

THAYANE PEREIRA DA SILVA FERREIRA

**RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE
MENTAL NO BRASIL: FORMAÇÃO EM SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

**NATAL/RN
2024**

THAYANE PEREIRA DA SILVA FERREIRA

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE
MENTAL NO BRASIL: FORMAÇÃO EM SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
como requisito para a obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Augusto Noro

Natal/RN
2024

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Prof. Alberto Moreira Campos - -Departamento
de Odontologia - DOD

Ferreira, Thayane Pereira da Silva.

Residências multiprofissionais em saúde mental no Brasil:
formação para saúde mental na atenção básica / Thayane Pereira da
Silva Ferreira. - Natal, 2024.
137 f.

Orientação: Prof. Dr. Luiz Roberto Augusto Noro.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do
Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva. Natal, RN, 2024.

1. Sistema Único de Saúde - Tese. 2. Saúde Mental - Tese. 3.
Atenção Básica à Saúde - Tese. 4. Educação Interprofissional -
Tese. 5. Formação de Recursos Humanos - Tese. I. Noro, Luiz
Roberto Augusto. II. Título.

Dedico essa Tese de Doutorado a toda (o)s a(o)s usuária(o)s da saúde mental do Sistema Único de Saúde que diariamente convocam a(o)s trabalhadora (e)s da saúde a repensarem suas práticas e assim produzir mudanças na forma como a sociedade lida com a loucura e a diversidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder força, coragem e ousadia em ir em busca dos meus sonhos e propósitos.

A mim mesma, por acreditar que posso ir além e ousar a escrever a minha história com muito estudo, dedicação, abdições e a certeza de que essa etapa me levará para voos mais altos.

À minha mãe, Izenilda, por vibrar junto comigo as minhas conquistas e me compreender que essas custam a minha ausência em muitos momentos da família.

À Carmen Teresa, professora da Universidade Federal da Paraíba com quem tive a primeira experiência de pesquisar sobre Saúde Mental na Atenção Básica e que despertou meu interesse por essa temática na minha carreira de pesquisadora.

À Juliana Sampaio, professora da Universidade Federal da Paraíba e uma grande inspiração pra mim na vida acadêmica, sou muito grata pelas oportunidades que me proporciona nesse caminho de produção científica.

A Lucílvia Eleutério, pela intensa acolhida, escuta e apoio em tantos momentos desafiadores dessa tese.

Aos amigos, Ana Beatriz, Carlos, Amanda, Jhonatan, Danielly e Camila pelas trocas e amizade construída nessa caminhada do Doutorado.

Aos colegas de turma do PPGSCol pelas parcerias e apoio durante essa jornada.

À Vanessa pelos momentos de estudos e suporte no percurso do Doutorado.

Ao amigo Edvaldo Garcia, militante antimanicomial envolvido no debate sobre as residências que me ajudou nos contatos durante as articulações na pesquisa.

Ao Prof. Dr. Luiz Noro, pela orientação e aprendizados nessa trajetória.

À Profa. Ana Kalliny, por suas valiosas contribuições na qualificação da Tese e disponibilidade em participar da banca de defesa.

À Profa. Catharina, e Profa. Sabrina Ferigato pelas valiosas contribuições na banca de defesa da Tese.

Aos experts, coordenadoras(es) e egressos(as) dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental do Brasil pelas contribuições na participação em cada etapa da pesquisa.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pela oportunidade de cursar o Doutorado e ampliar minhas possibilidades na produção de ciência.

“Se a educação sozinha não transforma a sociedade,
sem ela, tampouco a sociedade muda” Paulo Freire

RESUMO

Os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental (PRMSM) se constituem como estratégicos na formação para a atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde. Analisou-se a formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental do Brasil. O estudo foi realizado em quatro etapas: estudo documental dos desmontes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (2016 a 2022) e suas interfaces com a formação pelos PRMSM do Brasil; estudo documental de dezessete Projetos Pedagógicos dos PRMSM do Brasil; estudo exploratório por meio de entrevistas com dezessete coordenadoras/es dos PRMSM; estudo de avaliabilidade com vinte *experts* para validação de Matriz de Critérios por meio do Consenso de Delphi. Os avanços consistem no diálogo com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas em defesa dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, além da inovação nos processos educativos pautados na aprendizagem pela experiência. As tendências direcionam-se para o debate decolonial da loucura e a formação para práticas em Saúde Mental na Atenção Básica. Os desafios se inserem nas disputas de modelos de atenção em saúde mental e a subjetividade capitalista-colonial que impactam na efetivação da interprofissionalidade. As residências suscitam novas subjetividades para o trabalho no território em busca da efetivação da dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica brasileira, no entanto, para tal execução é necessário investimentos e políticas públicas que garantam o retorno dos profissionais formados pelos PRMSM para a Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Saúde Mental. Atenção Básica à Saúde. Educação Interprofissional. Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT

Multiprofessional Residency Programs in Mental Health (PRMSM) are strategic in training for psychosocial care in the Unified Health System. The training in Mental Health in Primary Care by the Multiprofessional Residency Programs in Mental Health in Brazil was analyzed. The study was carried out in four stages: theoretical study of the dismantling of the National Policy on Mental Health, Alcohol and other Drugs (2016 to 2022) and its interfaces with training by the PRMSM in Brazil; documentary study of seventeen Pedagogical Projects of the PRMSM in Brazil; exploratory study through interviews with seventeen PRMSM coordinators; evaluability study with 20 experts to validate the Criteria Matrix through the Delphi Consensus. The results of this thesis are divided into four articles. Advances consist of dialogue with the National Policy on Mental Health, Alcohol and Other Drugs in defense of the human rights of people with mental health problems and/or who make harmful use of alcohol and other drugs, in addition to innovation in educational processes based on learning through experience. Trends are directed towards the decolonial debate on madness and training for practices in Mental Health in Primary Care. Challenges are part of the disputes over models of mental health care and the capitalist-colonial subjectivity that impact the implementation of interprofessionality. Residencies raise new subjectivities for work in the territory in search of the implementation of the sociocultural dimension of the Brazilian Psychiatric Reform. However, for such implementation, investments and public policies are necessary to guarantee the return of professionals trained by the PRMSM to the Psychosocial Care Network.

Key words: Unified Health System. Mental Health. Primary Health Care. Interprofessional Education. Staff Development.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Representação gráfica dos tópicos abordados na Revisão da Literatura.....	20
Figura 2- Análise de Similitude produzida no <i>software</i> (IRaMuTeq <i>versão 0.7</i>) a partir do suporte teórico dos Projetos Pedagógicos dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental do Brasil.....	29
Figura 3- Etapas metodológicas da pesquisa.....	34
Figura 4- Modelo Teórico-lógico do estudo de avaliabilidade.....	35
Figura 5- Distribuição dos respondentes egressos de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Brasil, de acordo com o Núcleo Profissional do período de 2020 a 2024.....	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Brasil vinculados a IES públicas, ESP, SES e SMS - Região/Estados e distribuição na Capital/Interior.....	125
Tabela 2- Distribuição de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental nas IES Públicas Federais.....	126
Tabela 3- Distribuição dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental vinculada as IES Públicas Estaduais, ESP e SES.....	127
Tabela 4- Distribuição de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental vinculado às Secretarias Municipais de Saúde (SMS).....	128
Tabela 5- Matriz de Critérios para avaliação da Práxis Antimanicomial.....	129
Tabela 6- Instituições de ensino que participaram do estudo.....	32
Tabela 7- Distribuição do número de egressos dos PRMSM do Brasil participantes do estudo (2020 a 2024).....	132

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica a Saúde
CAEE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
E- SIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão
ESP	Escola de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
IES	Instituição de Ensino Superior
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LAM	Luta Antimanicomial
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MESH	<i>Medical Subject Heading</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
PNSMAD	Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
PRMSM	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PP	Projeto Pedagógico
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UPE	Universidade de Pernambuco
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNESP	Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil: Aspectos históricos desde os proponentes e a reorientação da formação no SUS	19
2.2	Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica brasileira: Marcos teórico-epistemológicos e decolonialidade.....	21
2.3	Contrarreforma Psiquiátrica e os PRMSM: Período de 2016 a 2022.....	22
2.4	PRMSM no Brasil: bases teórico-metodológicas do processo formativo.....	23
3	OBJETIVOS	25
3.1	Objetivo geral.....	25
3.2	Objetivos específicos	25
4	MÉTODO	27
4.1	Características da pesquisa	27
4.1.1	Estudo Documental	29
4.1.2	Estudo Documental	30
4.1.3	Estudo Exploratório: Entrevistas.....	31
4.1.4	Estudo de Avaliabilidade	33
4.1.5	Estudo Seccional.....	36
4.2	Plano Amostral	38
4.3	Aspectos éticos	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.2	ARTIGO 1 – Formação em saúde mental no Brasil pelas residências multiprofissionais: contexto de contrarreforma psiquiátrica e defesa da atenção psicossocial. PUBLICADO na <i>Revista Saúde e Sociedade-USP</i>	40
5.2	ARTIGO 2 – Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil: projetos pedagógicos e diálogos com a práxis antimanicomial. PUBLICADO na <i>Revista Ciência e Saúde Coletiva (Qualis A1)</i> (<i>em anexo comprovante de aprovação e publicação no prelo</i>).	60
5.3	Artigo 3- <i>Formação em saúde mental na atenção básica: o que dizem coordenadoras/es das residências multiprofissionais do Brasil?</i> (EM AVALIAÇÃO pela <i>Revista Interface Comunicação, Educação e Saúde, Qualis A3</i>).....	77
5.4	Artigo 4 - <i>Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil e Formação para Saúde Mental na Atenção Básica: consenso Delphi</i> (EM AVALIAÇÃO na <i>Revista Ciência e Saúde Coletiva Qualis. A1</i>)....	95
6.	CONCLUSÕES	109
	REFERÊNCIAS	112
	APÊNDICE A – TCLE.....	116
	ANEXO I – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP/HUOL/UFRN	119
	ANEXO II- TABELAS DOS PRMSM.....	124
	ANEXO III – CARTA DE ACEITE DO ARTIGO 1 : REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE USP	133
	PUBLICAÇÃO DO ARTIGO 1 – REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE USP (QUALIS A3).....	134
	COMPROVANTE DE ACEITE DO ARTIGO 2- REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA (QUALIS A1)	135
	PUBLICAÇÃO DO ARTIGO 2- REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA (QUALIS A1)	135

ARTIGO 3: COMPROVANTE DE PROCESSO DE AVALIAÇÃO (AGUARDANDO RECOMENDAÇÃO DO EA E DECISÃO DO EC) NA REVISTA INTERFACE COMUNICAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO. ...136

ARTIGO 4: COMPROVANTE DE AVALIAÇÃO NA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA (QUALIS A1).....137

1 INTRODUÇÃO

A constituição de políticas públicas relacionadas ao trabalho e educação na saúde se deu de maneira tardia no Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que tal realidade produziu implicações consideráveis no âmbito do trabalho, educação e práticas de cuidado no SUS (HADDAD, 2010).

A formação de recursos humanos preconizada pela lei 8.080/90 mostrava-se distanciada dos princípios do SUS, de modo que passou uma década de sua implantação sem a elaboração de uma política de recursos humanos compatível com o princípio da universalidade, integralidade e equidade (HADDAD, 2010, CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

A construção do campo do trabalho e educação no SUS teve como marco institucional a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) em 2003 no âmbito do Ministério da Saúde. A partir dela foram propostos e desenvolvidos projetos relevantes para a formação e educação no SUS, destacando-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) e os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) (BRASIL, 2011).

Esses programas têm como horizonte a reorientação da formação no e para o SUS na perspectiva de promover processos de mudança de paradigmas que dialoguem com a complexidade do cuidado na perspectiva da consolidação dos princípios da RSB (HADDAD, 2010 e BRASIL, 2011).

Em diálogo com estes processos de mudança de paradigmas da formação e práticas em saúde, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPb), formulada no cerne da RSB, trouxe para o debate o questionamento acerca do paradigma psiquiátrico e a necessidade de ruptura com o modelo manicomial na atenção às pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas (AMARANTE e LANCETTI, 2007).

A RPb tem como marco a Lei Federal 10.216/2001 que dispõe sobre os direitos das pessoas que apresentam transtornos mentais e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental na construção do paradigma da atenção psicossocial. Essa construção envolve um processo complexo de reorientação da

formação e práticas em saúde mental territorial e comunitária (AMARANTE, 2008; YASUI e AMARANTE, 2018).

Nessa direção, a partir da RPB, é criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS por meio da Portaria 3.088 de 2011 (BRASIL 2001). Essa rede tem a Atenção Básica à Saúde (ABS) como estratégica na produção do cuidado em saúde mental pela sua proximidade com o território e os contextos de vida das (os) usuárias (os) (BRASIL, 2001 e BRASIL, 2013).

As práticas de cuidado em saúde mental ganham potencialidades na atenção básica, de modo que se deve considerar a subjetividade, a singularidade e as diversas esferas da vida dos usuários no cuidado integral (BRASIL, 2013). As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção do cuidado em saúde no território, não se restringindo à cura de doenças (ALMEIDA e MERHY, 2020).

Nessa perspectiva, a mudança de paradigmas na formação e práticas em saúde mental a partir da Atenção Básica se constitui como cenário fértil para o desenvolvimento de práticas interprofissionais e de educação permanente que dialogam com a complexidade do cuidado em saúde mental (MERHY et al, 2019; COSTA-CAMPOS et al 2019).

Logo, a ABS suscita nas práticas cotidianas processos de educação permanente em saúde na reorientação e reinvenção dessas práticas (MERHY, 2015) que dialoguem com as necessidades e situações de sofrimento mental e adoecimento psíquico que os cidadãos vivenciam em seus territórios.

Nesse cenário, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM) na condição de programas de formação pelo trabalho se desenvolvem a partir dos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) na reorientação das práticas em Saúde Mental. Desse modo, as Residências partem da premissa de que o trabalho e a formação na saúde são indissociáveis, de modo que as mudanças no trabalho em saúde passam pelos processos formativos de ensino-aprendizagem em serviço, em contínuas experimentações do trabalho interprofissional (CECCIM, 2018).

A proposta pedagógica dos PRMSM deve produzir diálogo com a reorientação da formação e o trabalho em saúde mental, sendo sistematizada nos Projetos Pedagógicos considerando as diretrizes pedagógicas, cenários de aprendizagem e perfil dos egressos para atuarem nos serviços de saúde mental do SUS.

Essa tese tem como objeto os PRMSM no Brasil, seus Projetos Pedagógicos, percepções dos coordenadores sobre as propostas pedagógicas de formação e as práticas de saúde mental na ABS a partir desses programas, considerando o contexto de contrarreforma psiquiátrica vivenciada no Brasil entre 2016 a 2022. É norteadas pelas perguntas: quais os impactos do contexto de contrarreforma psiquiátrica vivenciado entre 2016 a 2022 na formação pelos PRMSM do Brasil? Como tem se estruturado as perspectivas teórico-metodológicas dos Projetos Pedagógicos dos PRMSM do Brasil para a práxis antimanicomial? Quais as concepções da/os coordenadora/es dos PRMSM do Brasil quanto à educação de trabalhadoras/es em Saúde Mental na Atenção Básica? Existem instrumentos avaliativos da formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM? Como tem se dado a formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM do Brasil na avaliação dos egressos do período de 2020 a 2024?

A pesquisa apresenta relevância científica à medida que buscou responder à lacuna de conhecimento acerca da formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM no Brasil, a estruturação dos seus respectivos Projetos Pedagógicos no que concerne às bases teórico-metodológicas na construção da práxis antimanicomial, as concepções das/os coordenadoras/es acerca da educação de trabalhadora(e)s em Saúde Mental na Atenção Básica, como também desenvolver processos avaliativos sobre essa formação na perspectiva dos egressos dos PRMSM do Brasil.

A literatura aponta a necessidade de realização de análises mais amplas, dedicadas à investigação sobre a condução pedagógica de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) em nível nacional (ONOCKO-CAMPOS et al 2019, EMERICH e ONOCKO-CAMPOS, 2019). Destaca-se a necessidade de aprofundar o conhecimento desses programas no campo da saúde mental e sua articulação com as políticas públicas, as quais são

atravessadas pela conjuntura de contrarreformas, e que impactam na consolidação das residências multiprofissionais (MOURA et al, 2021).

A pesquisa tem como objeto a formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM do Brasil, o qual está sendo analisado a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas.

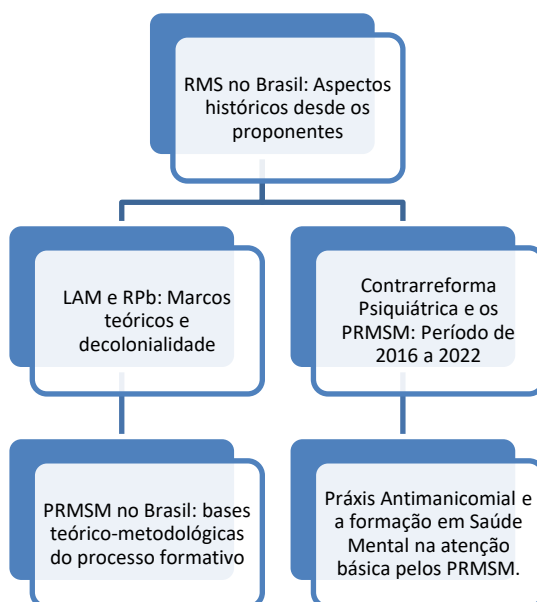
2 REVISÃO DA LITERATURA

Realizou-se revisão da literatura nacional através das bases de dados Scielo, Medline, Scopus e Lilacs no período de setembro de 2021 a julho de 2022, com o objetivo de compreender o estado da arte sobre os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental (PRMSM), em diálogo com a produção científica sobre a Política Nacional de Saúde Mental (PNSMAD) e a formação para atuação em saúde mental na atenção básica.

Como critérios de inclusão foram utilizados artigos que abordam a temática dos PRMSM e disponíveis na íntegra, sendo excluídos estudos que tratassem da discussão sobre outras modalidades de residências, como a uniprofissional. Os descritores utilizados foram retirados do DeCS/MeSH: “educação interprofissional”, “atenção básica à saúde”, “saúde mental”, “sistema único de saúde”, “formação de recursos humanos”, “internato não médico” com o cruzamento através dos operadores booleanos “AND” e “OR”. Foram selecionados 52 artigos na revisão da literatura.

A Revisão da Literatura encontra-se organizada em tópicos (*Figura 1*), a saber: 2.1 Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil: Aspectos históricos desde os proponentes e a reorientação da formação no SUS; 2.2 Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica brasileira: Marcos teóricos e decolonialidade. ; 2.3 Contrarreforma Psiquiátrica e os PRMSM: Período de 2016 a 2022. 2.4 PRMSM no Brasil: bases teórico-metodológicas do processo formativo 2.5 Práxis Antimanicomial e a formação em Saúde Mental na atenção básica pelos PRMSM.

Figura 1: Representação gráfica dos tópicos abordados na Revisão da Literatura.



Fonte: Autoria Própria

2.1 Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil: Aspectos históricos desde os proponentes e a reorientação da formação no SUS

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) no Brasil configuram-se enquanto propostas de formação nos serviços do SUS, instituídas pela Lei 11.129 de 30 de junho de 2005 com o intuito de produzir mudanças nas práticas em saúde, dialogando com as políticas públicas em saúde. A reorientação da formação no SUS encontra-se, portanto em constantes articulações com as áreas estratégicas de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (CECCIM, 2009 e BRASIL, 2011).

Desde seus proponentes, as Residências Multiprofissionais em Saúde têm vivenciado processos de disputas com a perspectiva corporativista das residências médicas, uma vez que esta modalidade de formação é contra hegemônica ao propor outra visão sobre o processo saúde-doença-cuidado pautada na integralidade e no trabalho em equipe multiprofissional (DALLEGRAVE e KRUSE, 2009 e FEUERWERKER, 2009).

Essa aposta na aprendizagem pelo trabalho colaborativo e em equipe tem como norte a formação em ato, envolvendo o mundo do trabalho e da educação em experiências inovadoras na formação dos profissionais de saúde (FEUERWERKER, 2009).

As RMS são propostas, portanto dentro de um arcabouço de apostas na inventividade de outros modos de se produzir cuidado em saúde para além da doença (CECCIM, 2009). Nesse sentido, ao lançar luz sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil, a partir dos seus proponentes é possível compreendê-las a partir de três ideias-força: (a) o modelo analítico-metodológico, que envolve o referencial epistemológico da formação em saúde, (b) a questão histórica e a (c) disputa nas RMS (DA ROS, 2009).

No âmbito do modelo analítico e referencial epistemológico da formação em saúde, as residências produzem diálogos com o movimento sanitário à medida que apresentam como norte a determinação social do processo saúde-doença na produção do cuidado em saúde. Esse movimento contra hegemônico ao complexo-médico industrial produz fissuras na formação em saúde, apostando em processos de invenção cultural da educação em serviço (CECCIM, 2009 e FEUERWERKER, 2009).

No âmbito histórico, as RMS ao serem instituídas no art. 12 da Lei nº 11.129/2005, a qual cria a Secretaria Nacional da Juventude, após intensos debates com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), Movimento Sanitário, Ministério da Educação (MEC) e corporações médicas, incluindo nas RMS todas as profissões da saúde, exceto a médica (DA ROS, 2009). Esse é um analisador importante do campo de interesses mercadológicos e corporativistas que o saber-poder médico se configura na sociedade brasileira (FEUERWERKER, 2009).

Nesse cerne, a literatura aponta que a invenção das RMS se dá por meio de disputas de interesses corporativistas e discursividades do saber-poder médico, produzindo processos instituintes a partir da experiência do trabalho em equipe, em constante processo de problematização, à medida que questiona o saber-poder médico, pautando-se com os

princípios do SUS (CECCIM, 2020). Desse modo, as residências multiprofissionais instigam mudanças sobre a concepção do processo saúde-doença, produzindo outros pontos de vista sobre o fazer saúde, na reorientação das práticas (DALLEGRAVE e KRUSE, 2009 e FEUERWERKER, 2009). A literatura sinaliza a necessidade de estudos que discuta a formação pelas residências em diálogo com o contexto de disputas no campo das políticas públicas (ONOCKO-CAMPOS et al 2019, CECCIM, 2020 e MOURA et al 2021).

2.2 Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica brasileira: Marcos teórico-epistemológicos e decolonialidade

A Luta Antimanicomial (LAM) brasileira constitui-se enquanto um movimento social que tem pautado desde a década de 70, a violação dos direitos humanos das pessoas que apresentam sofrimento psíquico, denunciando o modelo excludente dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE e NUNES, 2018).

A LAM configura-se, portanto enquanto um movimento em contínua experimentação e ativação, o que o faz um movimento inacabado, necessitando revisitar continuamente suas bases epistemológicas, éticas e políticas (SILVA et al 2021). Desse modo, a LAM é anterior a Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), fomentando os debates que constituíram o movimento reformista e os princípios norteadores das concepções epistemológicas, práticas e socioculturais (AMARANTE e NUNES, 2018).

O cuidado em liberdade e nos territórios de produção de vida constitui-se como a defesa da RPb, a qual teve como marco a Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001). Em 22 anos de legislação, muitos avanços foram alcançados no campo da atenção psicossocial, a partir da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria nº 3.088/2011 a qual implementa uma rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Os serviços substitutivos, dentre esses os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apresentam como premissa o cuidado territorial e comunitário, desenvolvendo ações e práticas em saúde mental singularizadas dialogando com as necessidades da (o) s usuária (o)s, famílias e dos territórios (BRASIL, 2011 e AMARANTE e NUNES, 2018). Os referenciais

teóricos, políticos e éticos dos serviços da RAPS pautam-se na atenção psicossocial que considera a multidimensionalidade do adoecimento mental e sofrimento psíquico (COSTA-ROSA, 2000).

No entanto, a literatura nacional aponta que no âmbito da LAM e RPb em seus processos históricos tem se verificado um epistemicídio científico à medida que estes movimentos se centraram em uma visão europeia, da inspiração da RPb na experiência Italiana e desconsiderando a gênese da sociedade brasileira, marcada pela colonização e escravidão (PASSOS, 2018; PASSOS, 2019; FANON, 2020 e DAVID et al 2023).

As pesquisas científicas no campo da saúde mental brasileira e suas interfaces com a realidade brasileira, tem denunciado que a RPb produziu ao longo da história invisibilidades sobre a perspectiva colonial e racista na produção da loucura como patologia da liberdade (PASSOS, 2019 e DAVID et al 2023), assim como as questões de gênero relacionadas aos processos de sofrimento psíquico e adoecimento mental.

Nesse sentido, os estudos sinalizam o debate emergente das temáticas da decolonialidade, interseccionalidades em saúde mental, como raça, gênero e classe para se (re) pensar os marcos teórico-epistemológicos da Luta Antimanicomial no Brasil, produzindo diálogos de como a loucura numa perspectiva racializada, a qual reiterou os processos de exclusão social (PASSOS, 2019; FANON, 2020 e DAVID et al 2023).

O debate sobre racismo, pobreza, desigualdades de gênero, fome, miséria é sinalizado pelas pesquisas como elementares para se conceber a LAM e a produção do cuidado em saúde, ou seja, os estudos sinalizam a invisibilidade destes elementos no campo da atenção psicossocial brasileira, a qual produziu debates distanciados da gênese da loucura, em uma sociedade colonizada (DAVID et al 2023).

2.3 Contrarreforma Psiquiátrica e os PRMSM: Período de 2016 a 2022

Pesquisas científicas publicadas nos últimos seis anos sinalizam o processo de contrarreforma psiquiátrica vivenciado no campo da saúde mental brasileira (VASCONCELOS, 2016, PASSOS, 2017, NUNES, 2019 e DELGADO, 2019). Os estudos apontam que a “outra” Política Nacional de Saúde Mental é contrária à Constituição Federal

de 1988, às leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/2001 à medida que financia com recurso público, os hospitais psiquiátricos as Comunidades Terapêuticas (RAMÔA et al 2019).

A literatura científica aponta o retorno dos manicômios em disputa com o campo da atenção psicossocial, o qual defende a formação em saúde mental pautada no cuidado em liberdade, princípios da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico e/ou necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas (ONOCKO-CAMPOS, 2019 e PASSARINHO, 2022).

A “outra” Política Nacional de Saúde Mental mostra-se contrária ao Paradigma Psicossocial, atendendo aos interesses do biopoder e a indústria da loucura (FOUCAULT, 1977) revelando o caminho de retrocesso da política pública em saúde mental no país e a descontinuidade do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, provocando rupturas com o pacto societário de uma “sociedade sem manicômios” (AMARANTE e NUNES, 2018).

Tendo em vista esses elementos, verifica-se a relevância de estudos que dialoguem sobre o contexto de retrocessos da PNSMAD e as formações em saúde mental, por meio dos PRMSM uma vez que estas formações são atravessadas pelos contextos de desmonte das políticas sociais, ao se produzirem nos serviços do SUS (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Ressalta-se, portanto, que os processos de contrarreforma no âmbito das políticas sociais, dentre essas, a PNSMAD constitui-se num campo de tendências, uma vez que a sua consolidação enquanto uma política de Estado ainda é um desafio, de modo que mesmo em governos progressistas, as disputas entre o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e o Paradigma Psicossocial (PPS) encontram-se presentes.

2.4 PRMSM no Brasil: bases teórico-metodológicas do processo formativo

Dentro do esboço da formação para saúde mental no SUS, os PRMSM constituem-se enquanto estratégicos no processo de educação dos trabalhadores para a atenção psicossocial (CECCIM, 2018). A literatura aponta que os PRMSM se encontram inseridos em um âmbito de interfaces da LAM, produzindo a partir da formação em serviço, a reorientação das práticas em saúde mental (RADKE e CECCIM, 2018).

Os PRMSM apresentam como premissa as práticas inseridas no âmbito da PNSMAD, a qual para ser efetivada necessita de sustentação teórico-epistemológica, ético-política e sociocultural (NUNES e TORRENTÉ, 2015). Neste sentido, a literatura científica aponta que os PRMSM devem estar sintonizados com os princípios da Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica brasileira e cuidado em liberdade (NUNES e TORRENTÉ, 2015, CECCIM, 2015, CECCIM, 2018, RADKE e CECCIM, 2018).

No entanto, as pesquisas científicas sinalizam a escassez de estudos que descrevam e fundamentem o suporte teórico-metodológico dos PRMSM, de modo que as bases teóricas e sustentação metodológica destas residências não se encontram sistematizada a nível nacional, sendo necessária a realização de estudos com este recorte (ONOCKO-CAMPOS et al 2019, EMERICH e ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Os estudos publicados sinalizam, portanto, a necessidade de pesquisas que apresentem como tem sido guiada a formação de profissionais para a atuação na RAPS e efetivação da RPb, a nível nacional, considerando a necessidade de fortalecimento das estratégias de formação para o SUS, por meio da integração da educação e trabalho.

2.5 Práxis Antimanicomial e a formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental

A literatura científica aborda a concepção das práxis antimanicomial a partir de referenciais decoloniais racismo, decolonialidade, antiutilitarismo, interseccionalidades (raça/cor, gênero e classe social), pobreza, vulnerabilidades, entre outras temáticas que se encontram no cerne do debate da atenção psicossocial (PASSOS, 2019 e DAVID et al 2023).

No campo da atenção psicossocial, as práticas em Saúde Mental na Atenção Básica são estratégicas, uma vez que são desenvolvidas considerando os contextos de vida dos sujeitos em suas dinâmicas familiares, sociais e culturais (BRASIL, 2013). O debate sobre Saúde Mental na Atenção Básica encontra-se no âmago da RPb, uma vez que existem apostas na produção do cuidado territorial e desafios para a sua efetivação (YASUI e AMARANTE, 2018).

