culpada de expor as pessoas que estavam em casa enquanto eu precisava sair por vezes para não encontrar nenhum paciente nos serviços, tendo que cumprir uma carga horária semanal que por vezes não fazia sentido frente aos riscos que corríamos...”

Nos trechos acima podemos notar o quanto os sentimentos de ansiedade, o medo da contaminação e da morte estava presente nos residentes, ainda mais os que não moravam sozinhos, que tinha dentro de suas casas familiares, muitas vezes de grupos de risco, mas que pela natureza do trabalho em saúde não podiam deixar de comparecer ao cenário de prática.

Outro exemplo é o seguinte trecho de um estudo de Dantas, *et al.*, de 2021 que fala o seguinte:

“No Brasil, estudos versam sobre os ritmos exaustivos do cotidiano das residências em saúde, incluindo nelas a residência multiprofissional, médica e uniprofissional, por diversas razões: mudança organizativa das equipes, ressignificação do trabalho, treinamento sobre uma doença pouco conhecida, bem como suas repercussões clínicas, sociais, econômicas e psicossociais, elevados níveis de estresse, sobrecarga de trabalho, pânico e aumento de sintomas ansiosos. Com as transformações provocadas pelo estado de crise sanitária de importância internacional em razão da COVID-19, questiona-se se essas mudanças podem gerar repercussões psicossociais nos residentes

multiprofissionais durante esse período e **intensificar os sintomas ansiosos (grifo meu).**” p.4

Sabemos que, muitas vezes, para suportar algo novo temos que nos cercar de uma rede de apoio. Num processo de residência, em que o profissional está em formação, temos que nos ater a melhor forma de propor essa formação, mesmo num período tão incomum e inédito. Assim temos as seguintes respostas: 86% citaram a preceptoria, 57% as coordenações e 50% as tutorias de núcleo profissionais como as responsáveis por este suporte formativo durante o período da pandemia. A gestão aparece como uma instância que pouco contribuiu para esse suporte. Nos questionários que retornaram, apenas 1 (7%) respondeu que teve suporte do seu grupo de pares nesse momento, ou seja, que os Fóruns (grupo de residentes, tutores/preceptores, coordenadores e apoiadores), neste caso o de Residentes, ajudou nesse caminhar formativo.

Seguem algumas falas dos formulários sobre o suporte recebido:

“busquei participar dos movimentos de residentes e contribuir para que acontecessem; busquei cuidar de mim, terapia e usufruir dos espaços com preceptorias e tutorias para diminuir a angústia e ler, fiz cursos online extras para aprimorar e poder construir subsídios.”

“Foi desafiador. Sinto que tive uma aprendizagem pessoal muito significativa, de estar a sós comigo mesmo e de encontrar recursos para lidar com o sofrimento mental...”

Podemos incluir aqui, também, o suporte recebido por outros espaços de cuidados, como a busca por psicoterapia, a prática de atividades individuais de meditação (ou assistidas online), prática de exercícios físicos (priorizando os individuais), como destaca os trechos abaixo::

“Mantive a psicoterapia, iniciada em período anterior ao da pandemia.”

“ioga, exercícios físicos e terapia.”

“Psicoterapia, exercícios de meditação e mindfulness.”

Esse tipo de cuidado demonstra ser protetivo na maioria das situações, pois o mindfulness tem por premissa a atenção no momento atual, sem julgamentos, portanto

num momento único e singular como o de uma pandemia mundial em que as relações de cuidado deveriam ser feitas no centro de um isolamento social, a busca por atividades individuais que produzem prazer são fundamentais, bem como auxiliam a superar e ressignificar o sofrimento que o momento remonta.