As tecnologias e ferramentas como projetos terapêuticos singulares, matriciamento, redução de danos, dentre outras, dialogam com os balizamentos éticos políticos da PNSMAD

brasileira, apresentando potencialidades ao serem desenvolvidas em perspectiva territorial, por meio das ações da Atenção Básica a Saúde (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a práxis antimanicomial produz diálogos com a produção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, uma vez que a aposta da RPb é o cuidado em liberdade, o qual envolve o desenvolvimento de práticas comunitárias (MERHY et al 2019).

A literatura aponta a carência de estudos que abordem como a formação em Saúde Mental pelos PRMSM contribuem para o desenvolvimento de competências e ferramentas na produção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, assim como sinaliza a relevância de estudos que dialoguem sobre a produção da práxis antimanicomial pelos PRMSM, tendo em vista ser escasso esse debate da formação em Saúde Mental que dialoga com a práxis antimanicomial, a partir dos referenciais que tratam dos marcos teóricos decoloniais e racializados da RPb (PASSOS , 2019 e DAVID et al 2023).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental do Brasil.

3.2 Objetivos específicos

- a) Discutir sobre a formação em Saúde Mental pelos PRMSM em contexto de contrarreforma psiquiátrica entre 2016 a 2022.
- b) Analisar a perspectiva teórico-metodológica dos Projetos Pedagógicos dos PRMSM do Brasil e os diálogos com a práxis antimanicomial.
- c) Abordar a educação de trabalhadoras/es para práticas em Saúde Mental na Atenção Básica a partir das/os coordenadora/es dos PRMSM do Brasil.
- d) Validar uma Matriz de Critérios para avaliação da formação de trabalhadoras/es para a atuação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM do Brasil.

- e) Analisar a formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental do Brasil na perspectiva dos egressos do período de 2020 a 2024.

4 MÉTODO

No que se refere a metodologia da pesquisa, a mesma encontra-se dividida nos seguintes tópicos: 4.1 Caracterização da Pesquisa e Percurso Metodológico; 4.1 Estudo Documental dos desmontes da PNSMAD (2016 a 2022) ; 4.2 Estudo Documental dos 17 Projetos Pedagógicos dos PRMSM do Brasil; 4.3 Estudo Exploratório: Entrevistas; 4.4 Estudo de Avaliabilidade; 4.5 Estudo Seccional. 4.6 Plano Amostral. 4.7 Aspectos éticos. 4.8 Critérios de Inclusão e Exclusão.

4.1 Características da pesquisa

Trata-se de um estudo misto, envolvendo a abordagem quantitativa e qualitativa que tem como norte de investigação a formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM do Brasil. Para o desenvolvimento dos objetivos da pesquisa, o percurso metodológico se deu nas etapas apresentadas a seguir.

Percurso Metodológico

Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizado o mapeamento dos PRMSM através da solicitação via protocolo *nº_23546043061202132*, *gerado em 22 de junho de 2021* da Plataforma Fala Brasil (portal de informação ao cidadão do Ministério da Educação). Também foi realizado contato formal com o Fórum Nacional de Residências em Saúde vinculado à Rede Unida, consultando os Fóruns de Residentes, Coordenadores e Preceptores e tutores, além de pesquisa nos sites institucionais das IES públicas, ESP, SES, SMS. Realizou-se a distribuição espacial dos PRMSM nas regiões do Brasil, considerado os seguintes dados: região, estado, número de programas, número de vagas e distribuição na capital/interior (Tabela 1) em anexo I.

Os PRMSM foram distribuídos em três tabelas de acordo com as instituições vinculadas (IES pública federal, IES pública estadual/ESP/SES, e SMS). Ressalta-se que esta distribuição apresenta o panorama dos PRMSM no Brasil, no entanto, a pesquisa se debruça sobre os PRMSM vinculados às IES pública federal, IES pública estadual/ESP/SES.

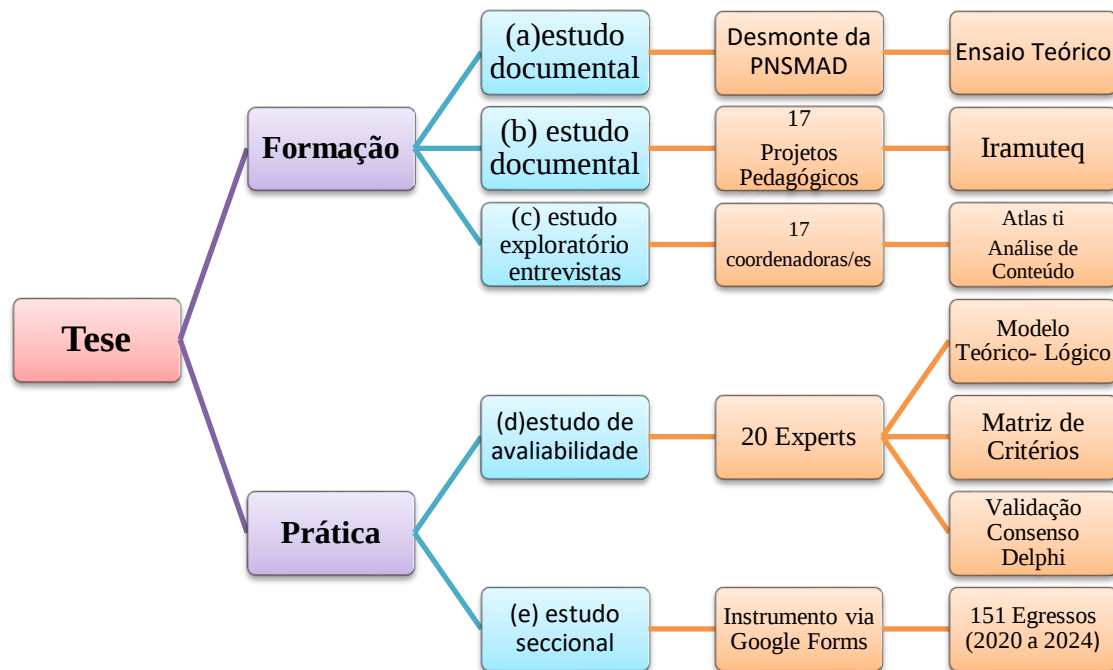
Nesse sentido, os PRMSM vinculados a IES públicas federais encontram-se distribuídos na *Tabela 2*, em anexo I. No que concerne à distribuição dos PRMSM em IES públicas estaduais, Escolas de Saúde Pública e Secretarias Estaduais de Saúde, apresenta-se um panorama de 19 programas, dos quais 1 encontra-se na região norte, 6 na região nordeste, 2 na região centro-oeste, 7 na região sudeste e três na região sul (*Tabela 3*) em anexo I.

No que se refere aos PRMSM vinculados às SMS foi possível mapear 8 programas, distribuídos da seguinte maneira: 1 na região norte, 2 na região nordeste, 1 na região centro-oeste, 3 na região sudeste e 1 na região sul (*Tabela 4*) em anexo I.

A partir desse mapeamento foram incluídas na pesquisa os PRMSM vinculados as IES públicas federais, estaduais e ESP/SES, totalizando 35 programas. Os programas vinculados às SMS não foram incluídos na pesquisa tendo em vista a maior dificuldade em contatar as coordenações e a ausência de informações em sites institucionais. Após intensas tentativas de contatos via e-mail, telefone, Fórum de Residências da Rede Unida, participação nos encontros de residências em 2021 e 2022, contatos com atores estratégicos do movimento das residências e após apresentação da pesquisa e convite, conseguiu-se as cartas de anuências de 17 PRMSM, distribuídos em 14 estados e o Distrito Federal, os quais aceitaram participar da pesquisa.

A pesquisa foi dividida em duas (2) etapas e cinco (5) fases de acordo com os objetivos propostos (*Figura 2*).

Figura 2: Etapas metodológicas da pesquisa



Fonte: Autoria própria

Na primeira etapa foram realizadas três fases (a) estudo teórico, (b) estudo documental e (c) estudo exploratório.

4.1.1 Estudo Documental

Na fase (a) foi realizado estudo documental dos desmontes da Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (PNSMAD) no período compreendido entre 2016 a 2022, o qual se caracterizou enquanto um processo de contrarreforma psiquiátrica brasileira. O estudo produziu diálogos sobre a análise das alterações da Política Nacional de Saúde Mental nesse período, processos históricos de disputas presentes nos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde desde os seus proponentes, os impasses na formação pelos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental e a defesa da formação em Saúde Mental pautada no Paradigma Psicossocial.

O estudo documental foi realizado entre janeiro a dezembro de 2022 com análise dos documentos ministeriais publicados nesse período com as alterações na PNSMAD, artigos científicos sobre o processo de contrarreforma psiquiátrica, legislações e portarias do campo da atenção psicossocial, resoluções das residências e suas alterações, dentre outros

documentos que lançam luz sobre os retrocessos na PNSMAD e formação para a atenção psicossocial nesse período.

4.1.2 Estudo Documental

Na fase (b) foi realizado estudo documental realizado a partir dos Projetos Pedagógicos dos PRMSM das cinco regiões do Brasil.

A coleta de dados aconteceu no período compreendido entre março a junho de 2023. Foram incluídos no estudo dezessete (17) Projetos Pedagógicos dos PRMSM vinculados às Instituições de Ensino que aceitaram participar do estudo mediante envio da anuência e após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAEE, estes disponibilizaram seus respectivos Projetos Pedagógicos.

No que se refere à distribuição regional dos PRMSM incluídos, oito (8) encontram-se na região Nordeste (UFPB, UPE-Campus Recife, UPE-Campus Garanhuns, UFS, UFBA, UNIVASF, IMIP, ESP-CE), um (1) na região Norte (UNIFAP), dois (2) na região centro-oeste (FIOCRUZ-Brasília e ESCS), quatro (4) na região sudeste (UFRJ, UNIFESP-Santos, UERJ e UNESP) e dois (2) na região sul (UFRGS e UFSM), contemplando 14 estados brasileiros e o distrito federal.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o software IRaMuTeq (*versão 0.7*) seguindo os seguintes passos: 1- organização e preparo dos dados com a produção do corpus textual a partir dos dezessete (17) projetos pedagógicos dos PRMSM, elencando o suporte teórico, metodológico e perfil do egresso atribuindo um título iniciado com quatro asteriscos seguido de espaço e outro asterisco e o nome da IES_PRMSM,; 2: leitura dos dados, com releituras para avaliação dos dados transcritos; 3: análise detalhada do processo de codificação; 4: descrição dos dados tratados e 5: extração dos significados dos dados e discussão dos achados da pesquisa com a literatura científica.

A utilização do software IRaMuTeq (*versão 0.7*) se deu tendo em vista que este programa utiliza o teste qui-quadrado que revela a força associativa entre as palavras e sua respectiva classe- $p < 0,05$. Foram utilizados dois processos de codificação dos dados: análise de similitude e Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Na análise de similitude os dados são organizados numa representação gráfica que se baseia na teoria dos grafos possibilitando a identificação da quantidade de ocorrências e

conexidades entre as palavras. Já na Classificação Hierárquica Descendente, os dados são organizados em um dendograma, o qual possibilita visualizar as palavras que obtiveram maior porcentagem quanto a frequência média entre si e diferente entre elas a partir da análise do qui-quadrado X^2 de independência (não paramétrico), determinando se há uma associação entre as variáveis categóricas, ou seja se as variáveis são independentes ou dependentes.

Após o tratamento dos dados, utilizou-se a análise temática para produção de significados acerca dos achados, por meio da pré-análise, exploração dos achados e tratamento dos resultados.

4.1.3 Estudo Exploratório: Entrevistas

A fase (c) trata-se de um estudo qualitativo, exploratório analítico¹⁰, no qual realizou-se entrevista semiestruturada com as/os coordenadoras/es de dezessete (17) PRMSM do Brasil, a saber: (8) encontram-se na região Nordeste, um (1) na região Norte, dois (2) na região centro-oeste, quatro (4) na região sudeste e dois (2) na região sul (*Tabela 1*), envolvendo quatorze (14) estados e o Distrito Federal. A escolha metodológica pelas entrevistas com as/os coordenadoras/es dos PRMSM se deu tendo em vista estas/es serem estratégicas/os na condução e articulação das residências em diálogo com os projetos pedagógicos.

Tabela 6 : Instituições de ensino que participaram do estudo

Região	Instituição
Norte	UNIFAP
Nordeste	UFPB
	UPE-Campus Recife
	UPE- Campus Garanhuns
	UFS
	UFBA
	UNIVASF
	IMIP
	ESP-CE
Centro-oeste	FIOCRUZ-BRASÍLIA
	ESCS

Sudeste	UNIFESP
	UNESP
	UFRJ
	UERJ
Sul	UFRGS
	UFSM

Fonte: Autoria própria.

Aspectos éticos

As entrevistas com as/os coordenadoras/es aconteceram via *google meet*, após convite realizado via e-mail com apresentação da pesquisa, objetivos da entrevista e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização de Gravação conforme a Resolução CNS n. 466/2012. A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa CEP HUOL/UFRN sobre CAEE: 64181522.8.0000.5292 e Parecer: 5.924.094.

Após os convites e seguindo os preceitos éticos, dezessete coordenadoras (es) dos PRMSM aceitaram participar do estudo. Destas, 11 são mulheres e 6 homens. O período das entrevistas aconteceu de setembro a outubro de 2023. Em relação a categoria profissional, envolveu psicólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, enfermeiros, assistentes sociais e nutricionistas. As/os coordenadoras/es encontram-se vinculados a instituições de ensino superior públicas, federais, estaduais e escolas de saúde pública, exercendo funções de docência e pesquisas para além das coordenações dos programas.

Coleta e Armazenamento dos dados

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se uma entrevista semiestruturada, na qual constavam perguntas em cinco (5) blocos, a saber: (a) suporte teórico-metodológico do PRMSM; (b) Cenários de ensino-aprendizagem; (c) campo da atenção psicossocial e competências para atuação (c) PRMSM e a inserção na Atenção Básica; (d) PRMSM e o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (PNSMAD) (2016 a 2022). As entrevistas foram gravadas a partir do recurso de gravação do *Google Meet*® e armazenadas em nuvem, seguindo as orientações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Tratamento e Análise dos Dados

As dezessete entrevistas foram transcritas por meio do recurso de transcrição do *Google drive*®. Foram utilizados pseudônimos aleatórios (nomes de pássaros) para cada participante garantindo a privacidade. Foi utilizado o software Atlas ti para a análise das entrevistas, a qual se deu por meio do processo de codificação envolvendo unidades de registro, códigos e categorias. Utilizou-se a análise temática a partir da emergência das categorias.

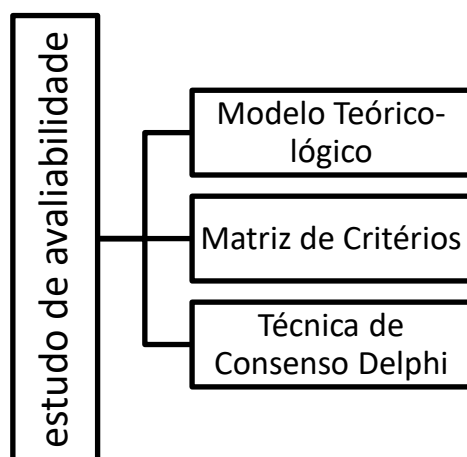
Na segunda etapa da pesquisa foram realizadas as fases (d) estudo de avaliabilidade e (e) estudo seccional que se constituem na abordagem quantitativa.

4.1.4 Estudo de Avaliabilidade

Na etapa (d) foi desenvolvido estudo quantitativo por meio do estudo de avaliabilidade (*Figura 5*).

As etapas para a construção da pesquisa foram baseadas no estudo de Pessoa e Noro (2018) os quais apresentam as etapas para o desenvolvimento do estudo que compreendem: proposição de um Modelo Teórico-Lógico, elaboração de uma Matriz de Critérios de avaliação preliminar e validação dos critérios por meio da técnica de consenso de Delphi.

Figura 3: Etapas da construção do estudo de avaliabilidade.

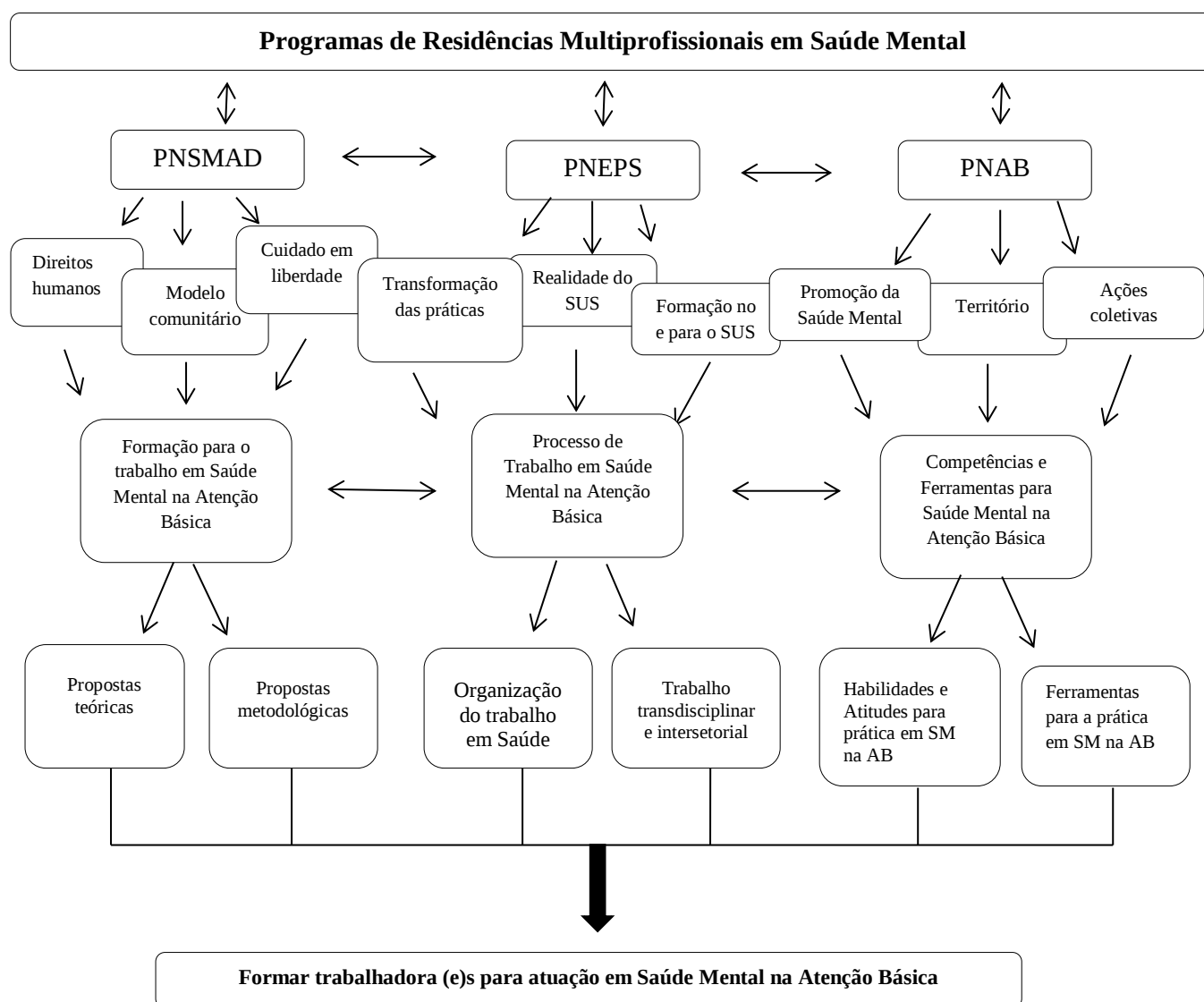


Fonte: *Autoria própria*

O estudo de avaliabilidade é utilizado com o objetivo de orientar a avaliação, o qual foi orientado pela seguinte pergunta: Quais critérios devem ser utilizados para avaliação da formação pelos PRMSM para atuação em saúde mental na atenção básica? Ressalta-se que as nomenclaturas “atenção psicossocial” “álcool e outras drogas” “saúde mental coletiva” “saúde mental do adulto” e “saúde mental infanto-juvenil” foram compreendidas como sinônimos.

O modelo teórico-lógico (*Figura 6*) foi construído a partir da proposta pedagógica dos PRMSM resultante da transversalidade produzida entre a Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras Drogas (PNSMAD), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Figura 4: Modelo teórico-lógico do estudo de avaliabilidade



Fonte: Autoria própria

A matriz de critérios foi dividida em 3 dimensões (Formação para o Trabalho em Saúde Mental, Processo de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica e Competências em Saúde Mental na Atenção Básica, 6 subdimensões (Propostas Teóricas, Propostas Metodológicas, Organização do Processo de Trabalho, Trabalho Transdisciplinar e Intersetorial, Competências e Ferramentas para a Saúde Mental na atenção básica e 32 critérios de avaliação(Tabela 5),a partir da pergunta: Quais critérios devem ser utilizados para avaliação das práticas de SM na ABS a partir da formação pelos PRMSM? A validação da matriz se deu a partir de três 3 rodadas por meio do consenso de Delphi.

Para a primeira (1ª) rodada realizaram-se as seguintes etapas: (a) delimitação do perfil dos experts: professores e pesquisadores do campo da saúde coletiva e saúde mental que desenvolvem atividades de ensino, pesquisa e extensão sobre a formação em saúde mental no Sistema Único de Saúde, a partir das residências multiprofissionais, com título de Doutorado em saúde coletiva/saúde pública e áreas afins e com produção técnico-científica sobre as residências multiprofissionais em saúde mental na área de formação em saúde mental no Sistema Único de Saúde; (b) convite via correio eletrônico (e-mail) para vinte e cinco (25) *experts* mapeados a partir do perfil apresentado; (c) apresentação da etapa da pesquisa, esclarecimentos e após aceite solicitação de assinatura eletrônica do TCLE; (d) envio de vídeo explicativo produzido pela pesquisadora com duração de cinco (5) minutos via e-mail.

Foi realizado convite a vinte e cinco (25) experts, com aceite e resposta de (vinte e dois) 22 especialistas nesta 1ª Rodada, destaca-se que nesta etapa era possível sugerir critérios em cada subdimensão. (Tabela 6).

Após análise dos critérios da 1ª Rodada de Avaliação, produziu-se uma tabela dos critérios validados, seguindo os parâmetros de (m: alta, DP baixo, md alta e CV baixo). Dos 32 critérios, foram validados 24 critérios, na primeira rodada (Tabela 7).

No que se refere às sugestões de critérios, os 22 experts colaboraram com sugestões de novos critérios. A análise destes critérios passou pelas etapas (a) leitura inicial de todos os critérios; (b) verificação dos critérios repetidos nas sugestões; (c) análise dos critérios que já se encontravam contemplados em uma dimensão macro dos critérios já validados; (d)

identificação de critérios que ainda não tinham sido contemplados para compor a 2ª rodada de validação.

Na etapa (a) leitura inicial de todos os critérios sugeridos totalizaram 114 critérios. Na fase (b) verificação e retirada dos critérios repetidos, totalizando 47 critérios. Na fase (c), estes 47 critérios foram analisados se já se encontravam contemplados em uma dimensão macro dos critérios já validados, para (d) identificação de critérios que ainda não tinham sido contemplados, totalizando (24) critérios para a 2ª Rodada.

Na 2ª rodada de validação, a Matriz de Critérios foi enviada com os 24 critérios validados na 1ª rodada, assim como os 20 novos critérios a serem avaliados. Nessa etapa, 17 critérios foram validados e 8 critérios foram reestruturados por 20 experts, dos 22 incluídos no início do estudo. As dimensões e subdimensões permaneceram sem alterações.

Na 3ª Rodada, os 8 critérios reestruturados foram enviados para os 20 experts, com resposta de todas (os) as (os) especialistas. Na etapa 3 critérios foram validados e 5 critérios não validados. Totalizando 44 critérios validados na Matriz de Critérios.

A análise se deu a partir de modelagens estatísticas, com o uso do Software Excel[®] por meio das medidas da média, desvio padrão, média e coeficiente de variação.

4.1.5 Estudo Seccional

A fase (e) constitui-se de estudo seccional²⁹ realizado com 151 egressos. Os dados foram coletados através de instrumento enviado via Formulário Google[®] para egressos do período de 2020 a 2024 dos 17 PRMSM do Brasil (*Tabela 7*).

Realizou-se contato via e-mail com as/os coordenadoras/es dos 14 PRMSM com solicitação dos contatos, e-mail e/ou telefone, dos egressos entre 2020 a 2024 com esclarecimentos da pesquisa e aprovação pelo Comitê de Ética (CEP). Após o retorno das coordenações dos 17 PRMSM com os contatos, realizou-se o convite a 275 egressos com informações sobre a pesquisa, risco e benefícios no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Dos 275 egressos convidados para participar do estudo, 151 aceitaram participar mediante assinatura do TCLE e resposta ao instrumento de avaliação sobre a formação para Saúde Mental na Atenção Básica pelo PRMSM (2020 a 2024). Foram realizadas nove tentativas de contatos com todos os egressos para alcançar o quantitativo máximo de respostas, com recusa escrita via e-mail de um/a egresso/a em participar do estudo. Os/as demais não responderam os convites com confirmação e/ou recusa em participar do estudo.

O período da coleta de dados aconteceu entre fevereiro a junho de 2024, através do envio via correio eletrônico de Instrumento de Avaliação da Formação para Saúde Mental na Atenção Básica pelas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental do Brasil na perspectiva dos egressos. O acesso ao instrumento online via *google forms* se dava mediante aceite do TCLE.

O instrumento da coleta de dados foi composto pelas seguintes informações: Estado/Região do PRMSM; Núcleo Profissional; Ano de Conclusão do PRMSM. E, duas questões: Antes de cursar a residência você teve experiências em Saúde Mental na Atenção Básica? Em caso positivo, outra pergunta era aberta: Essas experiências se deram na graduação? (Monitoria, iniciação científica, extensão, PET-Saúde, inovação tecnológica, outra).

Após essas informações, no instrumento constava a Matriz de Critérios validada por meio da técnica de consenso de Delphi, contemplando três dimensões, seis subdimensões e 44 critérios. O estudo de avaliabilidade contemplou a construção de Modelo Teórico-lógico, Matriz de critérios e validação por 20 experts da área da formação pelas residências.

A avaliação dos egressos se deu a partir de cada dimensão e subdimensão, a qual constava a seguinte pergunta relacionada a sua subdimensão: Você deve avaliar a partir da sua experiência como residente como cada critério vinculado a cada subdimensão foram contempladas na sua formação. O instrumento organizava-se a escala de 1(um) a 10 (dez), de modo que os egressos poderiam escolher o nível de concordância de cada critério, sendo 1 (um) discordância total e 10(dez) concordância máxima. Os dados coletados foram sistematizados em planilha do software Excel®, sendo posteriormente exportados para o programa IBM SPSS versão 20.0. (Figura 5) A análise dos dados se dará a partir de recursos estatísticos. O aprofundamento da análise desse estudo se dará após a defesa da Tese.

4.2 Plano Amostral

A amostra foi constituída de acordo com cada estudo realizado na pesquisa, a saber: a amostra do estudo documental se constituiu em 17 Projetos Pedagógicos PRMSM do Brasil incluídos na pesquisa nas cinco regiões e em 14 estados e o Distrito Federal.

No que concerne a amostra das entrevistas, a mesma se constitui em 17 coordenadoras/es dos PRMSM do Brasil, as/os quais aceitaram o convite para participar do estudo mediante apresentação do estudo e assinatura do TCLE e do Termo de Gravação de Voz.

No que concerne à amostra do estudo de avaliabilidade, a mesma se constituiu inicialmente de 25 experts, os quais foram convidados para participar do estudo, mediante apresentação da pesquisa e assinatura do TCLE. Destes 20 aceitaram participar do estudo.

Em relação à amostra do estudo seccional, a mesma se constituiu a partir do cálculo amostral, envolvendo a população de 275 residentes dos PRMSM incluídos no estudo, adotando o grau de confiança de 95% e o Erro Padrão de 5%. O n foi de 275 residentes do período de 2020 a 2024, envolvendo egressos dos 17 PRMSM do Brasil. Desses, 151 aceitaram participar do estudo.

4.3 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) sob o CAEE: 64181522.8.0000.5292 e Parecer: 5.924.094. A participação em todas as fases da pesquisa se dará mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III), o qual será previamente esclarecido para os participantes, estando relacionado com a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Os participantes irão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em formato virtual.

Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, questionários), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço (Rua Cel José

Cesarino da Nóbrega, nº 55, Jardim São Paulo, Cep: 58051130, João Pessoa-PB, pelo período de mínimo 5 anos, de acordo com os aspectos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Critério de Inclusão e Exclusão:

Para o desenvolvimento da pesquisa foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Programas de Residência Multiprofissional em Saúde que tenham como parte do nome do programa: Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Saúde Mental álcool e outras drogas, Saúde Mental infanto-juvenil; serem vinculados a instituições públicas de ensino e escolas de saúde pública; ter como campo de atuação a atenção básica à saúde; está em funcionamento no período compreendido entre 2018 e 2022; assinatura da carta de anuência da instituição concordando em participar da pesquisa; aceite dos atores envolvidos em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Serão utilizados os seguintes critérios de exclusão: Programas de Residências Multiprofissionais em saúde vinculados às Secretarias Municipais de Saúde e instituições privadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa seção serão apresentados os artigos aprovados e em avaliação por periódicos científicos, a saber: *Artigo 1 – Formação em saúde mental no Brasil pelas residências multiprofissionais: contexto de contrarreforma psiquiátrica e defesa da atenção psicossocial. (PUBLICADO na Revista Saúde e Sociedade-USP Qualis A3 e h5 29).* *Artigo 2 – Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil: projetos pedagógicos e diálogos com a práxis antimanicomial (PUBLICADO na Revista Ciência e Saúde Coletiva- Qualis A1 h5 78).* *Artigo 3- Formação em saúde mental na atenção básica: o que dizem coordenadoras/es das residências multiprofissionais do Brasil? (EM AVALIAÇÃO pela Revista Interface Comunicação, Educação e Saúde, Qualis A3).* 5.4 *Artigo 4- Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil e Formação para Saúde Mental na Atenção Básica: consenso Delphi (EM AVALIAÇÃO na Revista Ciência e Saúde Coletiva Qualis A1).*

5.2 **ARTIGO 1** – Formação em saúde mental no Brasil pelas residências multiprofissionais: contexto de contrarreforma psiquiátrica e defesa da atenção psicossocial. **PUBLICADO** na *Revista Saúde e Sociedade- USP*.