Outro dado coletado se referia a como o indivíduo conseguiria a medicação, caso fizesse uso. Como já vimos acima, poucos residentes que retornaram esse questionário disseram fazer uso de medicação psicotrópica, o que nos leva aos seguintes dados: 9 participantes não faziam uso, portanto não acessavam medicações, 4 participantes usavam a medicação que era prescrita pelo profissional médico responsável e 1 participante conseguia a medicação por outros meios, ou seja, não faziam acompanhamento médico adequado e se automedicação. Aqui não posso afirmar, mas a convivência diária com os residentes, nas conversas informais, sugere que possa ter havido um aumento do uso de medicações psicotrópicas durante esse período pandêmico, porém necessitaria de um estudo maior e mais qualificado sobre esse tema. Porém o questionário e o quantitativo de respostas que retornaram não nos permite avaliar com maior precisão essa questão. A questão da automedicação é algo muito singular e, por vezes, difícil de ser falado, ainda mais enquanto profissional da saúde mental.

Um dado importante se refere ao benefício dado aos profissionais da linha de frente, ou seja, os que trabalharam durante a fase de isolamento social da covid-19. Esse benefício - "O Brasil conta Comigo" foi pago a todos os residentes, independente de estarem ou não trabalhando presencialmente. Assim, 13 participantes disseram que este auxílio contribuiu para a permanência deles na residência, enquanto que 1 participante não tem certeza se esse foi um motivo suficientemente forte para sua permanência, porém coloca que o medo de não conseguir outro emprego foi o principal motivo de ter continuado. Isso nos leva a pensar o quanto os residentes estavam vulneráveis durante a pandemia e o quanto deve-se pensar políticas de incentivo a permanência dos mesmos durante crises sanitárias ou mesmo em programas cujo público alvo são pessoas em vulnerabilidade. Esse tipo de cuidado demonstra ser protetivo na maioria das situações, pois, assim como Foucault coloca, o cuidado de si tende a ser uma resposta do sujeito e sua subjetividade às relações que ocorrem na sociedade em que se vive, ou seja, num

momento ímpar mundial em que todas as forças de trabalho estão voltadas a um único objetivo - salvar vidas- o auxílio governamental foi determinante para a permanência de profissionais atuando.

É correto afirmar que durante a pandemia de covid-19, fatores como uma renda familiar adequada e uma boa formação educacional desempenharam um papel protetor na saúde mental. Esses elementos fornecem recursos que possibilitam um melhor processamento de informações e ajudam a lidar com a instabilidade econômica resultante da crise. Por outro lado, vários fatores contribuíram para aumentar a angústia da população. A insegurança financeira foi um desses elementos, gerando preocupações e ansiedades relacionadas às condições econômicas pessoais. Além disso, a incapacidade de lidar com o excesso de informações, especialmente falsas informações, pode ter contribuído para o aumento do estresse. Aqui outro dado bastante importante foi a extensa cobertura da mídia sobre a covid-19, destacando aspectos como morte e infortúnio, também desempenhou um papel significativo no aumento da angústia da população. Assim, durante a pandemia, os fatores econômicos x educacionais x midiáticos desempenharam papéis cruciais na saúde mental da população, sendo que foi necessário a busca por abordagens holísticas para conseguir lidar com os desafios apresentados nesse período de crise sanitária mundial.

Isso pode ser exemplificado nos trechos abaixo, em que a questão financeira foi um fator decisivo em vários momentos:

“Muitas vezes sentia ambivalência, pensando que deveria continuar porque era a única fonte de renda segura na pandemia...”

“A segurança financeira nesse período era um alívio ...”

“...na verdade, apesar de todo o trauma, muitas vezes pensei que estava segura por ter um salário fixo...”

CONCLUSÃO: AONDE NOSSOS PASSOS NOS LEVARAM

Ao chegar nesse ponto da escrita me pego a pensar: consegui descobrir o que eu pretendia? Será que eu poderia ter feito mais? Contudo uma pesquisa é somente isso: o início de um caminho que pode ser longo ou não; que pode nos trazer respostas ou gerar mais dúvidas; nos faz ter certezas ou nos faz desacreditar em tudo. Mas vamos aos fatos

dessa escrita aqui. Quando me propus a estudar a medicalização e o cuidado nos residentes em saúde mental durante a pandemia, foi pensando em como eu, enquanto tutora de núcleo profissional, vivenciei e observei esse caminho junto aos meus residentes.

Contudo essa escrita passou por algumas “pedras no caminho”: a falta de conhecimento dos programas e serviços sobre uma nova proposta de estudo utilizando questionários online, instrumento muito usado durante a pandemia e que trouxe excelentes resultados. Isso fez com que, talvez, não conseguisse atingir uma amostra maior para trabalhar, mas nem por isso menos importante. E a cartografia é assim: saímos de um ponto conhecido e nos “jogamos” ao desconhecido, coletando, absorvendo tudo que está ao nosso redor. Além disso, acredito que ainda exista um certo desconforto presente nos sujeitos e a pouca aceitação de alguns comportamentos durante esse período. Tende a ser difícil para o profissional assumir um “papel” de paciente e não de cuidador, por isso o receio, de falar abertamente sobre alguns temas, como a medicalização na saúde mental, o sofrimento.

A pesquisa mostrou que mais da metade dos residentes não fizeram uso de medicação durante o período da pandemia, que procuraram trabalhar o sofrimento com a prática de atividades alternativas, como meditação, exercícios físicos e psicoterapia. Mostra que tiveram apoio adequado dos seus colegas de trabalho (preceptores, tutores, coordenadores de programa, gestores em saúde) e de seus pares, seja no cenário de prática ou em grupos de fóruns virtuais. Aqui podemos ver que apesar dos fatores de risco presentes numa pandemia existirem, como o isolamento, a própria doença, houveram fatores protetivos que puderam promover saúde mental e saúde financeira, por assim dizer, como no caso o Auxílio “Brasil Conta Comigo”.

Porém a maioria dos respondentes relatam que apresentaram sintomas físicos e emocionais, em maior prevalência do que antes da pandemia, no que tange a ansiedade, o medo, a irritabilidade, dores nas costas, pescoço, entre outras. Esses sintomas já se apresentavam no período pré-pandemia, mas foram se agravando à medida que as restrições impostas pelo covid-19 foram se tornando mais rígidas e restritivas; e, também, conforme o medo da contaminação, o anúncio das milhares de mortes diárias, o

descrédito na ciência foi se difundindo através de fake news foi se tornando mais agressivo e diário.

Concluindo, essa escrita foi o “pontapé” inicial para uma discussão mais ampla e que abrange outros aspectos da formação dos residentes e de suas vivências na pandemia e pós-pandemia. A saúde mental frágil, o assédio, a sobrecarga de trabalho dentre outros aspectos, me parecem, foram agravados durante o período pandêmico e ainda produzem reverberações. E continuarão a produzir se não pudermos falar abertamente sobre esses assuntos, buscando um adequado caminho e equilíbrio entre a formação e o trabalho. Acredito que a possibilidade de estudar esta temática através de outra metodologia, com mais tempo de pesquisa em campo possa trazer um aprofundamento maior sobre o tema, e assim possamos efetivamente trabalhar essas questões dentro dos programas de residência.

REFERÊNCIAS

ALDBYANI,A.; ALABYADH,M.; MA, B.; LV, Y.; LENG, J.; GUO, Q. **Dispositional mindfulness associated with less academic burnout among Muslim students during the COVID-19 pandemic.**South African Journal of Education, Volume 43, Number 3, August 2023.