RESUMO

Neste ensaio teórico acerca dos desmontes da política nacional de saúde mental entre 2016 a 2022, objetivamos discutir sobre a formação em saúde mental pelas residências multiprofissionais neste contexto de contrarreforma psiquiátrica. Abordamos as alterações na Política Nacional de Saúde Mental, a análise sobre os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde desde os seus proponentes, os impasses na formação em Saúde Mental e a defesa do paradigma psicossocial na formação em saúde mental. Problematicamos que esse período significou um grave retrocesso da Política Nacional de Saúde Mental, impactando na continuidade e fortalecimento das estratégias de formação em saúde mental em diálogo com a luta antimanicomial, produzindo tensionamentos com a atenção psicossocial, norteadora da formação no Sistema Único de Saúde. Analisamos que a política e a formação em saúde mental envolvem interesses corporativistas e mercadológicos em constante disputa com o paradigma psicossocial, inserindo-se em um processo dialético na luta por hegemonia. Concluímos que olhar sobre este ponto de vista possibilita compreender o papel estratégico da formação em saúde mental na efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo como norte a desinstitucionalização na perspectiva da desconstrução de como a sociedade lida com a loucura e a diversidade. **Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica; Formação de Recursos Humanos; Política de Saúde Mental; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: In this theoretical essay on the about the dismantling of the national mental health policy between 2016 and 2022, we aim to discuss training in mental health through multidisciplinary residencies in this context of psychiatric counter-reform. We address the changes in the National Mental Health Policy, the analysis of the Multiprofessional Residency Programs in Health from their proponents, the impasses in Mental Health training and the defense of the psychosocial paradigm in mental health training. We problematize that this period meant a serious setback of

the National Mental Health Policy, impacting on the continuity and strengthening of mental health training strategies in dialogue with the anti-asylum struggle, producing tensions with psychosocial care, which guides training in the Unified Health System. We analyze that politics and training in mental health involve corporatist and market interests in constant dispute with the psychosocial paradigm, inserting themselves in a dialectical process in the struggle for hegemony. We conclude that looking at this point of view makes it possible to understand the strategic role of training in mental health in the implementation of the Brazilian Psychiatric Reform, with deinstitutionalization as its guideline in the perspective of deconstruction of how society deals with madness and diversity.

Keywords: Psychiatric Reform; Human Resources Training; Mental Health Policy; Health Unic System.

5.1.1 Introdução

A Política Nacional de Saúde Mental é fruto da luta antimanicomial desenvolvida a partir de mobilizações sociais em defesa do cuidado em liberdade, inserindo-se em um escopo de problematizações sobre como a sociedade lida com a diversidade dos modos de existências. Estas mobilizações culminaram na Lei 10.216/2001, a qual redireciona o modelo de cuidado em saúde mental para serviços comunitários, a partir da defesa do território como espaço de produção do cuidado (Brasil, 2001).

A Política Nacional de Saúde Mental vivencia historicamente processos de disputa de interesses mercadológicos do complexo médico-industrial (Amarante; Nunes, 2018) os quais se sustentam no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, em contradição a integralidade sustentada no Paradigma Psicossocial (Costa-Rosa, 2017). É neste cenário que a formação em saúde mental se encontra inserida, marcada pela coexistência de projetos contraditórios em termos teórico-técnicos e ético-políticos (Feuerwerker, 2009; Passarinho, 2022). Estes modelos de atenção às pessoas com demandas em saúde mental, álcool e outras drogas, encontram sustentação entre paradigmas distintos: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e o Paradigma Psicossocial.

O Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador compreende “o transtorno mental como objeto e meio disciplinar de intervenção, produzindo relações intrainstitucionais hierarquizadas em sentido verticalizado” (Costa-Rosa, 2017 p. 72). As práticas pautadas neste paradigma produzem o afastamento dos sujeitos do convívio comunitário (Passarinho, 2022). O Paradigma Psicossocial, por sua vez considera o sofrimento psíquico em sua multidimensionalidade, desenvolvendo práticas coletivas e interprofissionais (Ceccim, 2018), direcionando a produção do cuidado a partir da escuta, diálogo e vínculo com os sujeitos e familiares, em espaços inseridos no território e da vida cotidiana (Amarante; Nunes, 2018).

No Brasil, o jogo de forças produzido por estes paradigmas, causam rupturas na condução da Política Nacional de Saúde Mental e estratégias de formação em saúde mental, uma vez que demarcam defesas políticas opostas (Cruz et al., 2020). Esse processo coloca em cena o desenvolvimento concomitante de projetos antagônicos na produção do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e/ou que fazem uso problemático de álcool e outras drogas (Passarinho, 2022).

Em 21 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, muitos avanços foram produzidos, entre eles a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da portaria 3.088/2011 (Brasil, 2011), a qual apresenta como norte o Paradigma Psicossocial (PPS), defendendo o cuidado em liberdade para as pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso problemático de álcool e outras drogas (Amarante, 2018; Onocko-Campos, 2019). Destaca-se que este processo de mudança só foi possível por meio de concomitante processo formativo em saúde mental pautado nos princípios do SUS e na defesa da saúde mental coletiva (Radke; Ceccim, 2018; Ceccim, 2018).

A Reforma Psiquiátrica brasileira marca a ruptura com o modelo manicomial presente no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, o qual produziu ao longo da história processos de exclusão, discriminação, contenção e controle dos sujeitos com sofrimento psíquico (Passarinho, 2022). Este modelo retrógrado e cientificamente contestado tem permeado os retrocessos vivenciados pela Política Nacional de Saúde Mental no país no período de 2016 a 2022, (Vasconcelos, 2016; Passos, 2017; Delgado, 2019; Cruz et al., 2020;

Silva, 2021; Passarinho, 2022) contexto no qual ocorreu avanço do projeto ultraliberal e desmonte do SUS.

Tal realidade conecta-se com a formação em saúde mental pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM), impactando diretamente no processo formativo, uma vez que a educação em saúde mental é parte do processo de efetivação da atenção psicossocial nos serviços do SUS em diálogo com as políticas públicas vigentes (Ceccim, 2018). Destaca-se que a criação dos PRMSM se constituiu como estratégico na reorientação da formação em saúde mental, uma vez que o processo de mudança do fazer associa-se com mudanças nos processos educativos (Radke; Ceccim, 2018), fortalecendo o campo da saúde mental brasileira sob a perspectiva dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e do Paradigma Psicossocial.

No entanto, a conjuntura política dos últimos anos produziu tensionamentos e rupturas com o Paradigma Psicossocial norteador da formação no SUS, de modo que questionamos sobre como pensar a formação em saúde mental a partir dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental que tem como norte a Reforma Psiquiátrica brasileira e o Paradigma Psicossocial no contexto de contrarreforma? Neste sentido, objetivamos discutir sobre a formação em saúde mental pelas residências multiprofissionais em contexto de contrarreforma psiquiátrica.

5.1.2 Métodos

Nesse ensaio teórico dos desmontes da Política Nacional de Saúde Mental entre 2016 a 2022, (Meneghetti, 2011) abordamos um exercício reflexivo temporal sobre os interesses em disputa no campo da saúde mental, os quais impactaram em retrocessos da Política Nacional de Saúde Mental e na formação em saúde mental pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Abordamos um constructo teórico acerca das interfaces da política e educação em saúde mental no contexto de contrarreforma psiquiátrica, destacando os interesses em disputa da classe médica e corporativismo, que permeiam as residências multiprofissionais desde a sua concepção (Feuerwerker, 2009) e que nos últimos anos tem assumido os espaços de condução nacional destes programas de residências (Brasil, 2021).

A partir da análise destes desmontes, problematizamos a realidade a partir da perspectiva histórica que permeia as discursividades e a invenção cultural propostas pelas residências multiprofissionais desde seus proponentes (Ceccim, 2009), através da análise dos diversos vetores e correlações de forças que permeiam o debate sobre a formação em saúde mental no SUS.

5.1.3 Resultados

5.1.3.1 Análise das alterações na Política Nacional de Saúde Mental no período de 2016 a 2022

No período entre 2016 e 2022 diversos estudos publicados por pesquisadores do campo da saúde mental (Vasconcelos, 2016; Passos, 2017; Amarante; Nunes, 2018; Radke e Ceccim, 2018; Delgado, 2019; Nunes et al., 2019; Onocko-Campos, 2019; Cruz et al., 2020; Silva, 2021; Passarinho, 2022) têm evidenciado o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental do Brasil. Tais estudos produzem reflexões teóricas acerca das contradições presentes em portarias e resoluções, publicadas pelo Ministério da Saúde, reiterando que estas mudanças se constituem em um processo de contrarreforma psiquiátrica.

Pesquisas publicadas recentemente apontam que a “outra” Política Nacional de Saúde Mental é contrária à Constituição Federal de 1988, às leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/2001, além do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos promulgado no Brasil pelo Decreto nº 592/92” (Cruz et al., 2020 p.3). O retrocesso presente nesta orientação federal foi denunciado por várias entidades, associações, assim como pela comunidade científica do campo da saúde mental.

Dentre as normativas que compõem o quadro da ‘outra’ Política Nacional de Saúde Mental, destaca-se a Portaria nº 1.482/2016 ¹do Ministério da Saúde (Brasil, 2016) a qual financia as Comunidades Terapêuticas com recurso público que, ao ser utilizado nestes dispositivos, promove o desfinanciamento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Problematicamos que as Comunidades Terapêuticas se constituem como espaços

¹ Destaca-se que mesmo com a criação do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD) no âmbito do Ministério da Saúde em 2023, alinhado com a atenção psicossocial, essa portaria ainda encontra-se vigente, não sendo revogada.

manicomiais, à medida que se localizam em espaços distanciados da cidade e convívio, reforçando os processos de exclusão social das pessoas em sofrimento psíquico e/ou que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Concomitante ao distanciamento social, as Comunidades Terapêuticas baseiam suas práticas a partir da orientação religiosa, com tratamento moral e conservador, o qual tem como foco a abstinência, sendo contraditória a política de redução de danos (Ramôa et al., 2019).

Em 2017 a Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovou o incentivo financeiro para internações psiquiátricas, inserindo os Hospitais Psiquiátricos (leia-se manicômios) na RAPS. Tal resolução afronta diretamente o Paradigma Psicossocial, ao inserir práticas segregadoras e asilares na rede de saúde mental, produzindo contradições e rupturas éticas-políticas (Passos, 2017). O retorno dos manicômios revela a incoerência da coexistência de modelos contraditórios no campo da saúde mental, a partir da correlação de interesses mercadológicos, corporativismo médico, medicalização da vida e o aparato médico industrial da era dos diagnósticos (Amarante, 2018) em disputa com o campo da atenção psicossocial, cuidado em liberdade e pautado nos princípios da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico e/ou necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

O agravamento deste retrocesso na Política Nacional de Saúde Mental ganha espaço na portaria nº 3.588/17²(Brasil, 2017) que ‘refaz’ outra Rede de Atenção em Saúde Mental, inserindo o Centro de Atenção Psicossocial para pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas (CAPS Ad IV) na RAPS. Destacamos que este serviço apresenta rupturas significativas com a atenção psicossocial, uma vez que se distancia da produção do cuidado no território, o qual deve se dar para além do espaço geográfico, considerando os espaços de produção de vida e convívio social das pessoas em sofrimento psíquico e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Ainda nesta ruptura com o modelo da atenção psicossocial até então vigente, no início de 2019 é publicada a Nota Técnica nº 11/2019 (Brasil, 2019), reunindo as portarias e

² A Portaria nº 3.588/17 foi revogada por meio da Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023. De modo que a Portaria atual vigente é a de nº 3.088/2011.²

resoluções anteriores em compilado que desconsidera a cientificidade das práticas psicossociais pautadas na cidadania e participação social dos usuários da RAPS. A “outra” Política Nacional de Saúde Mental mostra-se contrária ao Paradigma Psicossocial, construído nos espaços de controle social, como as Conferências Nacionais em Saúde Mental tendo em vista que reforça o modelo excludente dos manicômios e comunidades terapêuticas, atendendo aos interesses da indústria da loucura (Foucault, 1977), ao fortalecer as práticas médico-centradas e a indústria farmacêutica e o corporativismo das entidades de especialistas. Além disso, a NT 11/2019 ³incentiva publicamente o uso do eletrochoque como tratamento, retornando às práticas historicamente utilizadas nos manicômios como meio de tortura às pessoas com transtornos mentais.

Analizamos que o compilado de desmontes da Política Nacional de Saúde Mental apresentados na NT 11/2019, agravou-se cada vez mais em 2021 com o desfinanciamento dos serviços da RAPS, o que impactou na estagnação da implantação e manutenção dos CAPS no país, uma vez que o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) encontrava-se fechado até o final de 2022 ⁴para novas propostas de habilitação de serviços e o custeio mensal dos serviços já existentes sem reajuste há mais de dez anos.

Problematizamos que esta realidade revela o caminho de retrocesso da política pública em saúde mental no país e a descontinuidade do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, uma vez que se intensificou o sucateamento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial pela falta de financiamento público. Destacamos que esse processo se intensificou por meio da estagnação da abertura de mais serviços comunitários e retorno do financiamento dos manicômios e comunidades terapêuticas, provocando rupturas com o pacto societário de uma “*sociedade sem manicômios*”.

Soma-se a este contexto de desmonte a retirada do financiamento do programa de desinstitucionalização em 2022, a partir da Portaria 596/2022 ⁵ (Brasil, 2022). O desfinanciamento deste programa impacta diretamente no curso da Reforma Psiquiátrica

³ A NT 11/2019 insere-se no âmbito dos documentos, resoluções e portarias revogadas pelo DESMAD/MS em 2023.

⁴ O SAIPS foi reaberto em 2023 pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD)/MS para receber novas propostas de serviços da RAPS para financiamento federal.

⁵ O Projeto de Decreto Legislativo 66/22 anula os efeitos da Portaria 596/22, do Ministério da Saúde.

brasileira uma vez que paralisa o processo de desospitalização e das ações em saúde pautadas na desconstrução de como a sociedade lida com a loucura e a diversidade, à medida que as pessoas continuam internadas em manicômios, distantes do convívio social, impactando na sua reinserção social.

Discutimos que a suspensão do programa de desinstitucionalização na Rede de Atenção Psicossocial atende aos interesses do complexo industrial médico-farmacêutico, que considera a doença mental como mercadoria, à medida que esta é institucionalizada em hospitais psiquiátricos, produzindo a medicalização da vida e cronificação do sofrimento psíquico. Ressaltamos que este processo se sustenta na discursividade psiquiátrica conservadora acerca do sofrimento psíquico com aparato social em constante disputa por hegemonia.

Destacamos ainda neste cerne, a fragilização na condução de algumas iniciativas de formação em saúde mental que até 2016 vinham em curso no país (Radke; Ceccim, 2018), as quais configuravam-se enquanto estratégias no fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental fazem parte destas iniciativas de formação (Feuerwerker, 2009; Da-Ros, 2009), tendo como norte a integralidade do cuidado, defesa da pluralidade da vida e cidadania das pessoas que apresentam demandas em saúde mental, álcool e outras drogas, em um processo de invenção cultural e social. (Ceccim, 2009).

5.1.3.2 Programas de Residência Multiprofissional desde os seus proponentes

A formação em saúde direcionada pelos princípios do SUS tem como marco a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) em 2003 no âmbito do Ministério da Saúde, a qual desenvolveu uma série de iniciativas na reorientação da formação no SUS, como o Programa de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), entre outros (Brasil, 2006).

A Lei 11.129/2005 institui os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, de modo a somar esforços no processo formativo pautado na reorientação das práticas em

saúde em consonância com as políticas públicas em saúde (Brasil, 2005). Reiteramos que desde os seus proponentes, as residências multiprofissionais em saúde têm vivenciado processos de disputas com a perspectiva corporativista das residências médicas uma vez que esta modalidade de formação é contra- hegemônica ao propor outra visão sobre o processo saúde-doença-cuidado pautada na integralidade (Dallegrave; Kruse, 2009; Feuerwerker, 2009) à medida que desenvolve processos interdisciplinares e em equipe, em um processo de inventividades e apostas na produção do cuidado em saúde mental no SUS.

Nesta perspectiva, a disputa das Residências Multiprofissionais como modalidade de formação encontra-se no “olho do furacão” desde sua concepção (Feuerwerker, 2009; Dallegrave; Kruse, 2009; Da-Ros, 2009), à medida que motivou manifestações provenientes da categoria médica em oposição a esta formação, a qual tenciona o saber-poder-médico hegemônico por meio da educação interprofissional (Ceccim, 2009).

Discutimos neste sentido, que a invenção dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) se dá, portanto neste contexto de disputas de interesses corporativistas e discursividades do saber-poder médico produzindo processos instituintes a partir da experiência do trabalho em equipe, em constante processo de problematização, à medida que questiona o saber-poder médico, pautando-se com os princípios do SUS. Desse modo, as residências multiprofissionais instigam mudanças sobre a concepção do processo saúde-doença, produzindo outros pontos de vista sobre o fazer saúde.

Neste cerne, a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), criada a partir da lei 11.129/2005 constituía-se como potente espaço de construção compartilhada na condução dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), configurando-se a partir da participação democrática e popular (Brasil, 2005). O envolvimento de coordenadores, tutores, preceptores e residentes multiprofissionais possibilitava o processo de avaliação e habilitação dos PRMS, visando atender às necessidades epidemiológicas e sociais da população brasileira.

A CNRMS em sua configuração inicial pautava-se as áreas prioritárias da formação em saúde em diálogo com a reorientação das políticas públicas, como por exemplo, a saúde mental, apontada como estratégica na resolução nº 02 de 2012 da CNRMS (Brasil, 2012).

Nesta configuração, o papel da Câmara Técnica 4 (CT 4), constituiu-se fundamental para se incentivar a formação em saúde mental em processo concomitante à condução da Rede de Atenção Psicossocial. Esta pautava a formação em saúde mental através dos PRMSM na tessitura da atenção psicossocial pelo cuidado em liberdade e no território.

No entanto, analisamos que no período de 2017 a 2022 a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde passou por discontinuidades e retrocessos no seu funcionamento, impactando na condução nacional dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. A CNRMS encontrava-se inativa desde junho de 2019 com base no Decreto Presidencial nº 9.759/2019, o qual retirou a participação dos colegiados nos debates do SUS (Brasil, 2019). Após mobilização social dos atores envolvidos com os PRMSM, sendo reativado somente em setembro de 2021 por meio da Portaria interministerial nº07/2021 (Brasil, 2021). No entanto, nesta portaria, a CNRMS retira o controle social na condução e construção compartilhada dos PRMS no país, representados pelos coordenadores, tutores, preceptores e residentes multiprofissionais e insere representantes da classe médica, que desde a proposição dos PRMS mostram-se contrários à esta modalidade de formação para as demais profissões da saúde.

Problematizamos que esta ‘nova’ estruturação proposta para a CNRMS constitui-se contrária aos preceitos democráticos do SUS, uma vez que ao ter representantes médicos na condução das residências multiprofissionais, fortalece as discursividades do saber-poder médico na formação em saúde, pautando a formação uniprofissional com foco na doença, em detrimento da integralidade. A representatividade em massa de médicos na CNRMS descaracteriza de maneira abrupta a formação interprofissional em saúde mental, à medida que se estimula a formação hospitalar, reafirmando o modelo biomédico que há tempos busca-se superar nas práticas em saúde.

Discutimos, neste sentido, os efeitos da representação médica na CNRMS, com forte incentivo à formação hospitalar (manicomial) em detrimento da atenção básica e ações de saúde comunitárias e territoriais. Os efeitos da subjetivação que a visão de saúde-doença-tratamento que esta categoria apresenta, historicamente pautada na doença, corporativismo e na exclusão do convívio social com o modelo manicomial (Amarante, 2018) impacta

diretamente na formação em saúde mental para a RAPS, já que esta constitui-se em um processo de invenção social do trabalho em equipe e interdisciplinar significando, portanto, retrocessos na condução dos processos formativos.

No cerne destes desmontes, a portaria Nº 07/2021 retira as representações de atores sociais e representações historicamente envolvidas com a formação em saúde no SUS, como as associações e sociedades científicas e propõe a descentralização das comissões de debate sobre as residências multiprofissionais (Brasil, 2021). Nesta configuração é extinta a CT 4 da Saúde Mental da CNRMS, responsável pela orientação a nível nacional da formação em saúde mental pelos PRMSM. Com a retirada da CT 4 na CNRMS, a área da Saúde Mental foi incorporada na Câmara Técnica da Atenção Especializada, fragilizando o debate acerca da produção do cuidado em saúde mental em liberdade.

Destacamos a importância histórica da CT 4 e sua correlação com as demais cinco Câmaras Técnicas à medida que contribuiu no debate da interprofissionalidade e a intersectorialidade na reorientação das práticas em saúde, incentivando outros pontos de vista sobre o trabalho em saúde mental que considera os saberes da equipe multiprofissional, na construção de novos saberes, em processos instituintes. Analisamos que a inserção da Câmara Técnica de Saúde Mental na atenção especializada, conduzida prioritariamente por médicos, produz impactos na formação em saúde mental pautada na atenção psicossocial, à medida que a atenção especializada produz debates distanciados dos conceitos de território e espaços de produção de vida dos usuários do SUS.

Neste cenário, verificamos mais uma vez a correlação de forças entre o modelo biomédico nos espaços de formação em saúde e a aposta do modelo psicossocial e da clínica ampliada, estes últimos alinhados com a reforma sanitária e reforma psiquiátrica brasileira. Analisamos que é nesta conjuntura que a formação pelos PRMSM se encontra inserida, produzindo apostas, disputas, capturas e inventividades na tessitura da clínica psicossocial, uma vez que esta formação aposta na invenção de outros modos de cuidado a partir da formação interdisciplinar em saúde mental.

5.1.3.3 Impasses na formação pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

Compreendemos que a formação em Saúde Mental no Brasil constitui-se um campo permeado por interesses corporativistas que encontram sustentação no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), o qual tem encontrado terreno fértil no campo da formação em saúde mental nos últimos anos, mesmo com contestações científicas de violações de direitos humanos.

Problematizamos que este modelo retrógrado tem produzido o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental antimanicomial, a qual tem como sustentação o Paradigma Psicossocial (PPS), constituído a partir da compreensão dos processos de sofrimento psíquico associados aos contextos de vida dos usuários do SUS. O Paradigma Psicossocial tem sido tensionado à medida que existem capturas na Política Nacional de Saúde Mental e na condução das estratégias de formação em saúde mental a nível nacional, as quais desconsideram os avanços produzidos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, pautada na ciência e garantia da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Analisamos que as disputas de projetos nas políticas públicas permeados por estes paradigmas produzem impasses diretos na formação em Saúde Mental no Brasil, uma vez que este processo produz descontinuidades e rupturas, impactando na produção do cuidado na RAPS, de modo a produzir perspectivas ideológicas distintas no que se refere à compreensão do sofrimento psíquico e perspectiva formativa, no saber e oferta de cuidado.

No que se refere à compreensão do sofrimento psíquico, o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, apresenta uma explicação única sobre a doença, com origem apenas biológica/orgânica e deve ser “silenciada” pela medicalização (Costa-Rosa, 2017). Nesta visão ideológica, defende-se a medicalização da experiência humana que é transformada e compartimentalizada em diagnósticos, em um processo de medicalização da vida (Amarante, 2018). No Paradigma Psicossocial considera-se o sujeito inserido em um contexto social, histórico, econômico e cultural, no qual se insere em relações coletivas. Nesta

perspectiva, a compreensão do adoecimento é vista como produto coletivo e não apenas individual, na perspectiva da clínica ampliada (Onocko-Campos, 2019).

Em relação à perspectiva formativa, no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador a formação se constitui de modo fragmentada e uni profissional, com forte componente corporativista da categoria médica (Passarinho, 2022). Como modo de reafirmação do biopoder (Foucault, 1977) esta formação tem como foco o hospital como único lugar de formação, desconsiderando o território de vida dos sujeitos. No Paradigma Psicossocial defende-se a formação psicossocial na perspectiva multiprofissional/interprofissional. Esta se dá em rede e com foco para a Atenção Básica como lugar estratégico de formação, uma vez que se encontra inserida nos contextos de vida cotidiana dos sujeitos (Yasui et al., 2018). Problematicamos que esta perspectiva formativa se encontra alinhada com os princípios da Reforma Sanitária brasileira e da luta antimanicomial, à medida que compreende o cuidado em saúde mental na perspectiva de produção de vida, sendo tecida a partir dos diferentes saberes que envolvem o campo da saúde mental.

Em relação ao saber e oferta de cuidado, o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador centra-se no saber/poder médico com a medicalização como única oferta terapêutica (Costa-Rosa, 2018), de modo que a atenção à saúde tem como norte “o modelo asilar, hospitalar e excludente, considerando o transtorno ou doença mental como objeto e a prescrição de meios disciplinares de intervenção” (Passarinho, 2022 p.74). Em defesa alinhada com a reforma psiquiátrica, o Paradigma Psicossocial apresenta como norte o modelo territorial, comunitário e inclusivo considerando o sujeito para além do adoecimento, de modo que a doença é apenas um dos aspectos que envolvem a multidimensionalidade da sua vida. O cuidado se produz, portanto, nos espaços de vida dos usuários potencializando seus modos de produção de vida e existência (Yasui et al., 2018). A atenção à saúde é compartilhada por diversos saberes e núcleos profissionais ampliando as ofertas de cuidado para além da medicação, envolvendo escuta, vínculo, acolhimento, compreensão dos processos de adoecimento, com práticas de cuidado singularizadas.

As concepções teórico-práticas propostas por estes paradigmas impactam na condução da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e na formação em saúde mental, as quais são descritas no Quadro 1.

Quadro 1: Concepções do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e Paradigma Psicossocial (PPS) no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e da formação em saúde

No âmbito da PNSM		No âmbito da formação	
PPHM	PPS	PPHM	PPS
Saber/poder centrado no médico	Saberes compartilhado entre os profissionais da saúde	Formação uniprofissional e fragmentada	Formação multiprofissional e interdisciplinar
Hospital Psiquiátrico como centro	Rede de serviços comunitários	Formação biomédica	Formação biopsicossocial
Segregação, isolamento e objetificação do sujeito	Inclusão, direito a cidade e singularização do sujeito	Formação pautada no isolamento social	Formação pautada no cuidado em liberdade e no território
Medicalização como única oferta terapêutica	Ampliação das ofertas de cuidado, a partir da escuta, vínculo e redes de apoio.	Formação pautada na doença e na sintomatologia	Formação pautada no sujeito, família e seu meio social.

Fonte: Autoria própria baseado nos referenciais científicos da área. Legenda: PNSM (Política Nacional de Saúde Mental); PPHM (Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador); PPS (Paradigma Psicossocial);

Analizamos que os retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental, onde os interesses da psiquiatria conservadora ganharam visibilidade e força no período de 2016 a 2022, apontam retornos ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador que é cientificamente retrógrado, não apresentando sustentação científica no campo das políticas públicas do SUS. Defendemos que o Paradigma Psicossocial deve ser reafirmado e retomado como norteador da formação em saúde mental no SUS, de modo que estes processos formativos produzam cuidado em saúde mental em diálogo com a luta antimanicomial e os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Reiteramos que a formação em saúde deve se dar na perspectiva interprofissional tendo em vista a multidimensionalidade dos processos de sofrimento psíquico e adoecimento mental dos usuários do SUS, considerando o sujeito em sua autonomia, inserido em um meio familiar, social, econômico e cultural.

5.1.3.4 Defesa da formação em Saúde Mental pautada no Paradigma Psicossocial

Problematizamos neste sentido, que a defesa da formação em saúde mental pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental constitui-se como aposta de um processo educativo que visualiza o sujeito com suas multidimensionalidades e potencialidades, de modo que esta formação deve se dar de maneira compartilhada com

diversos saberes e profissões, em uma perspectiva interprofissional e interdisciplinar (Ceccim, 2018). Somamos a esta premissa, a relevância do processo formativo nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial e para além destes, em trabalho intersetorial, envolvendo a educação, cultura, esporte, trabalho, lazer e participação social.

Compreendemos que esta formação em saúde deve apresentar como norte a desconstrução do modo como a sociedade lida com o que diverge da “normalidade”, garantindo o direito à liberdade e à cidade, às pessoas que apresentam sofrimento psíquico e/ou que apresentem necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Defendemos a formação em saúde mental pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde pautada no modelo de atenção psicossocial tem como perspectiva a formação interprofissional na produção das práticas de cuidado em saúde mental, a partir da compreensão biopsicossocial do processo saúde-doença. A qual tem premissa o cuidado em liberdade e no território, pautado no sujeito, sua família e as relações que estes estabelecem no meio social. Esta formação produz práticas para além do olhar sobre a doença, pautadas na produção de vida e potencialidades dos modos de existência dos usuários do SUS.