ALVES, M. R. A.; SOUZA, R. A. G.; CALÓ, R. S. Poor sanitation and transmission of covid-19 in Brazil. **São Paulo Medical Journal**, 2021, p. 72-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2020.0442.R1.18112020>. Acesso em: 13 nov. 2022.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União nº 98, 24 de maio de 2016. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 034**, de 23 de agosto de 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco034.pdf>

BRASIL. **Recomendação do Conselho Nacional de Saúde N. 018 de 26 de março de 2020.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco018.pdf>

BRASIL. **Decreto nº 10.282**, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei Federal nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Lei Federal 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Lei Federal 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Lei nº 13.979**, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 45**, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 698**, de 19 de julho de 2007. 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. Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 593**, de 15 de maio de 2008. Dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 7**, de 16 de setembro de 2021, que dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Brasília, DF, 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 2**, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de residência em área profissional da saúde. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 5**, de 07 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS nº 7**, de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 356**, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID- 19). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, 2020. p. 912-920. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32112714/>. Acesso em 20 dez. 2022.

CARVALHO, M. A. P. de; GUTIÉRREZ, A. C. Quinze anos da residência multiprofissional em saúde da família na atenção primária à saúde: contribuições da Fiocruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, 2021, p. 2013-2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.44132020>. Acesso em 13 nov. 2022.

CECCIM, R. B. De um novo vírus e suas imposições: memórias e experiências da vertigem-19. In: SILVA, N.S; MACHADO, F.V.; JOSEPH, H; GRUNVALD, V. **Imaginação político-viral: os primeiros meses da pandemia**. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023, p. 235-243. Disponível em: [Livro-Imaginacao-politico-viral-1.pdf \(redeunida.org.br\)](#). Acesso em: 03 de novembro de 2023.

CECCIM, R. B. Residência em saúde mental: interface da luta antimanicomial. In: PAULON, S.; OLIVEIRA, C.; FAGUNDES, S. **25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018, p. 117-134. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179261/001068911.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 nov. 2022.

CECCIM, R. B.; CORREA, R. da R. O mundo em distanciamento: as escolas pararam, as necessidades educacionais não. **Revista Espaço Pedagógico**, v. 28, n. 2, 2022. p. 444-469. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rep/article/view/11855>. Acessado em 05 dez. 2022.

CECCIM, R. B.; KREUTZ, J. A.; MAYER Jr., M. Das residências integradas às residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: PINHEIRO, R.; SILVA Jr., A. G. da S. (Orgs.).

Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 257-292, 2011.

CRODA, J. *et al.* Covid-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, 2020, p. e20200167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0167-2020>

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1. 2020, Editorial.

DANTAS, E. S. O. Saúde Mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia de covid-19. **Interface**, v. 25, suppl 1, 2021. publicação: 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.200203>>

DANTAS, E. S. O et al. Fatores associados à ansiedade em residentes multiprofissionais em saúde durante a pandemia por COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem. Edição suplementar: Coronavírus/COVID-19**, 2021. p. 1-7

FAGUNDES, S. M. **Águas da pedagogia da implicação:** intercessões da educação para políticas públicas de saúde. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2009.

FERIGATO, S. H. et al. O questionário online como dispositivo de produção de dados na pesquisa em saúde. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v. 8, n. 11, p. 123-150. Disponível em: <http://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/health/health-research>

FERRER, A. L.; PALOMBINI, A; AZAMBUJA, M. Gestão Autônoma da Medicação: um olhar sobre dez anos de produção participativa em saúde mental a partir do Brasil. **Revista Polis e Psique**, v. 10, n. 2, 2020. p. 1-8. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X202000020001&lng=pt&nrm=iso

FOUCAULT, M. **Os anormais**. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir:** o nascimento das prisões. 42 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FOUCAULT, M. **O Governo de Si e dos Outros: curso no Collège de France (1982-1983)**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 3: o cuidado de si**. 8ª edição. Rio de Janeiro/ São Paulo: Editora Paz e Terra, 2021.

GALINDO, D. C. G.; LEMOS, F. C. S.; VILELA, R.; GARCIA, B. Medicalização & governo da vida e subjetividades: o mercado da saúde. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 16, n. 2, 2016, p. 346-365. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v16n2/n16a03.pdf> . Acesso em: 13 de novembro de 2022.

GALVÃO,A; GOMES, M.J; PIRES, I.M; PINHEIRO,M. Satisfação laboral, bem estar e a prática de mindfulness em profissionais de saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. nº 28. Porto, 2022.

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – **Guia de Apoio a Moderadores**. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces> Acesso em: 13 nov. 2022.

KANG, L. et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **Lancet**, v. 7, n. 3, 2020, p. 14. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)

LANA, R. M. *et al.* Emergência do novo coronavírus (Sars-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2020. p. e00019620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00019620>

MALHEIROS, P.C.; VANDERLEI,A.D.; BRUM, E.H.M.; **Meditação para estresse e ansiedade em universitários: um ensaio clínico randomizado**. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA.47 (1) : e025, 2023

MEIRA, A. C. S. **A escrita científica no divã**: entre as possibilidades e as dificuldades para com o escrever. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

MINAYO, M. C *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MIOTO,R.C.T; ALVES, F.L; CAETANO, P.S; PRÁ, K. R. **AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP v. 11, n.2, p. 185-209 jan./jun. 2012.

MOREIRA,P.M; LOPES, S. Impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde de uma unidade de saúde familiar. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, 2022; v.38; p. 535-538.

Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the Covid-19 pandemic. **Lancet Psychiatry**. v. 7, n.9, 2020. p. 813-824.

MUNSTER, V. J. *et al.* A novel coronavirus emerging in China: key questions for impact assessment. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, 2020. p. 692-694.

NOTA ABP – CFM, de 20 de setembro de 2017. Assunto: Assistência psiquiátrica no Brasil. http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2017/09/Nota_ABP-CFM.pdf

TORRENTÉ, M.O.N; MARQUES,T.P; TORRENTÉ, M. Solidariedade, militância e saúde mental em tempos de pandemia. **Interface** (Botucatu). 2023; acesso em 12 de novembro de 2023.

Ofício nº 068, de 25 de abril de 2017, da Associação Brasileira de Psiquiatria, destinado aos excelentíssimos senhores Osmar Terra - Ministro do Desenvolvimento Social e Ricardo Barros - Ministro da Saúde, assim como aos excelentíssimos senhores governadores e a todos os gestores de saúde. Disponível em: www.abp.org.br

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. **Superando o manicômio?** Desafios na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá: Editora da UFMT, 2005.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PASSOS, E.; SADE, C.; MACERATA, I. Gestão autônoma da medicação: inovações metodológicas no campo da saúde pública. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 4, 2019. p. 6-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019000004>

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS Exercício 2007/2009. [\[Microsoft Word - Relat\363rio de atividades da CNRMS.doc\] \(www.gov.br\)](#)

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 34.143**, de 30 de dezembro de 1991. Dispõe sobre o valor da bolsa de estudos paga aos bolsistas não médicos do Hospital Psiquiátrico São Pedro e Unidade Sanitária São José do Murialdo, e estabelece o sistema de reajuste. Diário Oficial do Estado; 1991.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual nº 11.789**, de 17 de maio de 2002. Cria, no âmbito da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, o Programa de Bolsas de Estudos para a Residência Integrada em Saúde. Boletim da Saúde, v. 16, n. 1, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria nº 16**, de 1º de outubro de 1999. Institui a Residência Integrada em Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS). Boletim da Saúde, v. 14, n. 1, 1999-2000.

ROSÁRIO, N. M.; COCA, A. P. A cartografia como um mapa movente para a pesquisa em comunicação. **Comunicação & Inovação**, v. 19, n. 41, 2018, p. 34-48. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ci.vol19n41.5481>

SILVA, L. B. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 1, 2018. p. 200-209.