Nesta perspectiva, compreendemos que o cuidado em saúde mental se constitui a partir da dimensão formativa e dimensão técnica assistencial, imersas em um contexto de disputas acerca de visões teórico-técnicas, culturais e éticas, em processo dialético. A partir desta compreensão do cuidado em saúde mental verifica-se que a disputa por hegemonia pode estagnar, retroceder ou favorecer a tessitura da atenção psicossocial. Acreditamos que a mudança dessa realidade deve ter como agentes de transformação os usuários, trabalhadores, residentes e gestores do SUS. O protagonismo destes atores produz defesa ético-política da saúde mental que dialoga com os princípios da luta antimanicomial, em contínuo processo que convida a sociedade a conviver com a diversidade sem produzir exclusão social.

5.1.5 Considerações Finais

No âmbito da Política Nacional de Saúde Mental pautamos a efetivação das legislações produzidas a partir do movimento histórico da luta antimanicomial e a revogação

das portarias contraditórias a esse movimento. Apontamos que estas normativas foram tecidas por meio de debates, propostas e relatórios das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental que aconteceram em 1987, 1992, 2001, 2010. Problematicamos que estas conferências se configuram como espaços pulsantes do movimento da luta antimanicomial, produzindo visibilidades as necessidades dos usuários, familiares, trabalhadores e gestores do SUS em contínuos processos de defesa do cuidado em liberdade e no território. Abordamos a necessidade de realização da V Conferência Nacional de Saúde Mental ⁶ com urgência, uma vez que esta aconteceria em 2022, sendo adiada para 2023, por falta de apoio e financiamento do Ministério da Saúde.

No âmbito dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental apontamos a necessidade de reconfiguração da composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, inserindo atores envolvidos historicamente nas residências como preceptores, tutores, coordenadores e residentes em defesa das práticas em saúde mental. O movimento histórico da luta antimanicomial tem nos mostrado o papel dos trabalhadores da saúde mental na construção e defesa da atenção psicossocial, de modo que formação dos residentes em saúde mental pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde é estratégica na continuidade e fortalecimento da luta antimanicomial e da atenção psicossocial.

Defendemos que apesar da formação em saúde mental estar permeada pelas relações de forças antagônicas⁷, a mesma não pode perder de vista seu processo instituinte de mudanças na prática em saúde mental, a uma vez que esta luta por hegemonia constitui-se como um processo dialético. Olhar sobre este outro ponto de vista, contribui para se pensar em estratégias de resistência frente ao que se coloca na conjuntura política. E essa resistência tem como um dos caminhos a defesa ético-política da atenção psicossocial na formação em saúde mental no SUS, em busca da efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica

⁶ A V Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em Dezembro de 2023 pelo Ministério da Saúde com o tema: “A política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS”.

⁷ Ressalta-se que as disputas de modelos na área da saúde mental constituem-se enquanto um processo dialético de interesses, uma vez que a PNSMAD ainda não se encontra efetivada como política de Estado, sendo disputada mesmo em governos progressistas alinhados aos direitos humanos e atenção psicossocial.

brasileira, tendo como norte a desinstitucionalização na perspectiva da desconstrução de como a sociedade lida com a loucura e a diversidade.

5.1.6 Referências

AMARANTE, P. NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva JCR*, v. 23, p. 2067-2074, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf> . Acesso em: 7 maio 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei 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. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 7 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica n. 11/2019: esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>> . Acesso em: 7 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde: CNES o tipo 83: polo de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde. Diário Oficial, Brasília, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html> . Acesso em: 7 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 2017b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> . Acesso em: 7 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> . Acesso em: 7 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 596, de 22 de março de 2022. Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial, Brasília, 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0596_23_03_2022.html> . Acesso em : 7 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde nº 2, de 13 de Abril de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192> . Acesso em : 7 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Brasília, 2021. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-7-de-16-de-setembro-de-2021-345462405>> . Acesso em: 7 maio 2023.

CECCIM, R. B. “Residência em Saúde Mental: Interface da Luta Antimanicomial”. In: Paulo, S M., Oliveira, C O., Fagundes, S.M.S. 25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. 2018. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179261/001068911.pdf?sequence=1>> Acesso em: 7 maio 2023.

CECCIM, R B “Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra”, a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. Interface Comunicação Educação e Saúde, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000100022

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. Interface (Botucatu) [Online]. 2018. 22(2): 1739-1749. DOI:10.1590/1807-57622018.0477

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/htgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>> Acesso em: 7 maio 2023.

CRUZ, N.F.O. et al. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020. p.3. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

DALLEGRAVE, D. KRUSE, M. H. L. “No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde”. Interface, Comunicação, Educação e Saúde, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000100018.

DELGADO, P. G. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

FEUERWERKER, L. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. Comunicação Saúde Educação v.13, n.28, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000100020.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1977.

MENEGHETTI, F.K. O que é um Ensaio-teórico? Documentos e Debates. 2011; 15(2):320-32. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rac/a/4mNCY5D6rmRDPWXtrQQMyGN/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 7 maio 2023.

NUNES, M. O. et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, dez. 2019. DOI:10.1590/1413-812320182412.25252019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, out. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>.

PASSARINHO, J.G.N. Retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental: consequências para o Paradigma Psicossocial. Em Pauta, Rio de Janeiro 2022.p 69,72,742. DOI: <https://doi.org/10.12957/rep.2022.63451>.

PASSOS, R. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. Sociedade em debate., Pelotas, v. 23, n. 2, jul./ dez. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1678/1043>> .Acesso em: 7 maio 2023.

RADKE, M.B. ;CECCIM, R.B. Educação em saúde mental: ação da reforma psiquiátrica no Brasil. Saúde em Redes, 2018. DOI: 10.18310/2446-4813.2018v4n2p19-36.

RAMÔA, M.; TEIXEIRA, M. B.; BELMONTE, P. As comunidades terapêuticas no cenário das políticas públicas: o retorno das práticas institucionalizantes. Platô: Drogas e política, São Paulo, v. 3, n. 3, jul. 2019. Disponível em: < <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Plato.pdf>> . Acesso em: 7 maio 2023.

ROS, M.A.D. Sobre “o olho do furacão”. Interface, Comunicação Saúde Educação v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000100021.

VASCONCELOS, E. M. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o Serviço Social. Campinas: Editora Papel Social, 2016.

SILVA, T. A. et al. (Re)visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos. Av. Enferm., Bogotá, v. 38, n. 3, jan. 2021.DOI: 10.15446/av.enferm.v38n3.82440.

YASUI, S.; LUZIO, C.A . ;AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. Polis E Psique, v. 8, p. 173-190, 2018.DOI: 10.22456/2238-152X.80426.

5.2 **ARTIGO 2** – Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil: projetos pedagógicos e diálogos com a práxis antimanicomial. **APROVADO** na Revista Ciência e Saúde Coletiva (Qualis A1) (*em anexo comprovante de aprovação e publicação no prelo*).

Resumo

As Residências Multiprofissionais em Saúde Mental constituem-se como estratégias para a atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde. Objetiva-se analisar a perspectiva teórico-metodológica dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental do Brasil e diálogos com a práxis antimanicomial. Trata-se de estudo documental de 17 projetos pedagógicos destes programas. Para tratamento dos dados utilizou-se o *software* IRaMuTeq com análise de similitude, classificação hierárquica descendente e análise temática. Observou-se que o suporte teórico sinaliza maior ocorrência da psicopatologia, problematizando-se o risco da reprodução do paradigma psiquiátrico Medicalizador. Também é possível identificar a necessidade de abordagem da saúde mental na atenção básica na formação. As principais conquistas da formação pelas residências consistem no diálogo com os direitos humanos e a inovação nos processos educativos, as tendências direcionam-se para o debate decolonial da loucura e os desafios nas disputas de modelos de atenção. Defende-se que o caminho para a práxis antimanicomial se dá a partir da compreensão da gênese da loucura e dos processos de exclusão social, afinal cuidar em liberdade exige um território existencial de ampliação dos modos de produção de vida.

Palavras-chave: Saúde Mental; Educação Permanente; Sistema Único de Saúde; Formação de Recursos Humanos.

Abstract

Multiprofessional Residencies in Mental Health are strategic for psychosocial care in the Unified Health System. The objective is to analyze the theoretical-methodological perspective of Multiprofessional Residency Programs in Mental Health in Brazil and dialogues with anti-asylum practice. This is a documentary study of 17 pedagogical projects from these programs. To process the data, the IRaMuTeq software was used with similarity analysis, descending hierarchical classification and thematic analysis. It was observed that theoretical support indicates a greater occurrence of psychopathology, problematizing the risk of reproducing the medicalizing psychiatric paradigm. It is also possible to identify the need to approach mental health in primary care in training. The main achievements of training through residencies consist of dialogue with human rights and innovation in educational processes, trends are directed towards the decolonial debate on madness and the challenges in disputes over models of care. It is argued that the path to anti-asylum praxis comes from understanding the genesis of madness and the processes of social exclusion, after all, providing care in freedom requires an existential territory for expanding the ways of producing life.

Keyword: Mental health; Education Continuing; Unified Health System; Staff Development.

Introdução

As Residências Multiprofissionais em Saúde constituem-se como Programas de Pós-graduação *Lato Sensu* instituídos pela lei 11.129/2005¹. Configuram-se enquanto estratégia de educação permanente em saúde em serviço na reorientação da formação no Sistema Único de Saúde (SUS) à medida que estimulam a construção de sujeitos capazes de produzir transformações no fazer em saúde².

Dentre esses Programas de Residência, os de Saúde Mental configuram-se como iniciativa que dialogam com a luta antimanicomial, enfatizando a Reforma Psiquiátrica brasileira, configurando-se como proposta formativa para a efetivação da atenção psicossocial³. Os princípios da luta antimanicomial envolvendo o cuidado em liberdade e no território devem constituir a defesa da formação em saúde mental no SUS⁴, de modo que as estratégias teórico-metodológicas devem ser pautadas na construção das práticas antimanicomial^{5,6,7,8}. Nesta mudança do modelo hospitalocêntrico para a atenção psicossocial, modelo vigente no país⁴, destaca-se que a categoria médica não se insere nos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental (PRMSM) os quais são integrados pelos demais profissionais da área da saúde¹. Além disso, os referidos programas assumem diversas conformações de arranjos nas equipes multiprofissionais de acordo com as necessidades loco-regionais³.

Compreender como essa formação tem se configurado é relevante uma vez que estudos sinalizam que são poucas as pesquisas que discutem a base conceitual que sustenta esta formação^{2, 9,10,11}, assim como a escassez de estudos que descrevam e fundamentem o suporte teórico-metodológico dos PRMSM^{9,10,12}, sinalizando o caráter inédito dessa pesquisa. Para isso é importante conhecer como está estruturado o suporte pedagógico dos PRMSM e como tem sido guiada a formação de profissionais para a atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹³ destacando as principais conquistas, tendências e desafios da formação pelas residências na efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira^{14,15,16}. Considerando que os PRMSM são desenvolvidos nas diferentes regiões brasileiras, optou-se por realizar a pesquisa em âmbito nacional, considerando as diversas realidades proporcionadas.

O objetivo do artigo é analisar a perspectiva teórico-metodológica presente nos Projetos Pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Brasil e os diálogos com a práxis antimanicomial.

Métodos

Estudo documental realizado a partir dos Projetos Pedagógicos dos PRMSM das cinco regiões do Brasil. A coleta de dados aconteceu no período compreendido entre março a junho de 2023 pelo mapeamento da oferta de PRMSM no Brasil por meio da solicitação via Plataforma Fala Brasil do Ministério da Educação (protocolo nº_23546043061202132) e contatos via e-mail com o Fórum Nacional de Residências. Foi possível identificar 43 PRMSM ativos, dos quais 16 vinculados à Instituições de Educação Superior (IES) Federal, 19 em IES Estaduais e Escolas de Saúde Pública (ESP) e 8 desenvolvidos em Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Considerando os critérios de inclusão relacionados ao vínculo com Instituições de Educação Superior e Escolas de Saúde Pública, 35 PRMSM foram elegíveis ao estudo. Todas foram convidadas a participar do estudo via e-mail, mediante apresentação da pesquisa. Foram feitos seis convites para cada Programa, na perspectiva de inclusão do maior número possível de PRMSM no estudo. Dos 35 PRMSM elegíveis, 17 aceitaram participar do estudo mediante envio da carta de anuência para submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa. Após aprovação pelo referido CEP, sob parecer: 5.924.094, os PRMSM disponibilizaram seus respectivos Projetos Pedagógicos para desenvolvimento do estudo documental, os demais PRMSM não retornaram os e-mails e não apresentaram justificativas de não aceite após seis tentativas de contato.

No que se refere à distribuição regional dos PRMSM incluídos, oito (8) encontram-se na região Nordeste (Universidade Federal da Paraíba, Universidade de Pernambuco-Campus Recife, Universidade de Pernambuco-Campus Garanhuns, Universidade Federal de Sergipe, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Vale do São Francisco, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Escola de Saúde Pública do Ceará), um (1) na região Norte (Universidade Federal do Amapá), dois (2) na região centro-oeste (Fundação Oswaldo Cruz - Brasília e Escola Superior de Ciências da Saúde), quatro (4) na região sudeste (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal de São Paulo- Campus Santos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Estadual Paulista “Júlio de

Mesquita Filho”) e dois (2) na região sul (Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Federal de Santa Maria), contemplando 11 estados brasileiros e o distrito federal.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o software IRaMuTeq (*versão 0.7*) seguindo os seguintes passos: 1- organização e preparo dos dados com a produção do corpus textual a partir dos dezessete (17) projetos pedagógicos dos PRMSM, elencando o suporte teórico, metodológico e perfil do egresso ; 2- leitura dos dados, com releituras para avaliação dos dados transcritos; 3- análise detalhada do processo de codificação; 4- descrição dos dados tratados e 5- extração dos significados dos dados e discussão dos achados da pesquisa com a literatura científica¹⁷.

A utilização do software IRaMuTeq (*versão 0.7*) se deu tendo em vista que este programa utiliza o teste qui-quadrado que revela a força associativa entre as palavras e sua respectiva classe $p < 0,05$. Foram utilizados dois processos de codificação dos dados: análise de similitude e Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Na análise de similitude os dados são organizados numa representação gráfica que se baseia na teoria dos grafos possibilitando a identificação da quantidade de ocorrências e conexidades entre as palavras¹⁷. Já na Classificação Hierárquica Descendente, os dados são organizados em um dendograma, o qual possibilita visualizar as palavras que obtiveram maior porcentagem quanto a frequência média entre si e diferente entre elas a partir da análise do qui-quadrado X^2 de independência (não paramétrico), determinando se há uma associação entre as variáveis categóricas, ou seja, se as variáveis são independentes ou dependentes¹⁷.

Após o tratamento dos dados, utilizou-se a análise temática para produção de significados acerca dos achados, por meio da pré-análise, exploração dos achados e tratamento dos resultados¹⁸. Os dados encontram-se analisados em duas categorias: “Suporte teórico da formação em saúde mental pelos PRMSM” e “Suporte metodológico da formação pelos PRMSM”.

Suporte teórico da formação em saúde mental pelos PRMSM

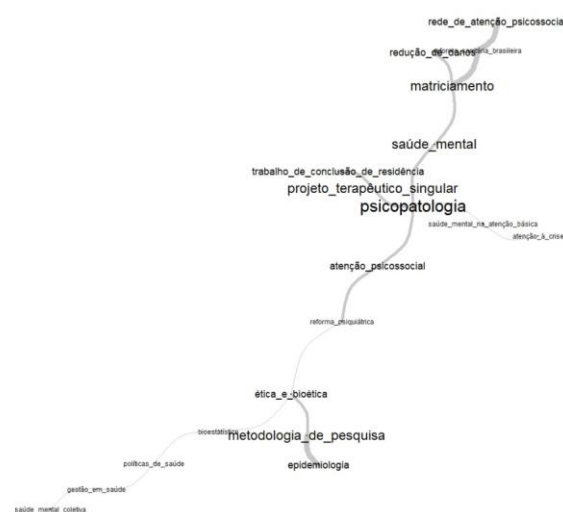
Os pressupostos clínicos, éticos e políticos da atenção psicossocial apresentam como sustentação epistemológica as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, com ênfase no cuidado em liberdade, norteando o arcabouço pedagógico dos PRMSM^{14,15,19,20}. Observou-se

que os projetos pedagógicos dos PRMSM incluídos no estudo apresentam como base estrutural os marcos referenciais e conceituais da luta antimanicomial, os quais questionam o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador, propondo o paradigma psicossocial¹⁹.

Os marcos legais que sustentam a formação pelos PRMSM baseiam-se primordialmente na Lei 10.216/01⁴ a qual redireciona o modelo de cuidado em saúde mental para o território e em perspectiva comunitária, em diálogo com os direitos humanos²¹, substituindo as práticas excludentes dos manicômios para práticas singularizadas na RAPS. Tais marcos epistemológico e legal em consonância com a Organização Mundial de Saúde suscita a reorientação da educação dos trabalhadores para o campo da atenção psicossocial^{21,22}, os quais devem dialogar com a construção de uma práxis antimanicomial.

Na análise do suporte teórico das residências, temáticas como atenção psicossocial, matriciamento, redução de danos, saúde mental coletiva, atenção à crise, saúde mental na atenção básica, projeto terapêutico singular, epidemiologia, ética e bioética são abordadas. No entanto, ao se analisar a quantidade de ocorrência das temáticas, verifica-se que a psicopatologia é a mais recorrente em todos os projetos analisados com níveis de associações com significância ($p < 0,05$) com os temas: projetos terapêuticos singulares, trabalho de conclusão de residência, saúde mental, matriciamento, rede de atenção psicossocial, redução de danos e epidemiologia (*Figura 1*)

Figura 1: Análise de Similitude produzida no *software* (IRaMuTeq versão 0.7) a partir do suporte teórico dos Projetos Pedagógicos dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental do Brasil .



Fonte: Produzida por meio do *software* (IRaMuTeq versão 0.7).

Este achado nos aponta para uma análise sobre o lugar da psicopatologia na formação em saúde mental pelas residências que ao ter visibilidade no arcabouço teórico desta modalidade de formação pode refletir a concepção biomédica e o biopoder²³ ao considerar a doença mental como o cerne do *modus operandi* no campo da saúde mental. A defesa epistemológica, política e ética das residências em saúde mental tem como premissa o questionamento do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico e medicalizador e a defesa do paradigma psicossocial^{2,9,23}. Problematisa-se, nesse sentido, os diferentes pontos de vista que a psicopatologia assume na formação em saúde mental.

Sob o ponto de vista da nosologia, do diagnóstico e da Classificação Internacional de Doenças CID-11 e DMS-5 a psicopatologia enquadra o sujeito ao nomear o seu processo de sofrimento psíquico e responde a este processo com medicalização e exclusão do convívio social²⁶. Nesse lugar, a psicopatologia se insere na definição do adoecimento mental em uma perspectiva fisiológica, sem considerar as condições de vida dos sujeitos^{6,8}.

Outro ponto de vista sobre a psicopatologia se dá na perspectiva decolonial proposta por estudiosos da reforma psiquiátrica brasileira^{6,8,24}. A doença mental passa a ser compreendida a partir da história racializada de como a loucura foi concebida como patologia da liberdade^{6,7} e, ao ser enquadrada como psicopatologia, justifica o cerceamento da liberdade das expressões de existências.

A escolha pelos referenciais decoloniais sobre a compreensão da loucura é necessária, uma vez que a colonialidade, fundante da sociedade brasileira, está para além do colonialismo, lançando luz sobre a lógica de poder^{7,8,24,25}. Se na luta antimanicomial questiona-se o manicômio para além da estrutura física asilar, a perspectiva decolonial da loucura propõe o questionamento do saber psiquiátrico como forma de expressão do colonialismo, e, portanto, das relações de poder^{6,8,20}.

A psicopatologia na centralidade da formação em saúde mental pode, portanto, reproduzir esta relação de poder, ao classificar os processos de sofrimento psíquico em diagnósticos e controlar os corpos por meio da medicalização da vida²⁹. Além disso, o debate sobre a práxis antimanicomial se dá a partir do referencial de Frantz Fanon⁷ ao questionar sobre como o racismo produz adoecimento psíquico, de modo que este constitui-se como uma

demanda coletiva e não individual, a práxis antimanicomial nesta perspectiva pode ser compreendida a partir da perspectiva decolonial^{6,7,8}.

Outro lugar que a psicopatologia pode assumir é a que possibilita a problematização desta para além da perspectiva biológica, ou seja, a doença mental deve ser compreendida em sua multidimensionalidade que permite outras possibilidades de cuidado e produção de vida, ^{6,7,27}. Esse outro lugar, a partir da perspectiva hermenêutica, compreende a importância do aprendizado sobre a psicopatologia nas residências em saúde para a produção de outros olhares sobre o processo de adoecimento mental, ou seja, compreender para questionar e produzir possibilidades de cuidado não centradas nos diagnósticos e medicalização da vida^{28,29}. Nesta posição frente às diferenças conceituais entre a psicopatologia tradicional e interpretativa hermenêutica, reitera-se que os projetos pedagógicos dos PRMSM não apresentam referenciais atuais, incluindo os internacionais no debate sobre estes lugares da psicopatologia na formação.

Além disso, os achados revelam especificidades sobre as residências em saúde mental ao apresentar níveis de associações das temáticas como Projeto Terapêutico Singular (PTS), trabalho de conclusão de residência, saúde mental, matriciamento, redução de danos, metodologia de pesquisa e epidemiologia com a psicopatologia. Ou seja, nas associações a psicopatologia se relaciona com estas temáticas em diferentes níveis, de modo que tal interligação aponta para a análise da centralidade do debate sobre a doença na produção das ferramentas e estratégias de cuidado em saúde mental.

Em um processo contra hegemônico estas ferramentas para o cuidado em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial, como matriciamento, projeto terapêutico singular e redução de danos se constituem na concepção da clínica ampliada a qual propõe um novo modo de se conceber e atuar em saúde ^{30,31,32}. Ou seja, o adoecimento psíquico é compreendido como produto do contexto social, econômico, político e cultural e a doença é apenas uma das esferas da vida do sujeito, sendo necessária a utilização de estratégias de cuidado singularizadas e pautadas na produção de vida e ampliação dos modos de existências^{15,29,33}.

Neste sentido, problematiza-se a necessidade do processo formativo ampliar o debate para além da doença, em perspectiva hermenêutica, de modo que estas ferramentas contemplem a clínica ampliada à qual lança mão de instrumentos, ferramentas e tecnologias

que tem a história de vida dos sujeitos na centralidade, como PTS, interconsultas em saúde mental, genograma, ecomapa e visitas domiciliares^{15,23,28}, abarcando o sujeito, a família e o contexto no cerne da produção do cuidado³¹.

Os achados também revelam as temáticas que apresentam as menores quantidades de ocorrências como saúde mental coletiva, gestão em saúde, políticas de saúde, reforma psiquiátrica, saúde mental na atenção básica, atenção à crise e reforma sanitária. Tais dados chamam atenção uma vez que a base epistemológica do paradigma psicossocial é o cuidado no território e em liberdade e estas temáticas constituem-se no esboço da luta antimanicomial brasileira²⁹, além de se configurarem como estratégicas para a efetivação da atenção psicossocial³⁴.

Neste cerne a concepção da saúde mental coletiva nos ajuda a pensar a saúde mental na perspectiva territorial e comunitária, resgatando a perspectiva do aquilombamento²⁴ como concepção de cuidado em saúde mental, envolvendo vínculo e corresponsabilização na atenção psicossocial ao abarcar a dimensão existencial e de trocas sociais presentes nos territórios^{28,39,30}.

Fortalecer o suporte teórico e técnico para a atuação em saúde mental na atenção básica a partir da concepção da saúde mental coletiva convoca os territórios e toda a sociedade a construir um novo olhar sobre a loucura e a diversidade³⁹. Os balizamentos éticos dessa formação, que pautam o território, devem dialogar com a diversidade, convocando uma invenção cultural³ à medida que incorpora a dimensão sociocultural da luta antimanicomial, assim como as dimensões técnico-assistencial e jurídico-política nos processos formativos.

Antimanicolonializar^{8,24} a formação em saúde mental pelas residências constitui-se enquanto debate necessário, uma vez que a aposta no cuidado em liberdade é antes de tudo uma evocação ao resgate da nossa história colonial e escravocrata enquanto sociedade brasileira que retira das pessoas as possibilidades de vivenciar suas múltiplas formas de existência e expressão da liberdade³⁹. De modo que “*não haverá Reforma Psiquiátrica plena enquanto a Luta Antimanicomial não compuser a luta antirracista interseccionada a essas outras lutas*” (p. 273)⁸.

A práxis antimanicomial se dá, portanto, a partir desta perspectiva decolonial questionando o instituído produzido pelo modelo manicomial institucional^{39,40} ao produzir

postura crítica e propositiva de outros modos de cuidado em saúde mental, em perspectiva instituinte^{27,41}.

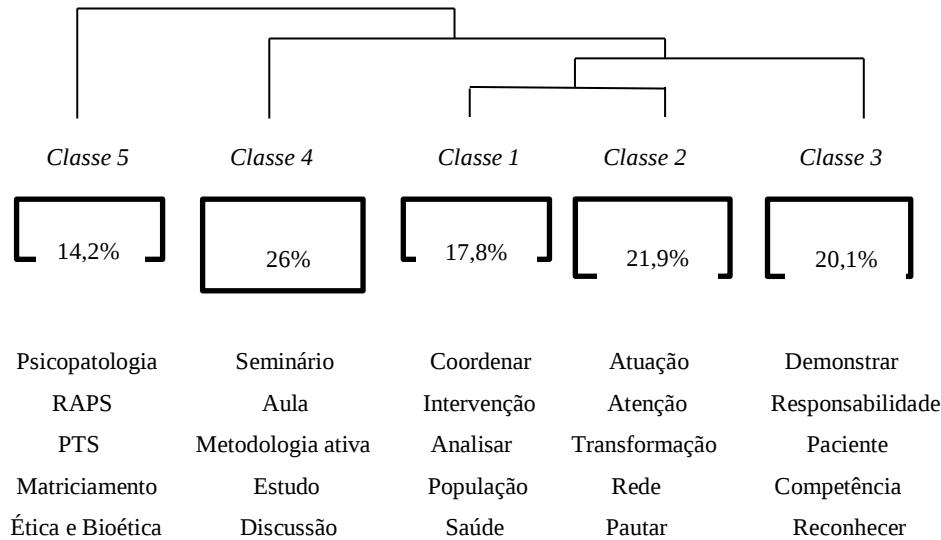
Suporte metodológico da formação em saúde mental pelos PRMSM

Todos os PRMSM apresentam 20 % de carga horária teórica e 40% de carga horária prática das 5.760h na sua estruturação pedagógica. O formato das aulas varia de cada programa, não ficando claro em cada PRMSM como se dão estas aulas, as informações giram em torno de que estas aulas teóricas são a partir de metodologias ativas, problematizações, seminários, discussões de casos, entre outras estratégias.

Deste modo, para compreender como estes PRMSM se organizam metodologicamente, realizou-se a codificação dos Projetos Pedagógicos envolvendo suporte teórico, metodológico e perfil do egresso, de modo que os dados foram tratados a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), utilizando o teste qui-quadrado (χ^2) para revelar força associativa entre as palavras e sua respectiva classe, com o valor de $p < 0,005$ ¹⁸.

Como achados, foram produzidas cinco (5) classes de análise, as quais apresentam associações em diferentes níveis (*Figura 2*). A Classe 4 (26%) apresenta maior associação com as demais classes abordando elementos do arcabouço metodológico dos PRMSM. Dentre esses, destacam-se seminários, aulas, estudos, metodologias ativas, núcleos, sessões tutoriais, problematizações, diálogo, preceptorias, tutorias, casos e oficinas.

Figura 2: Dendograma a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) produzida por meio do software (*Iramuteq* versão 0.7) a partir dos Projetos Pedagógicos dos Programas de Residências Multiprofissional em Saúde Mental do Brasil.



TCR	Núcleo	Doença	Reforma	Conhecimento
Atenção Psicossocial	Sessões Tutoriais	Ação	Realização	Clínica
Saúde Mental	Problematização	Local	Fortalecer	Avaliar
Reforma Sanitária	Diálogo	Contexto	Reabilitação	Evidência
Reforma Psiquiátrica	Preceptoria	Comunidade	Componente	Ética
Políticas de Saúde	Tutoria	Sujeito	Realidade	Especialidade
Gestão em Saúde	Casos	Plano	Articulação	Categoria
Epidemiologia	Oficinas	Conjunto	Promover	Autonomi

Fonte: Autoria própria a partir da Classificação Hierárquica Descendente produzida no *software (Iramuteq versão 0.7)*.

Legenda: RAPS: Rede de Atenção Psicossocial, PTS: Projeto Terapêutico Singular, TCR: Trabalho de Conclusão de Residência.

Este dado apresenta contribuição para o conhecimento científico à medida que dialoga com a literatura científica e descreve o suporte metodológico dos PRMSM^{9,10}. Fundamenta o arcabouço metodológico das residências, pautado nas metodologias ativas com estudos de casos, discussões, oficinas de debates, sessões tutoriais e possibilidades de problematização sobre a prática em processos de ensino-aprendizagem de maneira colaborativa e em grupos. De modo que a transformação nos modos de cuidado em saúde mental se dá pela prática, a partir da vivência cotidiana sendo o arcabouço metodológico constituído por meio da produção de sentidos a partir das experiências, em especial pela problematização do processo de trabalho, em efetivo processo de educação permanente^{3, 41}.

A interface entre educação e cuidado se constitui, portanto, nessas contínuas experimentações da produção do cuidado para o desenvolvimento de competências do campo da atenção psicossocial, tendo em vista que as formações de especialistas pelos PRMSM devem conectar-se ao modelo da atenção psicossocial vigente no país, produzindo respostas coerentes à efetivação da Política Nacional de Saúde Mental^{34,36}.

No que concerne a sustentação da transdisciplinaridade na formação, a *Classe 2* (21,9%) evidencia que a atuação em serviço busca uma transformação no processo de trabalho à medida que os residentes aprendem e transformam suas concepções sobre o trabalho em saúde mental, produzem transformações nas práticas das equipes e cotidiano dos serviços da RAPS³⁹.

Nesta aposta metodológica as residências buscam transcender os fazeres individuais, assumindo a importância do trabalho em equipe, interdisciplinaridade e o compromisso com a integralidade das ações. Parte-se da premissa de que a aprendizagem implica em redes de

saberes e experiências de modo que para fazer junto é preciso aprender junto^{3,42}, considerando a importância da articulação em rede na produção das práxis antimanicomial que ampliam o cuidado em saúde mental em perspectiva coletiva e intersetorial³⁶.

A interface da educação e cuidado em saúde mental deve, portanto, ter a concepção da saúde mental coletiva como central, à medida que envolve a cultura, esporte, lazer, arte, participação social na produção do cuidado que só é possível se acontecer no território de produção de vida dos sujeitos e coletivos, na sua dimensão existencial e de trocas sociais³⁴.

A *Classe 3 (20,1%)* aborda aspectos relacionados com o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes na formação pela residência, ao elencar o desenvolvimento de responsabilidades éticas, habilidades clínicas, competências avaliativas, entre outras, de modo que este achado sinaliza aspectos esperados para o egresso, os quais dialogam com as estratégias metodológicas da formação.

Os achados apontam níveis associativos da *Classe 3 (20,1%)* com a *Classe 2 (21,9%)* produzindo diálogos com a literatura científica ao considerar que estas competências, habilidades e atitudes esperadas na formação em saúde mental são produzidos na prática em serviço, ou seja, se a formação é pela prática é a partir dela que os residentes desenvolvem habilidades, competências e atitudes para o trabalho em equipe³.

Os achados sinalizam os caminhos do percurso formativo em diálogo com a literatura nacional e internacional apontando a importância da formação em serviço e pela prática como proposto pelas residências nas práxis. E, considerando a especificidade e complexidade do campo da atenção psicossocial reitera-se que o mesmo exige habilidade e competências transdisciplinares para a sua efetivação^{34,36}.

Em diálogo com essa análise, a *Classe 1 (17,8%)*, que aborda o desenvolvimento das ferramentas para ao trabalho em saúde mental por meio da análise da situação de saúde-doença da população, apresenta níveis associativos com a *Classe 2 (21,9%)* dialogando com a necessidade da transdisciplinaridade nas práticas em saúde mental como nos aponta as produções científicas da área da saúde mental^{34,37}.

Destaca-se ainda que a *Classe 4 (26%)* que apresentou o maior nível associativo ao abordar o percurso metodológico das residências, produz diálogos com as demais classes o que aponta a sustentação desta proposta formativa em serviço baseada na aprendizagem em

serviço^{3,21,37}, compreendendo que as formações pelos PRMSM contribuem para a própria construção ético-política e prática da atenção psicossocial¹⁹.

Por fim, a *Classe 5* (14,2%), a qual aborda aspectos teóricos da formação, sinaliza a necessidade de integração do suporte teórico com o desenvolvimento das competências, habilidades e atitudes dos residentes, produzindo conexões entre teoria e prática em busca de uma práxis antimanicomial⁷. No entanto, analisa-se que o perfil de competências, habilidades e atitudes *Classe 3* (20,1%) encontra-se distanciado dos aspectos teóricos abordados na *classe 5*. Tal dado suscita a análise sobre o suporte teórico em diálogo com as competências profissionais para o campo da atenção psicossocial, tendo em vista que o suporte teórico se encontra distanciado do desenvolvimento de competências para o campo da atenção psicossocial.

Neste sentido, problematiza-se que a estrutura curricular em formato de disciplinas pode produzir a dissociação entre as competências construídas ao longo do processo de formação. Ou seja, o modelo disciplinar de aprendizagem dos conhecimentos impacta nas habilidades interdisciplinares da produção do cuidado no campo da atenção psicossocial. E, este campo com suas especificidades e complexidade exige necessariamente o desenvolvimento de práticas transdisciplinares para sua efetivação^{34,36}.

Estes achados sinalizam a necessidade dos projetos pedagógicos produzirem diálogo com a literatura nacional e internacional^{26, 34, 41, 42,43}, ao favorecer no processo formativo o debate entre transdisciplinaridade e decolonialidade, em busca da práxis antimanicomial.

Além disso, sinaliza a necessidade de articulações dos saberes em perspectiva transdisciplinar no desenvolvimento das competências dos profissionais especialistas em saúde mental, as quais devem atender ao modelo da atenção psicossocial e do cuidado em liberdade proposto pelo SUS³⁶.

Nos projetos pedagógicos dos PRMSM verifica-se escassez no debate da literatura antirracista na formação em saúde mental do Brasil. Este analisador aponta para a problematização da inserção da literatura decolonial e antirracista no arcabouço teórico-metodológico das residências. No que se refere a literatura internacional e global, os projetos pedagógicos dialogam com os marcos legais e conceituais dos direitos humanos, em consonância com a Organização Mundial de Saúde, no entanto, tendo em vista a necessidade de atualização contínua destes projetos, o debate sobre a práxis antimanicomial em

perspectiva decolonial é escassa na proposta teórico-metodológica que encontra-se escrita nestes projetos pedagógicos.

Considerações finais

Dentre as principais conquistas da formação para a práxis antimanicomial destacam-se o debate com os direitos humanos e os marcos legais da Reforma Psiquiátrica brasileira em consonância com o cuidado singularizado e no território preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)^{21,43} os quais são abordados no arcabouço teórico-metodológico das residências. Outra conquista diz respeito a inovação produzida pelos PRMSM nos processos educativos pautados na transdisciplinaridade, redirecionando a educação dos trabalhadores para a atenção psicossocial, vigente no país.

As principais tendências consistem na necessidade de se produzir visibilidades no processo educativo sobre a perspectiva decolonial da loucura, em diálogo com o debate internacional^{42,43}. Se na lógica manicomial, o manicômio se reproduz e permanece para além da estrutura asilar, na perspectiva decolonial a colonialidade está para além do colonialismo reproduzindo-se nas lógicas de poder e exclusão social, produzindo atravessamentos nas trocas sociais e na produção da loucura, perpassadas pelas interseccionalidades (*raça/cor, gênero e classe social*). Portanto, a práxis antimanicomial suscita um devir antirracista⁸ na interface entre educação e cuidado em saúde mental.

No que concerne aos principais desafios analisa-se que a classe médica, em especial, a psiquiatria, não se insere no modelo de formação multiprofissional proposto pelas residências. Problematisa-se neste sentido, como a formação da psiquiatria é dissociada da formação para a atenção psicossocial, apresentando implicações na concepção da loucura e modos de produção do cuidado, uma vez que foi o saber psiquiátrico que produziu os manicômios e o modelo asilar de tratamento às pessoas com necessidades em saúde mental e ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Outro desafio consiste em debater sobre como o racismo científico produziu invisibilidades sobre os balizamentos científicos decoloniais da Reforma Psiquiátrica brasileira e consequentemente nos referenciais teóricos conceituais da formação dos trabalhadores para a atenção psicossocial, radicalizando a compreensão da loucura como patologia da liberdade inserida em um contexto brasileiro marcado pelo racismo e colonialismo. Este analisador possibilita compreender como as práticas asilares e de violação

dos direitos humanos produzidas nos manicômios, e atualmente atualizadas nas comunidades terapêuticas atendem à uma norma social de segregação de sujeitos e grupos historicamente excluídos das trocas sociais e da vida em sociedade.

Revela-se a necessidade de revisitação e atualização contínua dos projetos pedagógicos dos PRMSM do Brasil, tendo em vista a escassez e/ou pouca abordagem da dimensão decolonial da loucura. Como limitação do estudo aponta-se a análise dos projetos pedagógicos de 17 PRMSM do Brasil, que aceitaram participar do estudo, não contemplando todos os PRMSM em funcionamento. Reitera-se que os projetos se configuram como o modelo idealmente proposto das estratégias teórico-metodológicas, sendo necessário o aprofundamento das análises a partir de estudos com os atores (*coordenadora (e) s, tutores, preceptores e residentes*) na compreensão da efetivação deste arcabouço pedagógico em ato.

A práxis antimanicomial como questionamento da lógica de poder aproxima o debate antimanicomial com o decolonial, apresentando a questão racial na centralidade do adoecimento mental dos sujeitos e coletivos, sendo necessária a inclusão e aprofundamento desta temática nos projetos pedagógicos dos PRMSM do Brasil. Defende-se que o caminho para a práxis antimanicomial se dá a partir da compreensão da gênese da loucura e dos processos de exclusão em perspectiva decolonial, antirracista, anticapacitista e em processos de aquilombamento, afinal cuidar em liberdade exige um território existencial de produção de vida e ampliação dos modos de subjetividades nos circuitos de trocas sociais.

Referências

1. Brasil. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 01 jul.
2. Nunes M, Torrenté M, Prates A, organizadores. *O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental*. Salvador: UFBA; 2015.
3. Ceccim RB. Residências em saúde na perspectiva da colaboração interprofissional: aspectos teórico-práticos das residências em saúde. In: Gomes DF, Dias MAS, Gadelha AKS, Cavalcante VOM, Martins AF, organizadores. *(Trans)formações das residências multiprofissionais em saúde*. Sobral: Edições UVA; 2020. p. 43-60.

4. Brasil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr.
5. Passos RG. Holocausto ou navio negreiro? Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argum* 2018; 10(3):10-22.
6. Passos RG. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo. *Soc Debate* 2019; 25(3):74-88.
7. Fanon F. *Pele negra, máscaras brancas*. São Paulo: UBU Editora; 2020.
8. David EC, Vicentin MCG, Schucman LV. Desnortear, aquilombar e o antimanicolonial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] 2023 [acessado 2024 Fev 18]. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desnortear-aquilombar-e-oantimanicolonial-tres-ideiasforca-para-radicalizar-a-reforma-psiquiatrica-brasileira/18882>.
9. Onocko-Campos RT, Emerich BF, Ricci E. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e170813.
10. Emerich BF, Onocko-Campos RT. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e170521.
11. Coelho TAD, Nunes MO, Barreto SMG, organizadores. *Residência em saúde mental: educando trabalhadores para a atenção psicossocial*. Salvador: EDUFBA; 2017.
12. Antonelli J, Emerich BF. Entre o cuidado e o controle: reflexões sobre cuidado em Saúde Mental. *Rev Psico Unesp* 2020; 19(esp):206-219.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 21 maio.
14. Amarante P. *Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil*. São Paulo: Zagodoni Editora; 2021.
15. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Polis Psique* 2018; 8(1):173-190.
16. Oliveira E, Szapiro A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. *Saúde debate* 2020;44(3):15-20.

- 17.Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP* 2018; 52:e03353.
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
19. Ferreira TPS, Noro LRA. Formação em saúde mental pelas residências multiprofissionais: contexto de contrarreforma psiquiátrica e defesa da atenção psicossocial. *Saúde Soc* 2023; 32(supl 2):e230303pt.
- 20.Gomes DF, Dias MAS, Gadelha AKS, Cavalcante VOM, Martins AF, organizadores. *(Trans)formações das residências multiprofissionais em saúde*. Sobral: Edições UVA; 2020.
21. World Health Organization (WHO). *Guidance on community mental health services: promoting personcentred and rights-based approaches* [internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Jan 1]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>
22. World Health Organization (WHO). *World mental health report: transforming mental health for all* [internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Jan 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
23. Passarinho JGN. Retrocessos na política nacional de Saúde Mental: consequências para o paradigma psicossocial. *Em Pauta* 2022;20(49):65-80.
- 24.David EC. Aquilombar a cidade: território, raça e produção de saúde em São Paulo. *Rev Centro Pesq Form* 2020;(10):140-158.
25. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 41. ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes; 2014.
- 26.Benetti AS, Emerich BF, Ricci EC, Onocko-Campos RT. Existência e resistência dos corpos loucos: o corpo em processo e a reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc* 2020; 29(4): e190777.
27. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde debate* 2019; 43(Spe.6):70-81.
28. Paladino L, Amarante PDC. A dimensão espacial e o lugar social da loucura: por uma cidade aberta. *Cienc Saude Colet* 2022; 27(1):7-16.
- 29.Torre E, Amarante P. Saúde Mental, Direitos Humanos e Justiça Ambiental: A Quimicalização da Vida como uma questão de violação aos direitos humanos decorrente da intoxicação institucionalizada. *Saúde debate* 2022; 46(Esp.2):327-344.
30. Dimenstein M, Macedo JP, Silva BIBM. Capacidade de resposta do NASF em saúde mental. *Physis* 2023; 33: e33017.

31. Onocko-Campos RT, Tanaka OY. O Sistema Único de Saúde e o projeto civilizatório: cenários, alternativas e propostas. *Cad Saúde Pública* 2021; 37(6):e00116621.
32. Dimenstein M, Macedo JPS, Fontenele MG. Atenção psicossocial nos serviços de atenção primária à saúde - desafios à integração no Brasil. *Mental* 2022; 14(25):1-13.
33. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
34. Araújo TM, Torrenté MON. Saúde Mental no Brasil: desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes. *Epidemiol Serv Saúde* 2023;32(1):e2023098.
35. Amaral CEM, Onocko-Campos RT. Redes de saúde mental de quatro grandes municípios brasileiros: investigando Atenção Primária à Saúde, CAPS e atenção à crise. In: Castro CP, Campos GWS, Fernandes JA. *Atenção Primária e Atenção Especializada no SUS*. Hucitec; 2021. p. 203-224.
36. Associação Brasileira em Saúde Coletiva (ABRASCO). *Cartilha: subsídios a programas e planos de gestão em defesa do cuidado territorial e em liberdade para a saúde mental* [internet]. Rio de Janeiro: ABRASCO; [2023] [citado 2023 Fev 23]. Disponível em: https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/sites/17/2022/11/cartilha_ABRASCO-digital-colorida.pdf
38. Almeida SA, Merhy EE. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética antimanicomial em ato. *Rev Psico Polít* 2020; 20(47):65-75.
39. Dias JVS, Amarante PDC. Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado. *Saúde debate* 2022; 46(132):188-199.
40. Lourau R. Pequeno manual de análise institucional. In: Altoé S, organizador. *René Lourau: Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec; 2004.
41. Fernandes TM. Epistemologia Decolonial e seus desdobramentos: desafios e possibilidades no ensino. *Rev favor iguald racial* 2023;6(3):161-174.
42. World Health Organization (WHO). *Mental health atlas 2020* [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Jan 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
43. World Health Organization (WHO). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Jan 1]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029eng.pdf?sequence=1>

5.3 Artigo 3- *Formação em saúde mental na atenção básica: o que dizem coordenadoras/es das residências multiprofissionais do Brasil?* (EM AVALIAÇÃO pela Revista Interface Comunicação, Educação e Saúde, Qualis A3).

Formação em saúde mental na atenção básica: o que dizem coordenadoras/es das residências multiprofissionais do Brasil?

Training in mental health in primary care: what do coordinators of multiprofessional residencies in Brazil say?

Formación en salud mental en atención primaria: qué dicen los coordinadores de residencias multiprofesionales en Brasil?

Resumo

As Residências Multiprofissionais em Saúde Mental são estratégicas na atenção psicossocial. Aborda-se a educação de trabalhadoras/es para práticas em Saúde Mental na Atenção Básica a partir das/es coordenadora/es das residências do Brasil. Trata-se de estudo qualitativo com entrevistas a 17 coordenadoras/es. Os dados encontram-se em categorias: Cenários de ensino-aprendizagem; Atenção Básica e Território na Rede de Atenção Psicossocial; Ferramentas e Tecnologias em Saúde Mental na Atenção Básica; e, Formação de novas subjetividades para práticas em Saúde Mental na Atenção Básica. Os avanços direcionam-se para a inserção nos territórios existenciais. As tendências dialogam com a agenda atual política de saúde mental antirracista. Os desafios consistem no risco da formação em Hospitais de Custódia e Hospitais Psiquiátricos. Conclui-se que as residências ao suscitarem novas subjetividades para o trabalho no território, oxigenam a atenção psicossocial dialogando com a dimensão sociocultural da luta antimanicomial.

Palavras-chave: Saúde mental; Atenção básica à saúde; Sistema único de saúde; Educação interprofissional.

Abstract

Multiprofessional Residencies in Mental Health are strategic in psychosocial care. The education of workers for Mental Health practices in Primary Care is approached from the coordinators of residences in Brazil. This is a qualitative study with interviews with 17 coordinators. The data is in categories: Teaching-learning scenarios; Basic Care and Territory in the Psychosocial Care Network; Tools and Technologies in Mental Health in Primary Care; and, Formation of new subjectivities for Mental Health practices in Primary Care. Advances are directed towards insertion in existential territories. The trends are in line with the current anti-racist mental health policy agenda. The challenges are the risk of training in Custodial Hospitals and Psychiatric Hospitals. It is concluded that residences, by raising new subjectivities for work in the territory, oxygenate psychosocial care by dialoguing with the sociocultural dimension of the anti-asylum struggle.

Key-word: Mental health; Primary health care; Unified health system; Interprofessional education.

Resumen

Las Residencias Multiprofesionales en Salud Mental son estratégicas en la atención psicosocial. La formación de trabajadores para prácticas de Salud Mental en Atención Primaria es abordada desde los coordinadores de residencias en Brasil. Se trata de un estudio cualitativo con entrevistas a 17 coordinadores. Los datos están en categorías: Escenarios de enseñanza-aprendizaje; Atención Básica y Territorio en la Red de Atención Psicosocial; Herramientas y Tecnologías en Salud Mental en Atención Primaria; y, Formación de nuevas subjetividades para las prácticas de Salud Mental en Atención Primaria. Los avances se orientan hacia la inserción en territorios existenciales. Las tendencias están en consonancia con la actual agenda política antirracista de salud mental. Los desafíos son el riesgo de la formación en Hospitales de Custodia y Hospitales Psiquiátricos. Se concluye que las residencias, al suscitar nuevas subjetividades para el trabajo en el territorio.

Palabras-clave: Salud mental; Atención básica; Sistema único de salud; Educación interprofesional.

Introdução:

Os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, instituídos pela Lei 11.129/2005, constituem-se como modalidade de educação em serviços estratégicos no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Dentre esses, os Programas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental (PRMSM) configuram-se enquanto área prioritária por situar-se na arena de disputas entre o paradigma psicossocial e o paradigma psiquiátrico medicalizador, envolvendo interesses corporativistas e mercadológicos².

Os PRMSM do Brasil denunciam esses interesses mercadológicos no campo da Saúde Mental, o qual durante décadas operou na lógica da mercantilização da loucura, atendendo os interesses da psiquiatria³ a qual ao criar os manicômios justifica um modelo de tratamento em Saúde Mental pautado na exclusão social, por meio de práticas asilares e medicalizadoras do sofrimento psíquico⁴.

No cerne da reorientação da atenção em Saúde Mental no Brasil que passa pelo Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com aparato na Lei 10.216/01⁵, a qual redireciona o modelo de cuidado em saúde mental para o comunitário, os desafios se configuram nas dimensões científico-epistemológica, jurídico-política, assistencial e, sobretudo sociocultural⁶ compreendendo a historicidade da sociedade brasileira, marcada pela colonização e violação de direitos humanos.

A dimensão sociocultural da luta antimanicomial envolve a radicalidade da desinstituiconalização da loucura nos territórios, de modo que seja possível conviver e produzir trocas sociais com a diversidade^{6,7}. É nessa produção de operar outro modo de compreender e atuar em Saúde Mental que os PRMSM se propõem na sua estrutura ético-política e teórico-metodológica⁸. Nessa dimensão, as/os coordenadoras/es desses programas ocupam papel estratégico na condução da formação para a atenção psicossocial no SUS.

Estudo realizado por Ferreira e Noro⁹ sinaliza que os projetos pedagógicos dos PRMSM do Brasil apresentam pouca ocorrência da temática de Saúde Mental na Atenção Básica, no arcabouço teórico. Compreendendo que os projetos pedagógicos se configuram como modelo idealmente proposto da formação de trabalhadoras/es para a atenção psicossocial, torna-se necessário o aprofundamento das análises a partir de estudos com as/os coordenadoras/es desses programas para a compreensão da efetivação do arcabouço pedagógico em ato^{8,9}.

O presente estudo tem como objetivo abordar a educação de trabalhadoras/es para práticas em Saúde Mental na Atenção Básica a partir das/es coordenadora/es dos PRMSM do Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório analítico¹⁰, no qual se realizou entrevista semiestruturada com coordenadoras/es de 17 PRMSM do Brasil, dos quais 8 encontram-se na região Nordeste, 1 na região Norte, 2 na região Centro-oeste, 4 na região Sudeste e 2 na região Sul, envolvendo 14 estados e o Distrito Federal.

Para a identificação do quantitativo de PRMSM em funcionamento no Brasil realizou-se o mapeamento desses programas por meio de solicitação via Plataforma Fala Brasil do Ministério da Educação (protocolo nº_23546043061202132) e contatos via e-mail com o Fórum Nacional de Residências. Foi possível identificar 43 PRMSM ativos, dos quais 16 vinculados às Instituições de Educação Superior (IES) Federal, 19 em IES Estaduais e Escolas de Saúde Pública (ESP) e 8 desenvolvidos em Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Considerando os critérios de inclusão relacionados ao vínculo com IES públicas federais e estaduais e ESP, 35 PRMSM foram elegíveis ao estudo. Todos foram convidados a participar do estudo via e-mail, mediante apresentação da pesquisa. Foram realizados seis convites para cada Programa, na perspectiva de inclusão do maior número possível de PRMSM no estudo. Dos 35 PRMSM elegíveis, 17 aceitaram participar do estudo mediante envio da anuência.

A escolha metodológica pelas entrevistas com as/os coordenadoras/es dos PRMSM se deu tendo em vista estas/es serem estratégicas/os na condução e articulação das residências em diálogo com os projetos pedagógicos. As entrevistas com as/os coordenadoras/es aconteceram via plataforma *google meet*, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização de Gravação, conforme preconizado pela Resolução CNS n. 466/2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer [eliminado para efeitos da revisão por pares].

Das/os 17 coordenadoras/es dos PRMSM que participaram do estudo, onze declararam-se do sexo feminino e seis do sexo masculino. O período das entrevistas aconteceu entre setembro a outubro de 2023. Em relação aos núcleos profissionais das/os coordenadoras/es envolveu a psicologia, terapia ocupacional, farmácia, enfermagem, serviço social e nutrição.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se entrevista semiestruturada, no qual constavam perguntas sobre a formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM e diálogos com as estratégias teórico-metodológicas, cenários de práticas, campo da atenção psicossocial e a formação pelos PRMSM em contextos de desmontes da PNSMAD. As

entrevistas foram gravadas a partir do recurso de gravação do *google meet* e armazenadas em computador pessoal seguindo as orientações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

As dezessete entrevistas foram transcritas por meio do recurso de transcrição do *google drive*. Foram utilizados pseudônimos aleatórios (nomes de pássaros) para cada participante garantindo a privacidade. Foi utilizado o software Atlas ti para a análise das entrevistas, a qual se deu por meio do processo de codificação envolvendo unidades de registro, códigos e categorias. Utilizou-se a análise temática a partir da emergência das categorias¹⁰.

Resultados e Discussão

A educação de trabalhadoras/es para práticas em Saúde Mental na Atenção Básica a partir das entrevistas, dialogam com os eixos da aprendizagem que passa pela experiência como acontecimento, ou seja, aquilo que passa, que toca e acontece¹¹. Ou seja, a aprendizagem sobre Saúde Mental na Atenção Básica, envolve a experimentação do mundo do trabalho através da inserção dos residentes nos serviços, compreensão sobre a dimensão do território e Atenção Básica na RAPS e conhecimento das Tecnologias e Ferramentas do cuidado. Nesse movimento de inserção e experimentação, a educação pelos PRMSM suscita a construção de outras subjetividades na formação de trabalhadoras/es que desenvolvam práticas em Saúde Mental na Atenção Básica.

Nesse sentido, a educação de trabalhadoras/es para práticas em Saúde Mental na Atenção Básica na perspectiva das/os coordenadoras/es encontra-se organizada nas categorias: Cenários de ensino-aprendizagem; Atenção Básica e Território na formação para a RAPS; Ferramentas e Tecnologias em Saúde Mental na Atenção Básica e Formação de novas subjetividades para práticas em Saúde Mental na Atenção Básica.

Cenários de ensino-aprendizagem

Os cenários de ensino-aprendizagem constituem-se como parte das estratégias metodológicas dos PRMSM, à medida que a experiência se constitui como eixo transversal da aprendizagem para o trabalho na atenção psicossocial¹². Nesse sentido, os serviços da RAPS

constituem-se enquanto campos de prática das residências possibilitando experimentações nas interfaces entre educação e trabalho¹³.

No que concerne aos cenários de ensino-aprendizagem, dos dezessete PRMSM incluídos no estudo, dez apresentam a Atenção Básica como cenário de ensino aprendizagem e sete não apresentam a Atenção Básica como cenário obrigatório, no entanto, as/os coordenadoras/es relatam que produzem interseções e diálogos com a Atenção Básica, a partir dos estágios optativos e/ou inserção a partir de outros serviços da RAPS.

Nas entrevistas com as/os coordenadoras/es dos PRMSM do Brasil, essas/es apontaram os serviços que constituíam-se enquanto cenários de ensino-aprendizagem dos residentes, envolvendo a atenção básica em saúde: Unidades de Saúde da Família (USF), equipes de Consultório na Rua (eCR), Centros de Convivência e Cultura (CECO); atenção psicossocial estratégica: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em diferentes modalidades : CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS infanto-juvenil; atenção hospitalar: Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral; monitoramento e avaliação da RAPS: Gestão em Saúde Mental . Além de outros serviços não integrantes da RAPS como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e Hospitais Psiquiátricos (HP). E, serviços da Assistência Social como os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS).

As vivências na atenção básica pelos residentes constituem-se nos territórios em diferentes serviços como USF, eCR e CECO. Esses espaços são estratégicos pelo diálogo com a desinstitucionalização do cuidado em Saúde Mental, uma vez que se encontram próximos aos territórios de trocas sociais e da vida cotidiana das pessoas com necessidades em Saúde Mental e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas¹⁴.

A inserção dos residentes em Saúde Mental na Atenção Básica é estratégica na efetivação do cuidado em liberdade, uma vez que possibilita sua aproximação com o contexto de vida das pessoas¹⁵. Tal experiência amplia-se nas eCR, que tem como proposta produzir práticas de cuidado às pessoas que vivem em situação de rua.

“conta com o consultório na rua que é uma vivência nova para os residentes... é uma oportunidade de abordagem da Saúde Mental ímpar na política do SUS... Muito inovadora...” (Andorinha)

A inovação dessa abordagem no cuidado em Saúde Mental se amplia com a inserção dos residentes nos CECO, dispositivos estratégicos da RAPS em perspectiva intersetorial com o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Têm como intuito possibilitar espaços de convivência entre os usuários, comunidade e sociedade civil por meio da ocupação dos espaços da cidade, pela cultura, arte, lazer, ampliando os níveis de pertencimento social ao território das pessoas com demandas em Saúde Mental e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas¹⁶.

“... a gente inseriu os Centros de Convivência e Cultura, tentando deixar os cenários mais diversos possíveis, para não ficar centrado só nos equipamentos de saúde. A gente quer trabalhar com os equipamentos culturais”. (Beija-flor)

A dimensão sociocultural da RPb deve ser balizadora da educação de trabalhadoras/es para as práticas em Saúde Mental na atenção básica, uma vez que a desinstitucionalização passa pela possibilidade de circulação das pessoas nos espaços de vida comunitária e convivência com a loucura e diversidade^{6,9}.

Os sete PRMSM que não apresentam a Atenção Básica como cenário instituído no projeto pedagógico, relataram as dificuldades que impedem essa inserção, que passa pelo desmonte do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)^{17,18}, falta de compreensão das equipes de Saúde da Família (eSF) sobre o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, privatizações municipais das USF, desmonte da PNAB e inserção expressiva das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) nas USF, o que dificulta a inserção dos residentes dos PRMSM nos espaços devido ao quantitativo de residentes em uma mesma USF.

“eu acho curioso que nós temos essa dificuldade de inserir o cenário de Saúde Mental na atenção básica. É bem desafiador porque não tem nem o quadro de pessoal da equipe de Saúde da Família e NASF” (*Bandoleta*).

Aponta-se o desfinanciamento do NASF a nível federal por meio da Portaria 1.397/19, a qual descredencia os NASF-AB por não cumprimento de prazo estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica¹⁷. Essa portaria soma-se ao processo de contrarreforma psiquiátrica vivenciado no período de 2016 a 2022 no Brasil¹⁸.

Verifica-se que, mesmo com essas dificuldades, os PRMSM que não apresentam a Atenção Básica como cenário instituído no Projeto Pedagógico do programa, buscam produzir diálogos sobre rede e território como conceitos operadores do cuidado em Saúde Mental, ou seja, ampliando a dimensão para além do nível dos serviços.

“... mesmo tendo dificuldades de inserção dos residentes na atenção básica isso não quer dizer que ele não tem uma vivência de trabalho colaborativo, intensivo com a rede territorial, pois rede e território são conceitos operadores do cuidado em Saúde Mental”. (Beija-flor)

As/os coordenadoras/es defendem que mesmo não apresentando essa vinculação direta com a atenção básica no sentido de estarem presentes nas USF, por exemplo, os residentes são instigados a ampliar o olhar no cuidado em Saúde Mental por meio da construção dos PTS, visitas domiciliares, discussões de casos.