SOUSA,V.F; ARAUJO, T.C.C.F. Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. **PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2015, 35(3), p. 900-915

THONES, A. P. B. **Desenlace e experiência educativa:** o trágico e a medicalização. Tese

(Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2019

UEBEL, A. C.; ROCHA, C. M.; MELLO, V. R. C. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM). **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 1, 2003. p. 117-123.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

WU, P et al. Sintomas de abuso/dependência de álcool entre funcionários de hospitais expostos a um surto de SARS. **Oxford Journal**, 2008; n.43; v.6; p. 706-712.

ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. **The sociological review**, v. 4, n. 20, 1972, p. 487-504.

Apêndice 1 – Questionário On-line

Idade (quando R2):

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 31 | <input type="checkbox"/> 36 |
| <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 32 | <input type="checkbox"/> 37 |
| <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 33 | <input type="checkbox"/> 38 |
| <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 34 | <input type="checkbox"/> 39 |
| <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 35 | <input type="checkbox"/> 40 |
| | | | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

Identificação de sexo e gênero:

Identidade de Gênero

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cisgênero | <input type="checkbox"/> Mulher | <input type="checkbox"/> Não Binária |
| <input type="checkbox"/> Homem Trans | <input type="checkbox"/> Trans/Travesti | <input type="checkbox"/> Gênero Fluido |

Expressão de Gênero

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Andrógino |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

Orientação Sexual

- | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heterossexual | <input type="checkbox"/> Assexual | <input type="checkbox"/> Bissexual |
| <input type="checkbox"/> Homossexual | <input type="checkbox"/> Pansexual | <input type="checkbox"/> Demisssexual |

Sexo Biológico

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Intersexo/Endossexo |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|

Programa de residência vinculado:

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CPAD/HCPA | <input type="checkbox"/> HCPA | <input type="checkbox"/> UNIPAMPA |
| <input type="checkbox"/> ESP/RS | <input type="checkbox"/> UFRGS | <input type="checkbox"/> UNISINOS |
| <input type="checkbox"/> GHC | <input type="checkbox"/> UFSM | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

Egresso ano:

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2020 | <input type="checkbox"/> 2021 | <input type="checkbox"/> 2022 |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

Cor/Raça/Etnia (autoidentificação):

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Branco | <input type="checkbox"/> Indígena | <input type="checkbox"/> Negro |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

Sintomas emocionais durante a pandemia de covid-19:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alterações de humor | <input type="checkbox"/> Pensamentos obsessivos |
| <input type="checkbox"/> Angústia | <input type="checkbox"/> Preocupações excessivas |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Raiva |
| <input type="checkbox"/> Hipervigilância | <input type="checkbox"/> Tristeza |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidade | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medo | |

Sintomas físicos durante a pandemia de covid-19:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cefaleia | <input type="checkbox"/> Intestinais (diarreia, cólicas) |
| <input type="checkbox"/> Dor nas costas | <input type="checkbox"/> Rigidez muscular |
| <input type="checkbox"/> Dor no pescoço | <input type="checkbox"/> Taquicardia |
| <input type="checkbox"/> Dores articulares | <input type="checkbox"/> Vômitos |
| <input type="checkbox"/> Gástricos (dor, azia, queimação) | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

Sentimentos em relação ao período pandêmico da covid-19:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angústia | <input type="checkbox"/> Raiva |
| <input type="checkbox"/> Desamparo | <input type="checkbox"/> Solidão |
| <input type="checkbox"/> Irritação | <input type="checkbox"/> Tristeza |
| <input type="checkbox"/> Medo da morte/contaminação | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Preocupações excessivas com higiene | |

Diagnóstico(s) psicológico(s) e/ou psiquiátrico(s) (se houver):

Uso de psicofármacos:

- Antes da pandemia
- Durante a pandemia
- Uso contínuo (desde antes e atualmente)

Classificação dos psicofármacos utilizados:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sedativos/hipnóticos | <input type="checkbox"/> Antidepressivos |
| <input type="checkbox"/> Estabilizadores de humor e antipsicóticos | <input type="checkbox"/> Anfetaminas |
| | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

Uso aumentado ou desencadeamento de uso de substâncias psicoativas:

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anfetaminas | <input type="checkbox"/> Maconha |
| <input type="checkbox"/> Bebidas alcoólicas | <input type="checkbox"/> Tabaco |
| <input type="checkbox"/> Cocaína | <input type="checkbox"/> Outro: |
| <input type="checkbox"/> Crack | _____ |

Prescrição de uso de psicofármacos

- Automedicação (Como obtinha: _____)
- Prescritas por profissional responsável

Se usa ou já usou psicofármacos, descreva um pouco sua relação com esses medicamentos (efeitos colaterais, como se sentia usando ou não a medicação, percepção de como os outros veem o seu uso):

Recorreu a cuidados emocionais ou relativos às experiências psíquicas durante a pandemia? Quais:

Descreva um pouco sobre as atividades de lazer que realizava durante a pandemia de covid-19 (se já os fazia antes, que começou durante esse período, se continua realizando)

Relate um pouco sobre a sua rede de apoio antes, durante e depois da pandemia de covid-19 (relações familiares, com amigos, colegas de trabalho)

Você considera ter recebido adequado suporte formativo durante a residência multiprofissional em saúde mental no período da pandemia de covid-19?

Da Gestão

- Do serviço cenário de prática
 Do SUS Municipal
- Do SUS Estadual
 Do SUS Federal

Explicitite em poucas palavras a sua resposta:

Da Coordenação

- Sim Não

Da Tutoria

- Sim Não

Da Preceptoría

- Sim Não

Da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde

- Sim Não

Do Conselho Nacional de Saúde

- Sim Não

Você considere que o auxílio “O Brasil Conta Comigo” favoreceu sua permanência na residência multiprofissional em saúde mental no período da pandemia de covid-19?

- Sim Não

Explicitite em poucas palavras a sua resposta:

Você participou de movimentos coletivos de residentes durante o período da pandemia de covid-19?

- Sim Não

Explicitite em poucas palavras a sua resposta:

Comente ou relate livremente como você viveu a experiência subjetiva de trabalhar e estudar em saúde mental durante a pandemia de covid-19:

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um questionário on-line integrante do projeto de pesquisa “Cuidar-se em saúde mental nas residências multiprofissionais em atenção psicossocial: como resistir à medicalização?”, de autoria da enfermeira Micaela Koch Schmitt, aluna do Programa de Pós-Graduação em Educação, nível de mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEDU/UFGRS), junto a Linha de Pesquisa “Educação Especial, Saúde e Processos Inclusivos”. O objetivo é compreender os modos de cuidado a que os residentes multiprofissionais em saúde mental recorreram durante a pandemia de covid-19. Além disso, a pesquisa pretende analisar se a saúde mental dos residentes sofreu algum impacto durante esse período e se houve o recurso ao uso de psicofármacos.

O presente formulário é o instrumento de coleta de dados, do qual constam informações demográficas, mas não haverá nenhum dado de identificação pessoal, pretende-se apenas caracterizar a amostra de informantes. Esse formulário conterá questionamentos objetivos e questões dissertativas, além de um espaço para livre escrita do participante ao final. O participante poderá desistir a qualquer momento de continuar prestando as informações solicitadas.

Declaro que:

- me sinto informado e esclarecido sobre o presente estudo,
- aceito participar de forma livre, sem constrangimentos ou pressões,
- estou ciente de não serei pessoalmente identificado sob hipótese alguma,
- estou ciente de que as informações prestadas servirão somente para fins de estudo acadêmico,
- estou ciente de que posso desistir a qualquer momento de continuar prestando as informações solicitadas.

A pesquisadora responsável é a enfermeira Micaela Koch Schmitt, COREN/RS 142663 (telefone: 51-91175853; e-mail: mikacolorada@yahoo.com.br).