No que se refere à inserção nos cenários de práticas dos CAPS em suas diferentes modalidades, as/os coordenadoras/es destacam que esses espaços são estratégicos na RAPS, configurando-se como dispositivos comunitários, em diálogo com a Atenção Básica.

“... perspectiva do cuidado em Saúde Mental na atenção básica é sempre a partir do usuário... os CAPS são muito próximos das escolas, das associações de bairro” (Guarda-floresta).

No entanto, apesar da importante inserção dos PRMSM nos dispositivos da RAPS, merece destaque, dentre os cenários de prática, os HCTP e HP como campos de ensino-aprendizagem de PRMSM que apresentam como premissas balizadoras o movimento da luta antimanicomial e o cuidado em liberdade⁶, refletindo a disputa de modelos na atenção em saúde mental e a existência do modelo hospitalocêntrico, produzindo contradições na formação de trabalhadoras/es que ao se deparar com um cenário asilar e manicomial, o qual distancia-se dos pressupostos antimanicomiais da atenção psicossocial, como se observa na fala:

“O cenário que temos desde o início é o Hospital Psiquiátrico. Desde o início que começou esse programa em 2016 o debate era sobre a existência de um cenário manicomial dentro de um programa de perspectiva antimanicomial...o único lugar que eles ficam três meses é o hospital psiquiátrico...” (Andorinha).

Problematiza-se nesse sentido a existência dos HP como campo de práticas de um PRMSM que tem início em 2016, sendo contraditório aos pressupostos da reorientação da

formação de trabalhadoras/es para a atenção psicossocial, a qual apresenta aparato na Lei nº 10.216/2001⁵ e portarias, dentre elas a Portaria nº 3.088/2011¹⁶ da RAPS. Ou seja, mesmo com legislações anteriores a abertura do programa que reorientam o cuidado em Saúde Mental para o território e comunidade, o HP encontra-se como campo de práticas.

As instituições asilares que historicamente constituem-se enquanto espaços de violação de direitos humanos¹⁹ e cidadania das pessoas com necessidades em Saúde Mental e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas têm sustentação no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), o qual se encontra enraizado em práticas e modos de se lidar com a loucura. Esse paradigma encontra solo fértil nas instituições asilares, que tem como característica primordial o tratamento por meio da exclusão social²⁰. Tal realidade se reproduz nos HCTP, como se observa na fala abaixo.

“os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que é um lugar muito fechado, a gente entra lá com os residentes” (Beija-flor)

Problematiza-se nesse sentido, o lugar das instituições asilares, com características manicomiais na educação de trabalhadoras/es para a atenção psicossocial. Esse lugar pode ser visualizado a partir de diferentes pontos de vista. O primeiro diz respeito à própria manutenção dessas instituições totais²¹, contribuindo para a subsistência do *statu quo*, sem questionar a violação de direitos e impactos na subjetividades da (o)s usuária (o)s que são “tratados” nesses espaços manicomiais¹⁹.

Outro ponto de vista sobre a inserção dos PRMSM nos HCTP e HP deve ter a desinstitucionalização⁶ enquanto premissa balizadora da atuação dos residentes nesses espaços, na perspectiva da desospitalização das pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e as que estão em conflito com a lei, no caso dos HCTP. Destaca-se que a Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) a qual instituiu a Política Antimanicomial no Sistema Judiciário determinou o fechamento de todos os 32 HCTP's existentes no Brasil com prazo para desativação até maio de 2024²².

Problematiza-se os significados da permanência dos PRMSM nessas instituições manicomiais, tendo em vista que à medida que optam por esses espaços como campo de

prática devem apresentar compreensão do papel que desenvolvem nessas instituições, com balizamentos ético-políticos pautados na desinstitucionalização^{18,20}.

Atenção Básica e Território na RAPS

A Portaria nº 3.088/2011¹⁶ dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seu funcionamento em níveis de complexidade envolvendo a atenção básica, atenção especializada estratégica, urgência e emergência e atenção hospitalar. No modelo organizativo da RAPS, os CAPS constituem-se enquanto dispositivos ordenadores do cuidado comunitário. No entanto, essa orientação organizativa de rede merece questionamento, como apontado pelas/os coordenadoras/es do PRMSM, uma vez que a atenção básica é a ordenadora do cuidado em saúde nos territórios¹⁵.

“O CAPS é ordenador da Saúde Mental dentro do território, mas essa é uma perspectiva que cabe questionamento quando a gente tem uma APS que é ordenadora da Saúde dentro do território... Quem está mais próximo da vida das pessoas? E então, não dá para a gente ficar nessa perspectiva de CAPS centrado...”. (Andorinha)

Nesse sentido, a dimensão do território ganha novos contornos na RAPS à medida que não deve direcionar as práticas de um único serviço, mas sim de todos os dispositivos da rede. Ou seja, a centralidade do cuidado comunitário não deve pautar-se apenas nos CAPS, correndo-se o risco desses serviços reproduzirem a lógica de institucionalização da vida dos sujeitos em sofrimento psíquico e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, com restrição dos circuitos de trocas sociais dos usuários apenas à rotina diária desse dispositivo²³.

Ao contrário, os objetivos do CAPS no cerne da RPb direcionam-se para a viabilização da desinstitucionalização do cuidado em Saúde Mental e não a institucionalização. São dispositivos estratégicos para a reorientação do modelo de atenção em Saúde Mental à medida que potencializam a contratualidade social do usuário e ofertam apoio matricial em Saúde Mental para as equipes da Atenção Básica^{15, 23}.

A compreensão pelos residentes dos PRMSM da dimensão de rede e suas implicações para o cuidado no território perpassa pelas vivências de mapeamento dos territórios e seus equipamentos de suporte social. Ou seja, a produção do cuidado em Saúde Mental deve se dar para além dos muros institucionais²³.

“Quando os residentes têm uma primeira aproximação com o território, com a Atenção Básica, vai ser muito mais fácil de pensar em estratégias que não sejam a nível dos serviços. A gente também pode reproduzir essa lógica de segregação das pessoas que está muito enraizada”(Rouxinol)

Nesse sentido, ao abrir-se ao mundo vivo da cidade, as práticas em Saúde Mental ampliam suas possibilidades, numa clínica ampliada, produzindo cuidados para além do sofrimento psíquico, se ocupando com a produção de vida das pessoas^{23, 24}.

O cuidado no território suscita mudanças no valor social da loucura com ampliação dos espaços de circulação dos usuários à comunidade. Essa dimensão sociocultural da luta antimanicomial, alinhada as dimensões científico-epistemológica, jurídico-política e técnico-assistencial produz movimentos micropolíticos no qual a diferença possa gerar diversidade e não desigualdades^{6, 24}.

Nesse sentido, a compreensão das desigualdades sociais é compreendida no âmbito da luta antimanicomial como geradora de sofrimento psíquico, sendo imprescindível o debate sobre a perspectiva decolonial da loucura^{25,26} na formação em Saúde Mental pelos PRMSM, assim como a necessidade de ampliação sobre os impactos das violências presentes nos territórios nos processos de sofrimento psíquico dos sujeitos e coletividades.

“É necessário que os residentes reconheçam que as interseccionalidades e os determinantes sociais são inegociáveis no cuidado em Saúde Mental... Que eles consigam perceber que o trabalho no território e em rede é muito além dos equipamentos centrados na saúde.” (Beija-flor)

As interseccionalidades, envolvendo raça, gênero e classe social convocam a perspectiva da compreensão da multidimensionalidade do sofrimento psíquico e a evocação da história colonial vivenciada pela sociedade brasileira^{25,26} à medida que o caminho para a práxis antimanicomial se dá a partir da compreensão da gênese da loucura e dos processos de exclusão em perspectiva decolonial, antirracista em processos de aquilombamento²⁷. Ou seja, o cuidado em liberdade enquanto premissa balizadora da luta antimanicomial exige a constituição de territórios de produção de vida, os quais ampliam os modos de existência dos sujeitos, pautados na autonomia de circular pelos espaços das cidades.

Tecnologias e Ferramentas em Saúde Mental na Atenção Básica

No que se refere à formação pelos PRMSM para práticas em Saúde Mental na Atenção Básica, as/os coordenadoras/es relatam tecnologias e ferramentas que são abordadas na formação, dentre as quais destacam-se acolhimento, escuta qualificada, matriciamento, interconsultas, visitas domiciliares, projetos terapêuticos singulares (PTS) e educação popular.

“As ações integradas com a comunidade e com os agentes comunitários de saúde, sempre em uma perspectiva multiprofissional, estão no foco da atenção básica. São ações articuladas dentro da perspectiva de projeto terapêutico singular, aquela ideia de discussão em equipe”. (Pardal)

Nesse sentido, a educação de trabalhadoras/es para as práticas em Saúde Mental na atenção básica envolve o desenvolvimento de expertises para operar tecnologias de cuidado, principalmente as tecnologias leves que se dão em âmbito relacional, no encontro entre trabalhador/a de saúde e usuário/a nos serviços do SUS, envolvendo o debate sobre interprofissionalidade e transdisciplinaridade no processo formativo¹¹.

“A gente quer que o residente chegue na atenção básica e aprenda a fazer escuta qualificada. É essencial para um profissional de Saúde Mental a escuta, o acolhimento, compreensão da rede... Têm pessoas que estão em sofrimento e/ou transtornos mentais, que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas na atenção básica... E trabalhar com a equipe dos profissionais da USF que não compreende a Saúde Mental na Atenção Básica é muito desafiador” (Calopsita).

Destaca-se nesse cerne a importância dos profissionais da atenção básica se compreenderem como parte da RAPS, tendo em vista que existem impasses no desenvolvimento das práticas de cuidado em Saúde Mental pela necessidade de educação permanente da eSF, apoio matricial e construção compartilhada do cuidado com os serviços especializados estratégicos, os CAPS¹⁵.

“Quando eles começam o percurso para o serviço especializado, eles já têm esse contato com a Atenção Primária. E não é só esse de conhecer... mas como acionar o matriciamento... Ele é muito vivo!” (Rouxinol)

Outro elemento de relevância para discussão sobre Saúde Mental na Atenção Básica, diz respeito à hipermedicalização do sofrimento psíquico nas USF. Destaca-se essa realidade na fala das/os coordenadoras/es entrevistada/os.

“É preciso olhar a Saúde Mental com a atenção básica de forma mais horizontal e transversal... Quantos problemas do campo da Saúde Mental ocupam dentre os adoecimentos, os transtornos comuns, como ansiedade generalizada, depressão, tentativa de suicídio, automutilação, fobia? É uma

agenda aberta que a gente precisa olhar para de fato construir tecnologias de trabalho mais colaborativas de rede com atenção básica para dar suporte porque senão a gente corre o risco do aumento da medicalização (Beija-flor).

Ressalta-se a necessidade da formação discutir e construir estratégias de cuidado junto às pessoas que apresentam transtornos mentais comuns. Essas pessoas buscam as USF e suas demandas são atendidas via prescrição de ansiolíticos e antidepressivos, correndo-se o risco do uso prejudicial da medicação¹¹. Esse processo tem como saída a compreensão dos contextos de vida que produzem adoecimento, em perspectiva coletiva e não apenas individual.

“É uma reeducação. O ser humano quer passar a dor logo, então toma logo o remédio para passar a dor das questões sociais, da fome, da pobreza... Nós tivemos uma pandemia e o atendimento no ambulatório de psiquiatria foi o que prevaleceu” (Canário).

Problematiza-se nesse sentido que a medicalização do sofrimento é produto das situações de vulnerabilidade social que geram fome, pobreza e outras formas de vulnerabilização dos sujeitos. Comer remédio é uma das saídas colocadas pelo capitalismo periférico que produz adoecimento mental em larga escala e se retroalimenta desses adoecimentos por meio da indústria farmacêutica²⁸.

Na contramão da discussão sobre a Saúde Mental Coletiva, a hipervalorização das ações especializadas de âmbito individual, como o aumento de atendimentos ambulatoriais de psiquiatria reitera a centralidade da psicopatologia nas práticas em Saúde Mental. Tal realidade convoca o debate sobre as disputas entre paradigmas no âmbito da Saúde Mental, à medida que a centralidade na doença é uma das dimensões pautadas pelo Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador.

Estudo realizado por Ferreira e Noro⁹ sinaliza que os projetos pedagógicos dos PRMSM do Brasil apresentam nas suas propostas teóricas maior ocorrência da temática da Psicopatologia, associando-se com as ferramentas e estratégias de cuidado em Saúde Mental, ou seja, as práticas se constituem a partir da ‘doença’ e menor ocorrência da temática de Saúde Mental na Atenção Básica, no arcabouço formativo.

Formação de novas subjetividades para práticas em Saúde Mental na Atenção Básica

As/os coordenadoras/es dos PRMSM apontam que os residentes trazem oxigenação para as práticas nos serviços, uma vez que se constituem enquanto uma experimentação do mundo do trabalho, a qual deve possibilitar a inventividade da práxis em Saúde Mental na Atenção Básica.

“Os residentes como esperança do serviço..., mas às vezes acabam respondendo a uma necessidade do trabalho, cumprindo funções que seriam do trabalhador e com pouca margem para inventividade e criação de outras experiências para além daquela rotina que já está estabelecida pelo serviço... os residentes trazem essa energia e oxigenação, inclusive a sustentação de uma política que está em constante disputa” (Anumará).

No entanto, à medida que possibilita aos residentes esse “mergulho” no mundo do trabalho, podem também ser capturados pelos processos de precarização, assim como constituírem-se enquanto mão-de-obra para os serviços, retirando as possibilidades criativas e inventivas no processo de ensino-aprendizagem.

O campo da atenção psicossocial suscita essa criatividade e transformações, de modo que os residentes inovam e renovam as concepções sobre o cuidado²⁹ produzindo outros olhares, ideias e perspectivas que podem produzir mudanças nas práticas em Saúde Mental na Atenção Básica.

Os PRMSM e o seu processo instituinte por meio da ‘invenção cultural’³ dialoga com a dimensão sociocultural da luta antimanicomial, envolvendo a dimensão do território. Nesse sentido a RPb assume uma transformação de mentalidades, referenciais epistemológicos, relações sociais e culturais⁶. Ou seja, a Saúde Mental se torna um lugar de possibilidades, intervenção e transformação de incidir sobre a realidade de produzir outros mundos, na perspectiva de transformação social.

Nesse sentido, o caminho para a efetivação da RPb passa pela parceria junto à saúde da família, com os territórios, comunidades e nas relações sociais. Convoca a constituição de outras subjetividades^{30,31} a partir dos trabalhadores do campo da atenção psicossocial, usuários, familiares e toda a sociedade civil.

“Não tem a possibilidade de se pensar uma reforma psiquiátrica se você não tem parceria com Saúde da Família e a formação de profissionais da Saúde Mental para aprofundar conhecimento sobre

território, sobre a vida na cidade, sobre saúde para além da doença... É uma transformação interna... Tá mais que tudo, na sociedade (Patativa)”.

Nesse sentido, a atenção básica é estratégica para a atenção psicossocial à medida que aproxima as estratégias de cuidado à realidade da vida na cidade, e nessa aproximação abre margens para mudanças na forma de como se lida com a loucura. Reitera-se que a luta antimanicomial associa-se diretamente com debate do estado democrático de direitos que deve reconhecer a diversidade em suas múltiplas formas de expressão, afinal não há Saúde Mental sem liberdade, acolhimento, cidadania e políticas públicas antimanicomiais, tendo em vista que a democracia é antimanicomial⁶.

Considerações Finais

Os avanços da educação de trabalhadoras/es pelos PRMSM do Brasil consistem na inserção da maior parte das residências em cenários da Atenção Básica, envolvendo as USF, eCR e CECO, o debate sobre o Território em sua dimensão existencial para além do geográfico, a experimentação de Tecnologias e Ferramentas na produção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica e nesse processo de vivências do mundo do trabalho, a construção de novas subjetividades para práticas territoriais em Saúde Mental. Tais avanços produzem interfaces com os direitos humanos e a atenção psicossocial vigente na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do país.

As tendências da educação pelas residências direcionam-se para a agenda atual da política de saúde mental brasileira antirracista, em diálogo com a agenda de Saúde Mental nas Américas OPAS e OMS. Essa agenda internacional requer a educação permanente de trabalhadoras/es em perspectiva decolonial e antirracista com o enfrentamento das desigualdades étnico-raciais que são produtoras de adoecimento psíquico e reproduzem as iniquidades em saúde mental. De modo que a luta antimanicomial deve ser fundamentada na luta antirracista e decolonial, uma vez que a colonização, o racismo e o manicômio são construções sociais que se retroalimentam na sociedade brasileira.

Os desafios consistem nas disputas de modelos de atenção em Saúde Mental, refletido na formação em espaços manicomiais como os HCTP e HP, problematizando-se o papel das residências nesses espaços. Um ponto de vista diz respeito ao risco da manutenção dessas

instituições as quais historicamente reproduzem o racismo institucional e as desigualdades, e por outro, a atuação da residência pautada na desinstitucionalização das pessoas que habitam essas instituições. Outro desafio consiste na produção da interprofissionalidade nas práticas em Saúde Mental na Atenção Básica, em uma sociedade marcada pela subjetividade capitalista-colonial que produz pouca margem para a coletividade, inventividade e colaboração nas práticas em saúde.

Conclui-se que os PRMSM são parte da sustentabilidade da atenção psicossocial, a qual é um processo social, crítico e complexo, convocando deslocamentos subjetivos nos/as trabalhadora/es e toda sociedade por meio da produção de outros mundos possíveis para a convivência social com a loucura em perspectiva inclusiva, solidária e equitativa, em diálogo com a dimensão sociocultural da luta antimanicomial.

Referências

1. Brasil. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2005; 01 jul.
2. Dallegrave D, Kruse MHL. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. Interface (Botucatu), v. 13, n. 29, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000100018.
3. Ceccim RB. “Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra”, a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. Interface (Botucatu), v. 3, n. 29, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000100022.
4. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. São Paulo: UBU Editora; 2020.
5. Brasil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 2001; 9 abr.
6. Amarante P. Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Zagodoni Editora; 2021.
7. Paladino L, Amarante PDC. A dimensão espacial e o lugar social da loucura: por uma cidade aberta. Cienc Saude Colet 2022; 27(1):7-16.
8. Onocko-Campos RT, Emerich BF, Ricci E. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. Interface (Botucatu) 2019; 23:e170813.

9. Ferreira TPS, Noro LRA. Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil: projetos pedagógicos e diálogos com a práxis antimanicomial. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2024/Mar). [Citado em 07/04/2024]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/residencias-multiprofissionais-em-saude-mental-no-brasil-projetos-pedagogicos-e-dialogos-com-a-praxis-antimanicomial/19144?id=19144>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
11. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde Debate* 2019; 43(Spe.6):70-81.
12. Emerich BF, Onocko-Campos RT. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface (Botucatu)* 2019; 23: e170521.
13. Ceccim RB. Residências em saúde na perspectiva da colaboração interprofissional: aspectos teórico-práticos das residências em saúde. In: Gomes DF, Dias MAS, Gadelha AKS, Cavalcante VOM, Martins AF, organizadores. (Trans)formações das residências multiprofissionais em saúde. Sobral: Edições UVA; 2020. p. 43-60.
14. Oliveira E, Szapiro A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. *Saúde Debate*. 2020;44(3):15–20.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 21 maio.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.397/19. Descredencia os NASF-AB por não cumprimento de prazo estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2019; 21 maio.
18. Ferreira TPS, Noro LRA. Formação em saúde mental pelas residências multiprofissionais: contexto de contrarreforma psiquiátrica e defesa da atenção psicossocial. *Saúde Soc* 2023; 32(supl 2):e230303pt.
19. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 41. ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes; 2014.
20. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/htgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2023.
21. Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectiva; 1987.

22. Brasil. Resolução N. 487, de 15 de Fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Conselho Nacional de Justiça 2023; 15 fev.
23. Ferreira TPS, Sampaio J. Produção do Cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface* (Botucatu) [online]. 2017; 21(61):373-384 .
24. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Polis Psique* 2018; 8(1):173-190.
25. Passos RG. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo. *Soc Debate* 2019; 25(3):74-88.
26. David EC, Vicentin MCG, Schucman LV. Desnortear, aquilombar e o antimanicolonial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] 2023 [acessado 2024 Feb 18]. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desnortear-aquilombar-e-oantimanicolonial-tres-ideiasforca-para-radicalizar-a-reforma-psiquiatrica-brasileira/18882>.
27. David EC. Aquilombar a cidade: território, raça e produção de saúde em São Paulo. *Rev Centro Pesq Form* 2020;(10):140-158.
28. Torre E, Amarante P. Saúde Mental, Direitos Humanos e Justiça Ambiental: A Quimicalização da Vida como uma questão de violação aos direitos humanos decorrente da intoxicação institucionalizada. *Saúde debate* 2022; 46(Esp.2):327-344.
29. Pinheiro LP, Emerich BF. Cuidado compartilhado em Saúde Mental: o que dizem os trabalhadores?. *Interface* (Botucatu). 2024; 28: e230324 <https://doi.org/10.1590/interface.230324>
30. Sampaio J, Clemente A. Educação interprofissional e prática colaborativa em saúde: a produção do comum como dispositivo de resistência ao modo de subjetivação capitalístico. *Interface* (Botucatu). 2023; 27: e230335
31. Vásquez MF, Finkler M, Ayala R, Verdi, M. Educación Interprofesional en Salud en el contexto neoliberal: incongruencias y desafíos. *Interface* (Botucatu). 2023; 27: e230015.

5.4 Artigo 4 - *Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil e Formação para Saúde Mental na Atenção Básica: consenso Delphi* (EM AVALIAÇÃO na Revista Ciência e Saúde Coletiva Qualis A1).

Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil e Formação para Saúde Mental na Atenção Básica: consenso Delphi

Multiprofessional Residencies in Mental Health in Brazil and Training for Mental Health in Primary Care: Delphi consensus

Resumo

O artigo tem como objetivo abordar validação de Matriz de Critérios sobre a formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental do Brasil. Trata-se de um estudo de avaliabilidade contemplando o Modelo Teórico-Lógico, proposição de Matriz de Critérios e validação por meio do Consenso de Delphi. Participaram 20 *experts* da área de formação pelas residências. O processo de validação aconteceu em três rodadas, sendo validados 44 critérios divididos em 3 dimensões e 6 subdimensões. Na dimensão 1 “Formação para o trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica” foram validadas as subdimensões (a) propostas teóricas e (b) propostas metodológicas; na dimensão 2 “Processo de trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica” foram validadas as subdimensões (c) organização do processo de trabalho em Saúde Mental e (d) trabalho transdisciplinar e intersectorial; na dimensão 3 “Competências para a prática em Saúde Mental na Atenção Básica” foram validadas as subdimensões (e) habilidades e atitudes para a prática em Saúde Mental na Atenção Básica e (f) ferramentas para a prática em Saúde Mental na Atenção Básica. A Matriz aponta caminhos para o planejamento e atualização dos Projetos Pedagógicos e avaliação da formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelas residências.

Palavras-chave Saúde Mental; Atenção Básica à Saúde; Técnica Delphi.

Abstract

The article aims to address validation of the Criteria Matrix on training in Mental Health in Primary Care by Multiprofessional Residencies in Mental Health in Brazil. This is an evaluability study considering the Theoretical-Logical Model, proposition of a Criteria Matrix and validation through the Delphi Consensus. 20 experts from the training area participated in the residencies. The validation process took place in three rounds, with 44 criteria divided into 3 dimensions and 6 sub-dimensions being validated. In dimension 1 “Training for work in Mental Health in Primary Care” the subdimensions (a) theoretical proposals and (b) methodological proposals were validated; in dimension 2 “Work process in Mental Health in Primary Care”, the subdimensions (c) organization of the work process in Mental Health and (d) transdisciplinary and intersectoral work were validated; in dimension 3 “Skills for practice in Mental Health in Primary Care” the subdimensions (e) skills and attitudes for practice in Mental Health in Primary Care and (f) tools for practice in Mental Health in Primary Care were validated. The Matrix points out ways for planning and updating Pedagogical Projects and evaluating training in Mental Health in Primary Care in homes.

Key-words Mental Health; Primary Health Care; Delphi Technique.

Introdução

Os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental (PRMSM) constituem-se como modalidade de formação de pós-graduação *lato sensu* instituídos por meio da Lei 11.129/2005¹. São estratégicos na reorientação da formação em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) uma vez que se desenvolvem nos serviços de saúde em processo ativo de ensino-aprendizagem².

Nesse sentido, os PRMSM devem produzir respostas ao modelo de atenção psicossocial vigente no país, fruto do movimento da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) em diálogo com a lei 10.216/01, a qual dispõe sobre os direitos das pessoas com necessidades em Saúde Mental e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, redirecionando o modelo de cuidado em saúde mental³.

O movimento da luta antimanicomial brasileira tem como premissa balizadora a produção do cuidado em liberdade, a qual envolve a defesa da dimensão territorial e comunitária nas práticas em Saúde Mental⁴, em consonância com as orientações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵.

O Brasil tem na atualidade uma das maiores redes de Saúde Mental do mundo, internacionalmente reconhecida pela OMS⁵. Nesse cenário, a Atenção Básica enquanto parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é estratégica na produção do cuidado em liberdade dialogando com os princípios da RPb⁶, sendo necessário o desenvolvimento de processos avaliativos que apresentem como tem se estruturado a proposta formativa dos PRMSM para a produção do cuidado na Atenção Básica.

Apesar de existirem diversos estudos sobre os inúmeros aspectos relativos à oferta de cuidado em Saúde Mental na RAPS, não se dispõe hoje de informações suficientemente atualizadas e abrangentes sobre como se constitui a formação de trabalhadora (e)s para as práticas em Saúde Mental na Atenção Básica a partir de modelos formativos em saúde^{6,7,8}.

Nessa perspectiva, a literatura científica apresenta escassez de instrumentos que possibilitem a avaliação da formação para práticas em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM do Brasil^{9,10}. Reitera-se que sendo parte da atenção psicossocial torna-se essencial a

formação de trabalhadora (e) s para atuação na Atenção Básica, com redirecionamento para o cuidado territorial^{6, 11}.

O presente estudo tem como objetivo validar uma Matriz de Critérios para avaliação da formação de trabalhadora (e) s para a atuação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM do Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo de avaliabilidade¹² o qual contempla as etapas de proposição de um modelo teórico-lógico, Matriz de Critérios preliminar e validação por meio da técnica de Consenso de Delphi¹³. O modelo teórico-lógico é uma ferramenta visual que auxilia a compreensão da concepção e articulação das ações integrantes de um programa ou política¹⁴.

No presente estudo, o modelo teórico-lógico foi construído a partir da proposta pedagógica dos PRMSM resultante da transversalidade produzida entre a Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras Drogas (PNSMAD), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) envolvendo a reorientação do modelo de cuidado na formação de trabalhadora (e)s para a atuação em Saúde Mental na Atenção Básica^{2, 10} (*Figura 1*).

A partir do modelo teórico-lógico foram definidas três Dimensões. A Dimensão 1: Formação para o trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica foi subdividida em (a) propostas teóricas e (b) propostas metodológicas; a Dimensão 2 : Processo de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica foi subdividida em (c) Organização do Processo de Trabalho e (d) Trabalho Transdisciplinar e Intersetorial; e a Dimensão 3: Competências para a prática em Saúde Mental na Atenção Básica foi subdividida em (e) Habilidades e Atitudes para a Prática em Saúde Mental na Atenção Básica e (f) Ferramentas para a prática em Saúde Mental na Atenção Básica.

A partir desses elementos foi construída a Matriz de Critérios orientada pela seguinte pergunta: “Quais critérios devem ser utilizados para avaliação da formação de trabalhadora (e) s para as práticas em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM? ”.

Para validação da Matriz de Critérios foram identificados vinte e cinco *experts* com o seguinte perfil: professora (e) s e/ou pesquisadora (e) s com título de Doutorado em Saúde Coletiva ou áreas afins que desenvolvessem atividades de ensino, pesquisa e extensão sobre a formação em Saúde Mental no SUS, com produção técnico-científica sobre os PRMSM.

Todos os *experts* foram contatados via correio eletrônico e, para aqueles que concordaram em participar, foi feita a apresentação da pesquisa por meio de vídeo explicativo de cinco minutos, detalhando os principais aspectos relacionados aos objetivos da pesquisa e à técnica Delphi.

Os *experts* foram orientados a analisarem as dimensões, subdimensões e critérios quanto à pertinência, redação e consistência, podendo incluir, alterar ou modificar cada um deles, conforme sua compreensão. A partir dessa análise, deveriam atribuir notas de 0 (zero) a 10 (dez) a cada critério conforme seu nível de concordância com a permanência do critério, sendo 0 (zero) a discordância total e 10 (dez) a concordância máxima. As notas atribuídas foram analisadas por medidas de tendência central e dispersão, sendo adotados como pontos de corte para a validação do critério o atendimento simultâneo de Média $\geq 9,5$; Desvio-padrão $\leq 1,0$; Mediana=10 e Coeficiente de Variação $<10,0$.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o Parecer (*retirado para evitar identificação de autoria*). Todos os *experts* que aceitaram participar realizaram a assinatura eletrônica do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Na 1ª Rodada do Consenso de Delphi realizou-se convite a 25 *experts*, com aceite e resposta de 22 especialistas, sendo possível sugerir alterações nas dimensões, subdimensões e critérios apresentados. Nessa etapa 32 critérios encontravam-se sob avaliação, dos quais 24 critérios foram validados e 8 critérios não foram validados.

No que se refere às sugestões de critérios, os 22 *experts* colaboraram com sugestões de novos critérios. A análise desses critérios passou pelas etapas (a) leitura inicial de todos os critérios; (b) verificação dos critérios repetidos nas sugestões; (c) análise dos critérios que já se encontravam contemplados em critérios já validados; (d) identificação de critérios que ainda não tinham sido contemplados para compor a 2ª rodada de validação.

Na etapa (a) a leitura inicial de todos os critérios sugeridos totalizou 114 critérios. Na fase (b) com a retirada dos critérios repetidos, totalizaram-se 44 critérios. Na fase (c) esses 44 critérios foram analisados se já estavam contemplados entre os critérios já validados, para que

na fase (d) fossem identificados 24 critérios incorporados à Matriz de Critérios para a 2ª rodada.

Na 2ª rodada de validação, a Matriz de Critérios foi enviada com os 24 critérios validados na 1ª rodada, assim como os 20 novos critérios a serem avaliados. Nessa etapa, 17 critérios foram validados e 8 critérios foram reestruturados por 20 *experts*, dos 22 incluídos no início do estudo. As dimensões e subdimensões permaneceram sem alterações.

Na 3ª Rodada, os 8 critérios reestruturados foram enviados para os 20 *experts*, com resposta de toda (o)s a(o)s especialistas. Nessa etapa 3 critérios foram validados e 5 critérios não validados. A Matriz de Critérios validada encontra-se estruturada em 3 dimensões, 6 subdimensões e 44 critérios, conforme apresentado na *Quadro 1*.

Dimensão	Subdimensão	Critérios
Formação para o Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica	Propostas Teóricas	Luta Antimanicomial e Cuidado em Liberdade
		Política Nacional de Saúde Mental álcool e outras drogas
		Saúde Mental Coletiva e promoção de Saúde Mental
		Política Nacional de Atenção Básica
		Territórios e Redes de Apoio
		Educação Popular em Saúde Mental
		Marcos Teóricos da Reforma Psiquiátrica
		Determinantes sociais na Saúde Mental
	Propostas Metodológicas	Formação a partir da atuação no SUS e para o SUS
		Integração de estratégias de educação e trabalho
		Formação pautada em metodologias ativas de aprendizagem
		Vinculação da aprendizagem aos aspectos significativos do território
		Preceptorias Interprofissionais
		Tutorias Interprofissionais
		Supervisão para o campo da atenção psicossocial
Processo de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica	Organização do Processo de Trabalho	Conhecimento dos dispositivos, fluxos e organização da RAPS na sua dimensão territorial
		Incentivo a interlocução entre os saberes e práticas

		Integração e comunicação entre as equipes de saúde no território
		Educação permanente com análise crítica
		Utilização de ferramentas de gestão do cuidado centrada nas necessidades dos usuários
		Monitoramento e avaliação da situação de saúde do território
		Construção de indicadores em Saúde Mental na Atenção Básica
		Estratégias para o cuidado da equipe de Saúde Mental
	Trabalho Transdisciplinar e Intersetorial	Trabalho interdisciplinar em diálogo com o território
		Trabalho colaborativo entre equipes
		Trabalho intersetorial com dispositivos de cultura, lazer e geração de renda
		Trabalho interprofissional em Saúde Mental
		Trabalho em Saúde Mental no território
Competências para a prática em Saúde Mental na Atenção Básica	Habilidades e Atitudes para a Prática em Saúde Mental na Atenção Básica	Habilidades de gestão de redes e dispositivos de cuidado
		Ética profissional com o exercício da profissão
		Cuidado anticolonial a populações em situação de vulnerabilidade
		Trabalho com grupos
		Cuidado psicossocial no território
		Comunicação e vínculo com usuários, familiares e comunidade
	Ferramentas para a prática em Saúde Mental na Atenção Básica	Trabalho a partir do vínculo e escuta qualificada
		Práticas coletivas que valorizam o saber popular
		Visita domiciliar e conhecimento dos contextos de vida dos usuários e famílias
		Redução de danos junto aos usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas
		Utilização do território e recursos comunitários no cuidado em Saúde Mental
		Matriciamento em Saúde Mental
		Projeto Terapêutico Singular
		Gestão Autônoma da Medicação (GAM)
		Práticas Integrativas e Complementares (PICS)

Discussão

Os PRMSM enquanto propostas formativas de reorientação da formação pautada na defesa dos direitos humanos e no modelo de cuidado em liberdade convoca à transformação das práticas em Saúde Mental por meio das experiências em ações coletivas e no território¹⁰. Partindo-se deste pressuposto balizador, o processo de validação da Matriz de Critérios sobre a formação de trabalhadora (e) s para atuação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM possibilitou reflexões e problematizações dos elementos constitutivos da formação produzidos na transversalidade das políticas de trabalho e educação em saúde, por meio da avaliação dos *experts*.

A discussão encontra-se apresentada nas três dimensões validadas: Formação para o Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica; Processo de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica e Competências para a prática em Saúde Mental na Atenção Básica.

Formação para o Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica

A dimensão *Formação para o trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica* contempla as bases teórico-metodológicas da formação pelos PRMSM, propondo um arcabouço formativo pedagógico por meio dos critérios de avaliação. No que concerne às propostas teóricas validadas essas permeiam o debate sobre a Luta Antimanicomial e o Cuidado em Liberdade, Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, Saúde Mental Coletiva e Promoção de Saúde Mental, Política Nacional de Atenção Básica, Territórios e Redes de Apoio, Educação Popular em Saúde Mental, Marcos Teóricos da Reforma Psiquiátrica e Determinantes Sociais na Saúde Mental.

Esses critérios sinalizam que a formação para Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM deve abarcar a perspectiva histórica e epistemológica da luta antimanicomial brasileira direcionada para as concepções do cuidado que envolva a promoção da Saúde Mental em perspectiva coletiva e territorial^{7,8}. Logo, os processos educativos direcionados para a(o)s residentes como trabalhadora (e)s do campo da atenção psicossocial deve ter como premissa a compreensão de que o cuidado em liberdade envolve a dimensão ético-política da

produção de vida das pessoas com necessidades em saúde mental e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas envolvendo o território existencial¹⁵ para além do geográfico na produção do cuidado em saúde mental.

Os determinantes sociais na Saúde Mental são marcadores estratégicos para se pensar as práticas de cuidado, uma vez que esses relacionam-se diretamente com os processos de sofrimento psíquico e adoecimento mental dos sujeitos e coletividades. Destaca-se que essa concepção dos determinantes sociais na Saúde Mental merece ampliação do debate envolvendo a perspectiva colonial da produção da loucura e as interseccionalidades em Saúde Mental (*raça, gênero e classe social*) que produzem iniquidades étnico-raciais, de gênero e classe social e processos de sofrimento psíquico^{16,17,18}.

Discute-se nesse sentido, a partir do debate nacional e internacional sobre o colonialismo como relação de poder que interfere na subjetividade dos sujeitos e grupos colonizados^{19,20,21}, a necessidade de utilizar referenciais decoloniais na formação em Saúde Mental na Atenção Básica. Ou seja, a produção da loucura constitui-se como parte do processo de colonialismo, suscitando um debate sobre a decolonialidade na Saúde Mental no território e em liberdade²².

No que concerne às propostas metodológicas validadas essas direcionam-se para a Formação a partir da Atuação no SUS e para o SUS; Integração de Estratégias de Educação e Trabalho; Formação pautada em Metodologias Ativas de Aprendizagem; Vinculação da Aprendizagem aos Aspectos significativos do Território; Preceptorias Interprofissionais; Tutorias Interprofissionais; e, Supervisão para o campo da Atenção Psicossocial.

Esses critérios sinalizam a formação por meio da experiência enquanto balizadora da interface educação e trabalho. Ou seja, é a partir da vivência prática nos serviços da RAPS que a(o)s residentes desenvolvem competências para o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, envolvendo as metodologias ativas de aprendizagem nessa experimentação do trabalho vivo e em ato¹⁸. Essa vinculação da aprendizagem aos aspectos significativos do território direciona o processo formativo para as complexidades e multiplicidades de organizações dos territórios de atuação, na perspectiva dos territórios vivos e trocas sociais estabelecidas nesses espaços.

Nessa perspectiva, os *experts* avaliam que as preceptorias e tutorias interprofissionais apresentam maior relevância que as preceptorias e tutorias de núcleo, à medida que

possibilitam a tessitura do campo da atenção psicossocial, ou seja, a produção do ‘*comum*’^{24,25} para as práticas em Saúde Mental na Atenção Básica. No entanto, problematiza-se sobre os desafios do trabalho interprofissional na formação em saúde mental pelos PRMSM, uma vez que esse requer a constituição de novas subjetividades em contraposição à subjetividade capitalista-colonial²⁴ ao produzirem modos de cuidados integrais e equitativos em Saúde Mental na Atenção Básica a partir da constituição de saberes interprofissionais.

Processo de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica

A dimensão *Processo de trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica* contempla as subdimensões da Organização do Processo de Trabalho e o Trabalho Transdisciplinar e Intersectorial. No que concerne à Organização do Processo de Trabalho foram validados os critérios relacionados ao Conhecimento dos Dispositivos, Fluxos e Organização da RAPS na sua Dimensão Territorial; Incentivo a Interlocação entre os Saberes e Práticas; Integração e Comunicação entre as Equipes de Saúde no Território; Educação Permanente com Análise Crítica; Utilização de Ferramentas de Gestão do Cuidado centrada nas necessidades dos usuários; Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde do Território; Construção de Indicadores em Saúde Mental na Atenção Básica; e, Estratégias para o Cuidado da Equipe de Saúde Mental.

Destaca-se que a avaliação da organização do processo de trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica se dá em perspectiva complexa envolvendo aspectos que perpassam desde a compreensão de funcionamento da RAPS com seus fluxos e processos organizativos até o desenvolvimento de indicadores em Saúde Mental na Atenção Básica. Problematisa-se nesse sentido a importância do monitoramento e avaliação da situação de saúde do território como parte estratégica na organização do processo de trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica, uma vez que essas sinalizam o diagnóstico situacional do território com suas necessidades e particularidades²⁶.

Discute-se sobre a importância da integração e comunicação das equipes de saúde no território para o desenvolvimento de ações em Saúde Mental na Atenção Básica, assim como a interlocação dos saberes e práticas na constituição de uma práxis em Saúde Mental, que

considera os saberes populares da própria comunidade na produção do cuidado, para além dos saberes técnicos das equipes de saúde.

Tais deslocamentos nas práticas em saúde se produzem por meio de processos de educação permanente e gestão do cuidado centrados na autonomia e liberdade, envolvendo essas dimensões no cuidado corresponsável junto às necessidades da (o)s usuária(o)s. No âmbito do cuidado, merece destaque o cuidado da própria equipe de Saúde Mental uma vez que essa lida cotidianamente com situações de adoecimentos mentais, sendo suscetíveis de processos de sofrimentos psíquicos. Ou seja, no processo formativo dos PRMSM deve-se produzir espaços de acolhimento, escutas e cuidado em saúde mental aos trabalhadores/residentes por meio do reconhecimento da complexidade e atravessamentos envolvidos no trabalho em Saúde Mental.

No que se refere à subdimensão Trabalho Transdisciplinar e Intersetorial foram validados os critérios relacionados ao Trabalho Interdisciplinar em diálogo com o Território; Trabalho Colaborativo entre Equipes; Trabalho Intersetorial com dispositivos de Cultura, Lazer e Geração de Renda; Trabalho Interprofissional em Saúde Mental; Trabalho em Saúde Mental no Território.

Discute-se sobre a relevância do trabalho interdisciplinar em diálogo com o território na potencialização das estratégias de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, sinalizando-se ainda que o cuidado deve envolver estratégias para além da lógica dos serviços de saúde, ampliando-se a produção do cuidado com as expressões culturais, de lazer e geração de renda. A produção de novos circuitos onde seja possível produzir vida e ampliar os modos de existência é estratégica na produção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica²⁴.

Competências para a Prática em Saúde Mental na Atenção Básica

No que se refere à dimensão *Competências para a Prática em Saúde Mental na Atenção Básica*, essa encontra-se organizada em Habilidades e Atitudes para a Prática em Saúde Mental na Atenção Básica e Ferramentas para a Prática em Saúde Mental na Atenção Básica.

Na subdimensão Habilidades e Atitudes para a Prática em Saúde Mental na Atenção Básica foram validados os critérios de Habilidades de Gestão de Redes e Dispositivos de

Cuidado; Ética Profissional com o exercício da Profissão; Cuidado Anticolonial a populações em Situação de Vulnerabilidade; Trabalho com Grupos; Cuidado Psicossocial no Território; Comunicação e vínculo com Usuários, Familiares e Comunidade.

Essas habilidades e atitudes dialogam com a perspectiva do cuidado em liberdade do modelo de atenção psicossocial vigente no país^{4,10}. Merece destaque o critério validado relacionado ao Cuidado Anticolonial a Populações em situação de Vulnerabilidade. Este critério sinaliza uma importante tendência no processo avaliativo, uma vez que a produção epistemológica da RPB produziu ao longo do tempo invisibilidades sobre a perspectiva colonial da produção da loucura^{21,22}, o que refletiu nas bases teórico-metodológicas dos PRMSM¹⁰.

A concepção do cuidado em liberdade envolve a dimensão epistemológica da loucura como patologia da liberdade¹⁹ associando-se ao processo de escravização dos povos pretos e indígenas. Desse modo, cuidar em liberdade na Atenção Básica envolve a perspectiva de aquilombamento nas práticas de cuidado²¹, ou seja, é nos jogos de força das relações raciais que o conjunto de práticas ultrapassa a esfera da leitura, em direção ao vir a ser²³, o desnorreamento de tornar-se quilombo²².

Em relação à subdimensão Ferramentas para a Prática em Saúde Mental na Atenção Básica, os critérios validados relacionam-se ao Trabalho a partir do Vínculo e Escuta qualificada; Práticas Coletivas que valorizam o Saber Popular; Visita Domiciliar e Conhecimento dos Contextos de Vida dos Usuários e Famílias; Redução de Danos junto aos usuários que fazem uso prejudicial de Álcool e outras Drogas; Utilização do Território e Recursos Comunitários no Cuidado em Saúde Mental; Matriciamento em Saúde Mental; Projeto Terapêutico Singular (PTS); Gestão Autônoma de Medicação (GAM); Práticas Integrativas e Complementares (PICS); e, Utilização do Ecomapa com as Relações Sociais.

Discute-se a relevância das práticas em Saúde Mental na Atenção Básica se constituírem a partir no vínculo com os usuários, familiares e a comunidade, assim como por meio do mapeamento dos equipamentos e recursos comunitários que o próprio território apresenta, ampliando as redes de suporte e apoio social para a (o) usuária (o) da RAPS. Ou seja, a utilização do território como estratégia de cuidado coletivo por meio da ampliação das sociabilidades e trocas simbólicas que este espaço de produção de vida pode ofertar.

Analisa-se que essas ferramentas são estratégicas para a produção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, à medida que possibilitam a aproximação com os contextos de vida da (o) s usuária (o) s, trabalhando com a perspectiva da autonomia destes nos processos de cuidado, assim como envolvendo os circuitos de trocas sociais no cuidado em Saúde Mental^{6,7}. Reforça-se que essas ferramentas questionam a racionalidade biomédica na atenção em Saúde Mental, propondo para o processo formativo a necessidade de envolver outras racionalidades em saúde, como por exemplo, as PICS.

São ferramentas, portanto, que respondem ao modelo da atenção psicossocial, uma vez que inserem nas práticas de cuidado territoriais, tecnologias leves como vínculo e escuta qualificada, valorização dos saberes das comunidades, estratégias de redução de danos junto aos usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, possibilitando a partir dessas ferramentas o protagonismo dos usuários no seu processo de cuidado.

Esses critérios validados contribuem significativamente para a avaliação da formação pelos PRMSM respondendo ao modelo da atenção psicossocial, ao redirecionar as tecnologias de cuidado para o território, pautando-se na autonomia da (o)s usuária (o)s e nos seus circuitos de trocas sociais.

Conclusões

Ao englobar a transversalidade e intersecções das políticas públicas de educação e trabalho, o estudo produz reflexões fundamentais para a formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM. Dentre os avanços da proposição desse modelo avaliativo para as Residências, destaca-se a inovação ao abarcar o processo formativo para o desenvolvimento de práticas em Saúde Mental na Atenção Básica em diálogo com a atenção psicossocial brasileira.

Ao sinalizar a visibilidade produzida a partir das metodologias ativas de aprendizagem como perspectiva calcada na experiência da formação de trabalhadores a partir da realidade do SUS, sinaliza estratégia balizadora no planejamento e/ou atualização dos projetos pedagógicos dos PRMSM.

Sugere-se a aplicação da Matriz de Critérios com egressa (o) dos PRMSM para avaliar a formação para Saúde Mental na Atenção Básica buscando conhecer o atual estágio de

discussão a partir dos direitos humanos e cuidado em liberdade, em consonância com a luta antimanicomial e a RPb.

O estudo sinaliza, ainda, a necessidade de desenvolvimento de outras pesquisas que discutam as interfaces das interseccionalidades em Saúde Mental e decolonialidade na formação pelos PRMSM, produzindo debates sobre a perspectiva racista e colonial na produção do adoecimento mental.

Em relação aos desafios da formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM, destaca-se a relevância da inserção do debate sobre a hipermedicalização do sofrimento psíquico na Atenção Básica tendo em vista o alto índice de uso de ansiolíticos e psicotrópicos prescritos nestes espaços, constituindo-se como parte dos processos de medicalização da vida.

Enquanto modelo avaliativo, esse estudo aponta caminhos para o suporte pedagógico dos Programas de Residências Multiprofissionais do Brasil, apostando na constituição de outras subjetividades por meio da formação de trabalhadores para a atuação em Saúde Mental na Atenção Básica, em busca da equidade nas práticas em saúde mental.

Referências

1. Brasil. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 01 jul.
2. Onocko-Campos RT, Emerich BF, Ricci E. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interface (Botucatu)* 2019;23:e170813.
3. Brasil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr.
4. Amarante P. *Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil*. São Paulo: Zagodoni Editora; 2021.
5. World Health Organization (WHO). Guidance on community mental health services: promoting personcentred and rights-based approaches [internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Jan 1]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>

6. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e Atenção Básica: a vida como ela é no território. *Polis Psique* 2018;8(1):173-190.
8. Dimenstein M, Macedo JPS, Fontenele MG. Atenção psicossocial nos serviços de atenção primária à saúde - desafios à integração no Brasil. *Mental* 2022; 14(25):1-13.
9. Ferreira TPS, Noro LRA. Formação em Saúde Mental pelas residências multiprofissionais: contexto de contrarreforma psiquiátrica e defesa da atenção psicossocial. *Saúde Soc* 2023; 32(supl 2):e230303pt.
10. Ferreira TPS, Noro LRA. Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil: projetos pedagógicos e diálogos com a práxis antimanicomial. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2024/Mar). [Citado em 07/04/2024]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/residencias-multiprofissionais-em-saude-mental-no-brasil-projetos-pedagogicos-e-dialogos-com-a-praxis-antimanicomial/19144?id=19144>.
11. World Health Organization (WHO). Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Jan 1]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029eng.pdf?sequence=1>
12. Baratieri T, Nicolotti CA, Natal S, Lacerda JT. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2019;43(120):240–55.
13. Pessoa TRRF, Noro LRA. Caminhos para a avaliação da formação em Odontologia: Construção de modelo lógico e validação de critérios. *Cienc Saude Colet* 2015;20(7):2277–90.
14. Dias MSA, Silva LCC, Carvalho FAN, Moita MP, Rodrigues PV, Machado MFAS et al. Construção de modelo teórico-lógico e matriz de julgamento para avaliação da efetividade do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. *Cad Saúde Pública* 2022;38(11):e00228721.
16. Passos RG. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo. *Soc Debate* 2019;25(3):74-88.
17. David EC, Vicentin MCG, Schucman LV. Desnortear, aquilombar e o antimanicomial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] 2023 [acessado 2024 Fev 18]. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desnortear-aquilombar-e-oantimanicomial-tres-ideiasforca-para-radicalizar-a-reforma-psiquiatrica-brasileira/18882>.

18. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde debate* 2019;43(Spe.6):70-81.
19. Fanon F. *Pele negra, máscaras brancas*. São Paulo: UBU Editora; 2020.
20. David EC. Aquilombamento da saúde mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil. 1ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2023. 208p.
21. David EC, Vicentin, MCG. Práticas antirracistas na Rede de Atenção Psicossocial: racializar e desnorrear. *Psicologia & Sociedade* 2023;35:1-16.
22. David EC, Vicentin, MCG. Relações raciais: uma questão antimanicomial. *Revista ABPN* 2020;12:108-37.
23. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 01. São Paulo: Editora 34; 2011. 94 p.
24. Sampaio J, Clemente A. Educação interprofissional e prática colaborativa em saúde: a produção do comum como dispositivo de resistência ao modo de subjetivação capitalístico. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e230335.
25. Cyrino AP, Schraiber LB, Onocko-Campos RT. Apresentação - entre o especializado e o comum: um diálogo possível *Interface (Botucatu)* 2023;27:1-11.
26. Araújo TM, Torrenté MON. Saúde Mental no Brasil: desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes. *Epidemiol Serv Saúde* 2023;32(1):e2023098.

6. CONCLUSÕES

Essa tese aponta as principais conquistas, tendências e desafios da formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM. No que se refere às principais conquistas da formação pelos PRMSM, essas consistem no diálogo com os direitos humanos, inovação nos processos educativos, inserção da maior parte das Residências em cenários da Atenção Básica, envolvendo as USF, eCR e CECO, debate sobre o Território em sua dimensão existencial para além do geográfico, a experimentação de Tecnologias e Ferramentas na produção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica e nesse processo de vivências do

mundo do trabalho, e a aposta na construção de novas subjetividades para práticas territoriais em Saúde Mental. Tais avanços produzem interfaces com os direitos humanos e a atenção psicossocial vigente na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do país, dialogando com as evidências científicas da atenção psicossocial no SUS.

As tendências da educação pelos PRMSM direcionam-se para a agenda atual da Política Nacional de Saúde Mental brasileira antirracista, em diálogo com a agenda de Saúde Mental nas Américas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa agenda internacional requer a educação permanente de trabalhadoras/es em perspectiva decolonial e antirracista com o enfrentamento das desigualdades étnico-raciais que são produtoras de adoecimento psíquico e reproduzem as iniquidades em saúde mental, sendo necessária a inclusão e aprofundamento desta temática nos projetos pedagógicos dos PRMSM do Brasil. De modo que a luta antimanicomial deve ser fundamentada na luta antirracista e decolonial, uma vez que a colonização, o racismo e o manicômio são construções sociais que se retroalimentam na sociedade brasileira.

Torna-se necessário avançar na formação pelos PRMSM pautando o princípio da equidade nos territórios ao considerar as desigualdades sociais e violências como produtoras de iniquidades em saúde mental presentes no Brasil, um país de dimensão continental e marcado por um capitalismo periférico que produz impactos significativos na coesão social e cotidiano dos sujeitos e coletividades.

Os desafios consistem nas disputas de modelos de atenção em Saúde Mental que tem impactado na efetivação da PNSMAD como política de Estado, de modo que se ressalta que mesmo em governos progressistas alinhados com os direitos humanos, essas disputas encontram-se presentes, produzindo um jogo de forças no âmbito das políticas sociais, a exemplo da PNSMAD. A existência do Departamento de Comunidades Terapêuticas vinculado ao Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) é um exemplo dessa tendência de disputas nas políticas sociais, uma vez que as Comunidades Terapêuticas constituem-se enquanto dispositivos asilares, pautados na abstinência das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e tratamento por meio da laborterapia, práticas contrárias aos pressupostos da atenção psicossocial.

Outro desafio consiste na produção da interprofissionalidade nas práticas em Saúde Mental na Atenção Básica, em uma sociedade marcada pela subjetividade capitalista-colonial que produz pouca margem para a coletividade, inventividade e colaboração nas práticas em saúde. Assim como na formação de trabalhadoras/es pelas residências para práticas efetivas de cuidado às pessoas com transtornos mentais comuns na atenção básica, como transtorno de ansiedade generalizada, transtorno depressivo, automutilação, tentativas de suicídio, entre outros no âmbito do território. Essa agenda aberta da RAPS convoca a formação de trabalhadoras/es para o cuidado em saúde mental nos territórios, contemplando as ações de promoção em saúde mental

As contribuições da pesquisa para a formação em Saúde Mental na Atenção Básica pelos PRMSM do Brasil se constituem na defesa de uma *‘sociedade sem manicômios’*, de modo que o cuidado em saúde mental apresente sustentabilidade na Atenção Básica e nos territórios de produção de vida, com a diversificação de estratégias de cuidado em liberdade. Os/as trabalhadores/as egressos dos PRMSM são estratégicos nessa produção do cuidado uma vez que são formados para a atenção psicossocial, com conhecimentos, habilidades e atitudes que podem revolucionar a RAPS brasileira.

Em relação à continuidade do estudo, aponta-se o aprofundamento da análise estatística do estudo seccional desenvolvido com os 151 egressos dos 17 PRMSM do Brasil, com o objetivo de avaliar a formação para Saúde Mental na Atenção Básica na perspectiva dos egressos.

A tese conclui que os PRMSM são parte da sustentabilidade da atenção psicossocial, a qual é um processo social, crítico e complexo, convocando deslocamentos subjetivos nas/os trabalhadora/es e toda sociedade por meio da produção de outros mundos possíveis para a convivência social com a loucura em perspectiva inclusiva, solidária e equitativa, em diálogo com a luta antimanicomial. No entanto, para tal execução é necessário investimentos e políticas públicas que garantam o retorno dos profissionais formados pelos PRMSM para a Rede de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P e LANCETTI, A. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos, G.W.S et. al (Orgs). Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: HUCITEC, Editora Fiocruz, 2009.
- AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Ed. Fiocruz. 2008.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018.
- ALMEIDA, SA. MERHY, EE. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. *Rev Psi Política*, 2020. 20(47): 65-75.
- BRASIL, M,S. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS: políticas e ações. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 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. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em : 15 de maio de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de atenção básica em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- BRASIL. *Lei 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: Presidência da República, 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 7 maio 2023.
- BRASIL. *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 7 maio 2023.
- CECCIM RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface* (Botucatu) [Online]. 2018. 22(2): 1739-1749.
- CECCIM, R.B e FEUERWERKER, L, M. O quadrilátero da formação na área da saúde: ensino, atenção, gestão e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.
- CECCIM RB. Residências em saúde na perspectiva da colaboração interprofissional: aspectos teórico-práticos das residências em saúde. In: Gomes, D. F. et al Transformações das residências multiprofissionais em saúde. Sobral: Edições UVA, 2020.

CECCIM, R. B. “Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra”, a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 3, n. 29, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000100022.

CECCIM, R. B. Residência em Saúde Mental: Interface da Luta Antimanicomial. In: PAULON, S. M.; OLIVEIRA, C. O.; FAGUNDES, S. M. S (Org.). *25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179261/001068911.pdf?sequence=1> Acesso em: 7 maio 2023.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/htgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2023.

COSTA-CAMPOS KF, MARQUES RC, SILVA KL, CECCIM RB . Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. *ApS em Revista*, 2019. 1(2): 132-140.

DALLEGRAVE. D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 29, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000100018.

DA ROS, M.A. Sobre “o olho do furacão”. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 213-37, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000100021.

DELGADO, P. G. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, 2019. DOI:10.1590/1981-7746-sol00212.

DAVID EC, VICENTIN MCG, SCHUCMAN LV. Desnortear, aquilombar e o antimanicomial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Cien Saude Colet*. 2023.

EMERICH BF, ONOCKO-CAMPOS R . Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interf [Botucatu Online]*, v. 23, p. 1, 2019.

FEUERWERKER, L. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 28, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000100020.

FANON F. *Pele negra, máscaras brancas*. São Paulo: UBU Editora; 2020.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1977

HADDAD A.E. Formação de profissionais da saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública da USP*, 44 (3):383-393, 2010.

MERHY EE, FEUERWERKER LM, BERTUSSI DC, SANTOS MLM, BADUY RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, 2019. 43(6): 70-81.

MERHY EE. Educação permanente em movimento. *Saúde em Redes*, 2015. 1(1): 07-1

MERHY EE, FEUERWERKER LM, BERTUSSI DC, SANTOS MLM, BADUY RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 70-81, 2019.

MOURA AS DE, RICCI ÉLLEN C, FERIGATO SH. Programas de residência multiprofissional em saúde mental e a terapia ocupacional. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [Internet]. 17º de novembro de 2021 [citado 15º de maio de 2022];29:e2951. Disponível em:<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2951>

NUNES M. TORRENTÉ M. Prates A. O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental. 2015 UFBA.

NUNES, M. O. et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2019. DOI:10.1590/1413-812320182412.25252019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00156119.

ONOCKO-CAMPOS RT, EMERICH BF, RICCI E. . Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interf [Botucatu. Online]*, v. 23, p. 02-12, 2019.

PASSOS RG. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo. *Soc em Debate* 2019; 25(3):74-88.

PASSOS RG. Holocausto ou navio negreiro? Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum* 2018; 10(3):10-22.

PASSOS, R. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. *Sociedade em debate*, Pelotas, v. 23, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1678/1043>>. Acesso em: 7 maio 2023

PASSARINHO, J. G. N. Retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental: consequências para o Paradigma Psicossocial. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 49, 2022. DOI: 10.12957/rep.2022.63451.

RADKE, M. B.; CECCIM, R. B. Educação em saúde mental: ação da reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 4, n. 2, 2018. DOI: 10.18310/2446-4813.2018v4n2p19-36

RAMÔA, M.; TEIXEIRA, M. B.; BELMONTE, P. As comunidades terapêuticas no cenário das políticas públicas: o retorno das práticas institucionalizantes. *Platô: Drogas e política*, São Paulo, v. 3, n. 3, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Plato.pdf>. Acesso em: 7 maio 2023

SILVA, T. A. et al. (Re)visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos. *Avances en. Enfermería*, Bogotá, v. 38, n. 3, 2021. DOI: 10.15446/av.enferm.v38n3.82440.

VASCONCELOS, E. M. *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o Serviço Social*. Campinas: Editora Papel Social, 2016.

YASUI S, LUZIO CA, AMARANTE P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Polis e Psique*, 2018. 8(1): 173-190.

APÊNDICE A – TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE OU REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RCLE (Res.510/2016-CNS)

(Para Maiores de 18 anos)

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: ***Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Brasil: Projetos pedagógicas e práticas de saúde mental na atenção básica***, que tem como pesquisadora responsável Thayane Pereira da Silva Ferreira, sob orientação do Prof. Dr. Luiz Roberto Augusto Noro. Esta pesquisa pretende avaliar a formação e práticas de saúde mental na ABS dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM) no Brasil. E, como objetivos específicos: analisar os PPC dos PRMSM quanto à formação em relação às diretrizes pedagógicas, cenários de aprendizagem e perfil do egresso; analisar a proposta pedagógica dos PRMSM a partir da percepção dos coordenadores; validar uma matriz de critérios para avaliação das práticas de SM na ABS a partir da formação pelos PRMSM; e, identificar o impacto das práticas em SM na ABS desenvolvidas entre março de 2018 até março de 2022 e suas contribuições para formação nos PRMSM no Brasil. O motivo que nos leva a fazer este estudo se justifica pela lacuna de conhecimento dos PRMSM no Brasil, a estruturação dos seus respectivos Projetos Pedagógicos, as concepções do (a) s coordenador (a) s acerca das propostas pedagógicas dos PRMSM para a formação em saúde mental no SUS e o impacto das práticas em saúde mental desenvolvida na ABS a partir da formação pelos PRMSM. Caso decida participar será enviado Projeto de pesquisa para o (a) coordenador (a) dos PRMSM do Brasil com a explanação dos objetivos da pesquisa e solicitação do Projeto Pedagógico do curso, juntamente com a aprovação do projeto ao CEP/HUOL. O percurso metodológico será dividido em quatro etapas: estudo documental dos Projetos Pedagógicos de Curso dos PRMSM; grupo focal com o (a) s coordenador (a)s dos PRMSM; estudo de avaliabilidade com construção e validação de Matriz de Critérios acerca das práticas de saúde mental na

atenção básica; e , estudo seccional com os residentes dos respectivos PRMSM durante o período de 2018 a 2022. A participação em todas as etapas se dará a partir do aceite em participar da pesquisa mediante assinatura eletrônica do TCLE. Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos como falar em grupo sobre a proposta pedagógica do PRMSM, abordar as dificuldades e desafios da formação em saúde mental, constituindo em possíveis riscos de se sentir inibido ao falar em grupo. Esses riscos serão minimizados, garantindo um ambiente acolhedor, de modo que o(a)s participantes tenham livre escolha para se colocar ou não no grupo, podendo retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Os benefícios da pesquisa consistem em produzir conhecimento sobre a formação em saúde mental a partir dos PRMSM, ampliando o debate sobre as políticas públicas de trabalho e educação em saúde na reorientação das práticas no SUS.

Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, compete ao pesquisador responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada com total apoio da pesquisadora e de um profissional de saúde de referência, caso sinta-se inibido (a) em falar e/ou responder ao questionário da pesquisa.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Thayane Pereira da Silva Ferreira. Endereço: Rua Cel José Cesarino da Nóbrega, nº 55, Jardim São Paulo CEP: 58051130. João Pessoa-PB. E-mail: thayane.silva01@hotmail.com. Telefone para contato: (83) 9 99468739.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa UFRN - CEP/HUOL. Endereço: Av. Nilo Peçanha, 620, 1º Andar do Prédio Administrativo - Espaço João Machado, Petrópolis, Natal/RN - Telefone (84) 3342-5003 - E-mail: cep_huol@yahoo.com.br, horário de funcionamento é de 07h30 às 12h30 e das 13h30

às 15h00– instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – da Universidade Federal do Rio Grande do Norte,

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Thayane Pereira da Silva Ferreira.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa (título da pesquisa), e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo ***Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Brasil: Projetos pedagógicos e práticas de saúde mental na atenção básica*** declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringirei as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, / /.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

ANEXO I – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP/HUOL/UFRN

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - HUOL/UFRN

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Brasil:
Projetos pedagógicos e práticas de saúde mental na atenção básica

Pesquisador: THAYANE PEREIRA DA SILVA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 64181522.8.0000.5292



Instituição Proponente: Pós Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.924.094

Apresentação do Projeto:

O trabalho e a educação em saúde constituem-se um debate indissociável. As políticas de formação em serviço, a exemplo dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM) constituem apostas na reorientação da formação em saúde mental nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, com destaque para a Atenção Básica. A orientação pedagógica dos PRMSM deve produzir diálogo com propostas de reorientação da formação e o trabalho em saúde mental, devendo ser sistematizada nos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC). A pesquisa tem como objetivo avaliar a formação e práticas de saúde mental na atenção básica a partir dos PRMSM no Brasil. O percurso metodológico será desenvolvido em duas etapas, sendo a primeira realizada a partir de estudo documental dos PPC e grupo focal com o(a)s coordenador(a)s com o intuito de analisar as perspectivas pedagógicas propostas pelos PRMSM. Na segunda etapa será realizado um estudo de avaliabilidade com construção de um modelo lógico teórico, matriz de critérios e técnica de consenso de Delphi, e estudo seccional acerca das práticas de saúde mental na Atenção Básica a partir da formação pelos

PRMSM. A partir deste estudo busca-se produzir conhecimento sobre a formação nos PRMSM e suas contribuições no fortalecimento de políticas do trabalho e educação em saúde no SUS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a formação em saúde mental na Atenção Básica a Saúde dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Brasil.

Objetivo Secundário:

Analisar os Projetos Pedagógicos de Curso dos PRMSM quanto à formação em relação às diretrizes pedagógicas, cenários de aprendizagem e perfil do egresso.

Analisar a proposta pedagógica dos PRMSM a partir da percepção dos coordenadores.

Validar uma matriz de critérios para avaliação das práticas de saúde mental na Atenção básica a partir da formação pelos PRMSM.

+Identificar como a formação pelos PRMSM viabiliza o desenvolvimento de práticas em saúde mental na atenção básica desenvolvidas entre março de 2018 até março de 2022.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos como falar em grupo sobre a proposta pedagógica do PRMSM, abordar as dificuldades e desafios a formação em saúde mental, constituindo em possíveis riscos de se sentir inibido ao falar em grupo. Esses riscos serão minimizados, garantindo um ambiente acolhedor, de modo que o(a)s participantes tenham livre escolha para se colocar ou não no grupo, podendo retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa consistem em produzir conhecimento sobre a formação em saúde mental a partir dos PRMSM, ampliando o debate sobre as políticas públicas de trabalho e educação em saúde mental na reorientação das práticas no SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é a terceira versão de um projeto de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Apresenta a proposta de estudo com estudantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, tema relevante e pertinente para o contexto atual no país. O início da coleta de dados está previsto para o dia 01/04/2023 e o orçamento previsto é de R\$ 14.350,00 a cargo da equipe de pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes documentos:

1. Informações Básicas do Projeto;

2. Brochura (Projeto completo)
3. Brochura (Projeto completo) modificado;
4. Folha de Rosto devidamente assinada;
5. Cartas de Anuência devidamente assinadas pelas Universidades participantes do estudo (UNESP, UFRGS, UERJ, UFRJ, ESCS-DF, FIOCRUZ, UNIFAP, ESP-CE, IMIP-PE, UFBA, UFPB, UFS, UNIVASF e UPE);
6. Ficha de Identificação do Pesquisador;
7. Compromisso ético de não início da pesquisa devidamente assinado;
8. Termo de confidencialidade devidamente assinado;
9. Carta de Resposta às pendências.
10. TCLE corrigido.

Recomendações:

- O CEP HUOL/UFRN informa ao pesquisador que está em vigor a Lei Geral de proteção de dados- LGPD, e, vem reforçar a orientação que a aludida Lei dispõe sobre a responsabilidade na proteção e guarda dos dados sensíveis coletados e manipulados. Assim reforça-se a importância do sigilo, guarda e consentimento utilização dos dados sob pena de possíveis responsabilizações de dados extraviados ou utilizados indevidamente, bem como aqueles coletados sem a anuência e/ou ciência da sua utilização, ou utilizados para fins diversos daqueles consentidos. O presente aviso tem a finalidade de reforçar à vigência da LGPD e orientar sobre a necessidade guarda e proteção de dados, como medida precaver da possibilidade de responsabilização do pesquisador em caso dados extraviados que estejam sob sua guarda/coleta.

- O CEP HUOL/UFRN alerta que, mesmo o projeto não apresentando óbices éticos e estando, dessa forma, aprovado, o desenvolvimento de etapas com participantes deverá ocorrer, preferencialmente, seguindo as recomendações das normas sanitárias vigentes da região durante a pandemia do coronavírus (COVID-19).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este protocolo atendeu aos óbices éticos apresentados anteriormente. Assim, considero este projeto aprovado, salvo melhor juízo deste comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.

3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo participante de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1778608.pdf	19/12/2022 14:29:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.docx	19/12/2022 14:28:12	THAYANE PEREIRA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_para_gravacao_de_video_modificado.docx	19/12/2022 13:57:23	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	resposta_as_pendencias.docx	19/12/2022 13:55:35	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_detalhado_modificado.docx	02/11/2022 14:05:58	THAYANE PEREIRA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	14/10/2022 05:07:48	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	14/10/2022 05:06:14	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_UFRGS_ASSINADA_OK.pdf	14/10/2022 04:57:49	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_UNESP_ASSINADA_OK.pdf	14/10/2022 04:56:26	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_UERJ_ASSINADA.Pdf	14/10/2022 04:55:15	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_UFRJ_ASSINADA.Pdf	14/10/2022 04:54:31	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_ESCS_DF.pdf	14/10/2022 04:51:22	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_FIOCRUZ_ASSINADA.pdf	14/10/2022 04:50:45	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_UNIFAP_ASSINADA	14/10/2022	THAYANE PEREIRA	Aceito

	A.pdf	04:47:45	DA SILVA	
Outros	carta_de_anuencia_esp_ce.pdf	14/10/2022 04:45:37	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_Institucional_IMIP_ASSINADA.pdf	14/10/2022 04:45:03	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_UFBA_ASSINADA.Pdf	14/10/2022 04:43:30	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_UFPB_ASSINADA.Pdf	14/10/2022 04:43:01	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_UFS_Assinada.pdf	14/10/2022 04:42:34	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_UNIVASF_com_as sinatura.pdf	14/10/2022 04:42:10	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_UPE_ASSINADA.p Df	14/10/2022 04:41:23	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.docx	14/10/2022 04:32:13	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	declaracao_DE_COMPROMISSO_etico dE_nao_inicio_pesquisa.docx	14/10/2022 04:31:05	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	folha_de_identificacao_do_pesquisador. Docx	14/10/2022 04:27:44	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projet0_de_Pesquisa_Thayane_Pereira _da_Silva_Ferreira_Doutorado_Saude_ Coletiva_UFRN.pdf	14/10/2022 04:21:22	THAYANE PEREIRA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	14/10/2022 04:14:12	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 03 de Março
de 2023

Assinado por:
ELIANE SANTOS
CAVALCANTE
(Coordenador(a))

ANEXO II- TABELAS DOS PRMSM

Tabela 1: Distribuição de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Brasil vinculados a IES públicas, ESP, SES e SMS - Região/Estados e distribuição na Capital/Interior.

Região/Estados	Nº de Programas	Nº de Vagas	Capital	Interior
Norte	3	64	3	0
Amapá	1	14	1	0
Pará	1	26	1	0
Tocantins	1	24	1	0
Nordeste	14	312	10	4
Bahia	2	28	2	0
Ceará	4	142	2	2
Paraíba	1	40	1	0
Rio Grande do Norte	1	6	1	0
Pernambuco	5	76	3	2
Sergipe	1	20	1	0
Centro-oeste	4	106	4	0
Distrito Federal	3	82	3	0
Mato Grosso do Sul	1	24	1	0
Sudeste	15	307	8	6
Espírito Santo	1	50	1	0
Minas Gerais	3	52	0	3
Rio de Janeiro	4	98	4	0
São Paulo	7	107	3	4
Sul	11	170	5	6
Paraná	3	48	1	2
Rio Grande do Sul	8	122	4	4
Total	47	959	30	17

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Plataforma Fala Brasil do Ministério da Educação, Fórum Nacional de Residências em Saúde e pesquisa nos sites institucionais das IES, ESP, SES, SMS.

Tabela 2: Distribuição de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental nas IES Públicas Federais

Região-Estados	Nº de Vagas	QT de categorias Profissionais	Projeto Pedagógico publicizados	ABS como cenário
Norte	14			
UNIFAP- AP	14	3	SIM	SIM
Nordeste	86			
UFC- CE	10	5	NÃO	SIM
UFPB-PB	40	7	SIM	SIM
UFRN-RN	6	3	NÃO	NÃO
UNIVASF-PE	10	3	SIM	SIM
UFS-SE	20	5	SIM	NÃO
Centro-oeste	18			
FIOCRUZ BRASÍLIA-DF	18	3	NÃO	SIM
Sudeste	74			
UFU-MG	8	3	SIM	SIM
UFRJ-RJ	40	4	SIM	SIM
UNIFESP-SP	18	3	SIM	SIM
FMUSP -SP	8	4	NÃO	SIM
Sul	92			
UFRGS-RS	32	7	NÃO	SIM
HC POA - RS	6	3	NÃO	NÃO
UNIPAMPA-RS	12	5	SIM	SIM
UFSM -RS	22	4	SIM	SIM
GHC-RS	20	4	SIM	SIM
Total:16	284			

Tabela 3: Distribuição dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental vinculada as IES Públicas Estaduais, ESP e SES.

Região/Estados	Nº de Vagas	QT de Categorias Profissionais	Projeto Pedagógico publicizado	ABS como cenário
Norte	26			
UEPA-PA	26	6	NÃO	SIM
Nordeste	172			
ESP SES BA	14	4	NÃO	SIM
UVA- CE	20	4	NÃO	SIM
ESP SES-CE	92	5	NÃO	SIM
UPE-PE	24	6	SIM	SIM
UPE Garahuns-PE	12	3	SIM	SIM
IMIP-PE	10	5	NÃO	NÃO
Centro-oeste	52			
FEPECS-DF	20	7	NÃO	SIM
ESCS-DF	32	7	SIM	SIM
Sudeste	151			
ICEPi -ES	50	5	NÃO	
FHEMIG IRS MG	12	4	NÃO	NÃO
UNIMONTES MG	20	4	NÃO	NÃO
UERJ-RJ	12	3	NÃO	SIM
UNESP-SP	12	4	SIM	SIM
FAMEMA-SP	15	4	NÃO	SIM
UNICAMP-SP	30	4	NÃO	SIM
Sul	32	5		
SES PR	14	5	NÃO	SIM
UEPG-PR	12	3	NÃO	NÃO
ESP SES RS	6	4	NÃO	SIM
Total: 19	433			

Tabela 4: Distribuição de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental vinculado às Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Região/Estados	Nº de Vagas	QT de Categorias Profissionais	Projeto Pedagógico Publicizado	ABS como cenário
Norte				
CEULP- TO	24	6	NÃO	SIM
Nordeste				
IMIP SMS RECIFE-PE	20	5		
SMS SOBRAL CE		2	NÃO	SIM
Centro-oeste				SIM
SMS MS	20	5	NÃO	SIM
Sudeste				
PMRJ -RJ	40	5	NÃO	SIM
SMS GUARULHOS-SP	12	4	NÃO	SIM
SMS-SOROCABA	12	4	NÃO	SIM
Sul				
SMS APUCARANA PR	10	3	NÃO	SIM
Total: 8	138			

Tabela 5: Matriz de Critérios para avaliação da Práxis Antimanicomial

Dimensão: Formação para o Trabalho em Saúde Mental	
Subdimensões	Critérios <i>Escala de (0 a 10) de acordo com o nível de concordância, sendo 0 discordância total e 10 concordância máxima</i>
Propostas teóricas <i>Você deve avaliar esta subdimensão na formação para o trabalho em saúde mental a partir da formação pelas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental</i>	Interseccionalidades em saúde mental
	Luta Antimanicomial e Cuidado em Liberdade
	Política Nacional de Saúde Mental álcool e outras drogas
	Saúde Mental Coletiva e promoção de saúde mental
	Política Nacional de Atenção Básica e Saúde Mental
	Territórios e Redes de Apoio
Propostas metodológicas <i>Você deve avaliar esta subdimensão na formação para o trabalho em saúde mental a partir da formação pelas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental</i>	Formação a partir da atuação no SUS e para o SUS
	Integração de estratégias de educação e trabalho
	Processo de reorientação da formação em saúde mental
	Formação pautada em metodologias ativas de aprendizagem
	Vinculação da aprendizagem aos aspectos significativos do território
Dimensão: Processo de trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica	
Subdimensão	Critérios <i>Escala (0 a 10) de acordo com o nível de concordância</i>
Organização do processo de trabalho <i>Você deve avaliar esta subdimensão no desenvolvimento</i>	Conhecimento dos dispositivos, fluxos e organização da RAPS na sua dimensão territorial
	Incentivo a interlocução entre os saberes e práticas
	Integração e comunicação entre as equipes de saúde no território
	Educação permanente com análise crítica

<i>do processo de trabalho em saúde mental na atenção básica a partir da formação pelas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental</i>	Utilização de ferramentas de gestão do cuidado centrada nas necessidades dos usuários
	Monitoramento e avaliação da situação de saúde do território
Trabalho transdisciplinar e intersetorial <i>Você deve avaliar esta subdimensão no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde mental na atenção básica a partir da formação pelas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental</i>	Trabalho em redes intersetoriais no território
	Trabalho em equipe multiprofissional
	Trabalho interdisciplinar em diálogo com o território
	Trabalho colaborativo entre equipes
	Trabalho transdisciplinar em saúde mental no território
Dimensão: Competências e Ferramentas para a Prática em Saúde Mental na Atenção Básica	
Subdimensão	Critérios <i>Escala (0 a 10) de acordo com o nível de concordância</i>
Competências <i>Você deve avaliar esta subdimensão no desenvolvimento das Competências e Ferramentas para a prática em saúde mental na atenção básica a partir da formação pelas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental</i>	Expertise profissional no cuidado psicossocial no território
	Habilidades de comunicação e vínculo com usuários, familiares e comunidade.
	Habilidades de gestão de redes e dispositivos de cuidado
	Ética profissional com o exercício da profissão
Ferramentas em saúde mental <i>Você deve avaliar esta subdimensão no desenvolvimento das Competências e Ferramentas para a prática em saúde mental na atenção básica a partir da formação pelas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental</i>	Trabalho a partir do vínculo e escuta qualificada
	Promoção da saúde mental pautada na autonomia
	Práticas coletivas que valorizam o saber popular
	Visita domiciliar e conhecimento dos contextos de vida dos usuários e famílias
	Matriciamento e projeto terapêutico singular na perspectiva da clínica ampliada
	Redução de danos junto aos usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas
	Utilização do território e recursos comunitários no cuidado em saúde mental
	Interconsultas em saúde mental
Total:	32 critérios

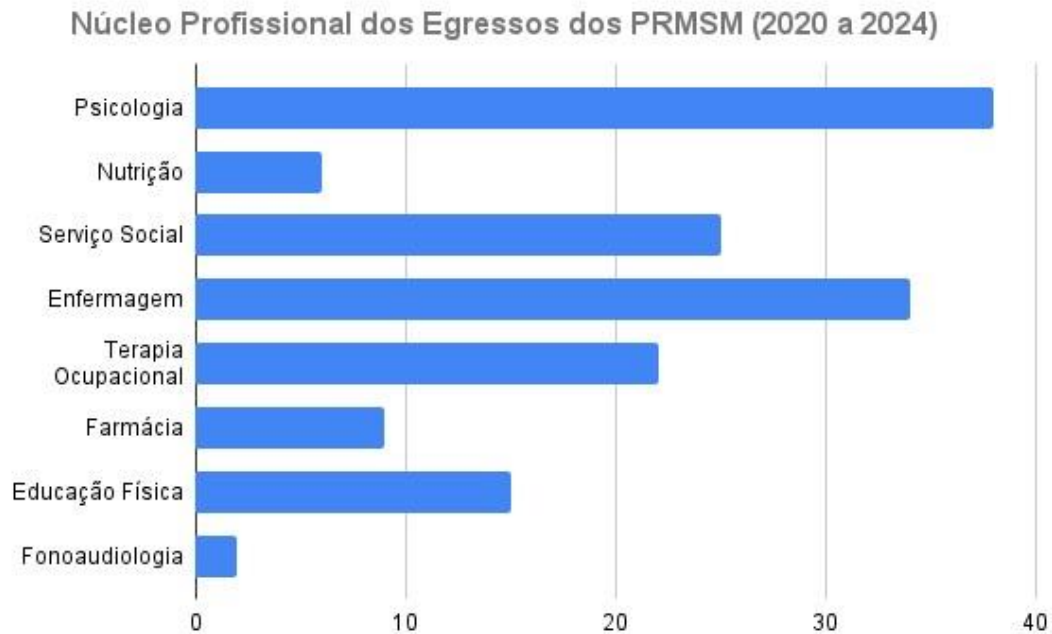
Fonte: Autoria própria

Tabela 7: Distribuição do número de egressos dos PRMSM do Brasil participantes do estudo (2020 a 2024).

Região	Registros		Respondentes	
	N	%	N	%
Norte	14	5,1	03	1,98
UNIFAP	14		03	
Nordeste	120	43,63	101	66,88
UFPB	40		51	
UPE-Campus Recife	24		10	
UPE- Campus Garanhuns	12		10	
UFS	10		01	
UFBA	06		04	
UNIVASF	10		01	
IMIP	06		06	
ESP-CE	12		20	
Centro-oeste	45	16,36	16	10,59
FIOCRUZ-BRASÍLIA	18		08	
ESCS	27		08	
Sudeste	72	26,18	28	18,54
UNIFESP	18		08	
UNESP	12		07	
UFRJ	30		10	
UERJ	12		03	
Sul	24	8,72	02	1,32
UFRGS	12		01	
UFSM	12		01	
Brasil	275	100	151	100

Fonte: Autoria própria

Figura 5. Distribuição dos respondentes egressos de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Brasil, de acordo com o Núcleo Profissional do período de 2020 a 2024.



ANEXO III – CARTA DE ACEITE DO ARTIGO 1 : REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE USP

Carta de decisão (SAUSOC-2023-0303.R1)

De: saudesoc@usp.br

Para: thayane.silva01@hotmail.com

CC:

Assunto: Saúde e Sociedade - Decisão sobre Manuscript ID SAUSOC-2023-0303.R1

Corpo: 17-jul-2023

Prezado(a) Ms. Ferreira:

Por decisão da Comissão Editorial da Saúde e Sociedade seu texto intitulado "Formação em saúde mental pelas residências multiprofissionais: contexto de contrarreforma psiquiátrica e defesa da atenção psicossocial" foi aprovado.

A Conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas (comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente), portanto, não há data definida para publicação.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Aurea Maria Zöllner Ianni
Profa. Dra. Ivia Maksud
Prof. Dr. José Miguel Nieto Olivar
Editores
Saúde e Sociedade

Data do envio: 17-jul-2023

Artigos originais

Formação em saúde mental pelas residências multiprofissionais: contexto de contrarreforma psiquiátrica e defesa da atenção psicossocial

Training in mental health with multidisciplinary residencies: context of psychiatric counter-reform and defense of psychosocial care

Thayane Pereira da Silva Ferreira*

 <https://orcid.org/0000-0002-2581-4970>
E-mail: thayane.silva01@hotmail.com

Luiz Roberto Augusto Noro*

 <https://orcid.org/0000-0001-8244-0154>
E-mail: luiz_noro@hotmail.com

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Odontologia. Natal, RN, Brasil.

Resumo

Neste ensaio teórico acerca dos desmontes da política nacional de saúde mental entre os anos de 2016 e 2022, objetivamos discutir sobre a formação em saúde mental pelas residências multiprofissionais neste contexto de contrarreforma psiquiátrica. Abordamos as alterações na Política Nacional de Saúde Mental, a análise sobre os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde

COMPROVANTE DE ACEITE DO ARTIGO 2- REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA (QUALIS A1)

Ciência & Saúde Coletiva

Decision Letter (CSC-2023-1733.R1)

From: romeugo@gmail.com

To: thayane.silva01@hotmail.com

CC: cienciaesaudecoletiva8@gmail.com

Subject: Ciência & Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CSC-2023-1733.R1

Body: 28-Feb-2024

Ferreira, Thayane; NORO, LUIZ:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil: projetos pedagógicos e diálogos com a práxis antimanicomial" for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

In order for your manuscript to be edited, we would ask that you include the text in a single file with the: (1) Title (in Portuguese and in the foreign language); (2) Authors (full name, institution, e-mail and ORCID); (3) Summary (in Portuguese and in the foreign language); (4) Keywords (in Portuguese and in the foreign language); (5) Full text of the article (from the introduction to the references) and (6) Illustrative material (if any, in up to 5 units).

We note that this file, which cannot be in PDF format, must have the same content as the manuscript which was reviewed. It is this version which shall be published.

The file and the declarations attached should be sent to the e-mail: cienciaesaudecoletiva8@gmail.com

Thank you for your contribution.

Dear Author,

Sharing primary material and methodological details worked out by you to arrive at the results presented in this article is part of the process called Open Science. Therefore, we strongly suggest that you share this material, placing it in a certified and reliable repository, and quote it in your article. SciELO makes its repository available to the Journals that are part of its collection (<https://data.scielo.org/>).

Access the social networks of Revista Ciência & Saúde Coletiva

Facebook: <https://www.facebook.com/revistacienciaesaudecoletiva/>

Twitter: <https://twitter.com/RevistaCSC>

Instagram: @revistacienciaesaudecoletiva

Prezado(a) Ms. Ferreira:

É um prazer aceitar o seu manuscrito intitulado "Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil: projetos pedagógicos e diálogos com a práxis antimanicomial" para publicação na revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

Para que o seu manuscrito seja editorado, solicitamos que você reúna em um único arquivo um texto com: (1) Título (em português e na língua estrangeira); (2) Autores (nome completo, instituição, e-mail and ORCID); (3) Resumo (em português e na língua estrangeira); (4) Palavras-Chave (em português e na língua estrangeira); (5) Corpo completo do artigo (indo desde a introdução até as referências) e (6) Material ilustrativo (caso haja, em até cinco unidades).

Observamos que esse arquivo - que não pode ser em formato de PDF - deve ter o mesmo conteúdo do manuscrito que foi avaliado. É essa versão que será publicada.

PUBLICAÇÃO DO ARTIGO 2- REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA (QUALIS A1)

A Revista
Submissão
Chamada Pública
Edições
Artigos
FAQ
Novidades
Contato

Ciência & Saúde Coletiva

Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva
Impressa ISSN 1413-8123 | Online ISSN 1678-4561

Artigos

0096/2024 - Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil: projetos pedagógicos e diálogos com a práxis antimanicomial

Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil: projetos pedagógicos e diálogos com a práxis antimanicomial

Facebook
Twitter
Whatsapp

Autor:

• Thayane Pereira da Silva Ferreira - Ferreira, T. P. S. - <thayane.silva01@hotmail.com>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9581-4070>

Como Citar

Ferreira, T. P. S., Noro, L. R. A., Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil: projetos pedagógicos e diálogos com a práxis antimanicomial. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2024/Mar). [Citado em 17/07/2024]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/a>

EN
PT

ARTIGO 3: COMPROVANTE DE PROCESSO DE AVALIAÇÃO (AGUARDANDO RECOMENDAÇÃO DO EA E DECISÃO DO EC) NA REVISTA INTERFACE COMUNICAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO.

ScholarOne Manuscripts™
Thayane Ferreira
Português (PT)
Instruções e formulários
Ajuda
Logout

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Início
Autor
Avaliar

Painel Autor

Painel Autor

1 Não submetidos e manuscritos em rascunho
1 Manuscritos submetidos
4 Manuscritos com decisões
Iniciar nova Submissão
Instruções herdadas
5 e-mails mais recentes

Manuscritos submetidos

STATUS	ID	TÍTULO	CRIADO	SUBMETIDO
Entrar em contato com o periódico ADM: Freitas, Juliana ADM: Pinto, Tiago	ICSE-2024-0264	Formação em saúde mental na atenção básica: o que dizem coordenadoras/es das residências multiprofissionais do Brasil? Visualizar submissão Carta de apresentação	02-jun-2024	10-jun-2024
- Aguardando decisão do EC - Aguardando recomendação do EA				

Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar o Windows

Author Dashboard

- 1 Submitted Manuscripts >
- 3 Manuscripts with Decisions >
- 1 Withdrawn Manuscripts >
- Start New Submission >
- Legacy Instructions >
- 5 Most Recent E-mails >

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
Contact Journal ADM: Rocha, Danuzia	CSC-2024-1140	Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil e Formação para Saúde Mental na Atenção Básica:consenso Delphi View Submission Cover Letter	30-Jun-2024	30-Jun-2024
- Awaiting EIC Decision - Awaiting Reviewer Assignment				

Ativar o Windows
 Acesse Configurações para ativar o Windows

ARTIGO 4: COMPROVANTE DE AVALIAÇÃO NA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA (QUALIS A1)

