

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

Multiprofessional Mental Health Residencies in Brazil:
pedagogical projects and dialogues with an anti-asylum praxis

Residencias multiprofesionales de salud mental en Brasil:
Proyectos pedagógicos y diálogos con la praxis antimanicomial

Thayane Pereira da Silva Ferreira (<https://orcid.org/0000-0002-2581-4970>)¹

Luiz Roberto Augusto Noro (<https://orcid.org/0000-0001-8244-0154>)²

Resumo As Residências Multiprofissionais em Saúde Mental constituem-se como estratégicas 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 Mental Health Residencies are strategic for psychosocial care in the Unified Health System. The scope of this study is to analyze the theoretical-methodological perspective, and dialogues with an anti-asylum praxis, of Multiprofessional Mental Health Residency Programs in Brazil. It involved a documentary survey of 17 pedagogical projects from these programs. IRaMuTeq software with similarity analysis, descending hierarchical classification and thematic analysis, was used to process the data. 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 address mental health in primary care in training. The main achievements of residency training consist of dialogue with human rights and innovation in educational processes, trends towards the decolonial debate on madness, and challenges in disputes over models of care. It is argued that the path to an anti-asylum praxis is based on an understanding of the genesis of madness and the processes of social exclusion, since providing care in freedom requires an existential territory for broadening the ways of improving life.

Key words Mental health, Ongoing education, Unified Health System, Human resources training

Resumen Los Programas de Residencia Multiprofesional en Salud Mental son estratégicos para la atención psicossocial en el Sistema Único de Salud. El objetivo es analizar la perspectiva teórico-metodológica de los Programas de Residencia Multiprofesional en Salud Mental en Brasil y dialogar con la praxis antimanicomial. Se trata de un estudio documental de 17 proyectos pedagógicos de estos programas. Para el procesamiento de los datos se utilizó el software IRaMuTeq, con análisis de similitud, clasificación jerárquica descendente y análisis temático. Se observó que el sustento teórico indica una mayor ocurrencia de psicopatología, problematizando el riesgo de reproducir el paradigma psiquiátrico medicalizante. También se puede identificar la necesidad de abordar la salud mental en la formación en atención primaria. Los principales logros de la formación mediante residencias consisten en el diálogo con los derechos humanos y la innovación en los procesos educativos, las tendencias se dirigen hacia el debate decolonial sobre la locura y los desafíos en las disputas de los modelos de cuidado. Se argumenta que el camino hacia la praxis antimanicomial pasa por comprender la génesis de la locura y los procesos de exclusión social, después de todo, brindar cuidados en libertad requiere un territorio existencial para ampliar las formas de producir vida.

Palabras clave Salud Mental, Educación Continua, Sistema Unificado de Salud, Capacitación de Recursos Humanos

¹ Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária s/n, Castelo Branco. 58051-900 João Pessoa PB Brasil. thayane.silva01@hotmail.com

² Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal RN Brasil.

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 da práxis antimanicomial⁵⁻⁸. 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^{2,9-11}, 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 brasileira¹⁴⁻¹⁶. 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 Mul-

tiprofissional 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 e 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) Federais, 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 Esta-

dual 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 dendrograma, 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 10.216/2001⁴ 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 epistemológicos e legais em consonância com a Organização Mundial de Saúde suscitam 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).

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 so-

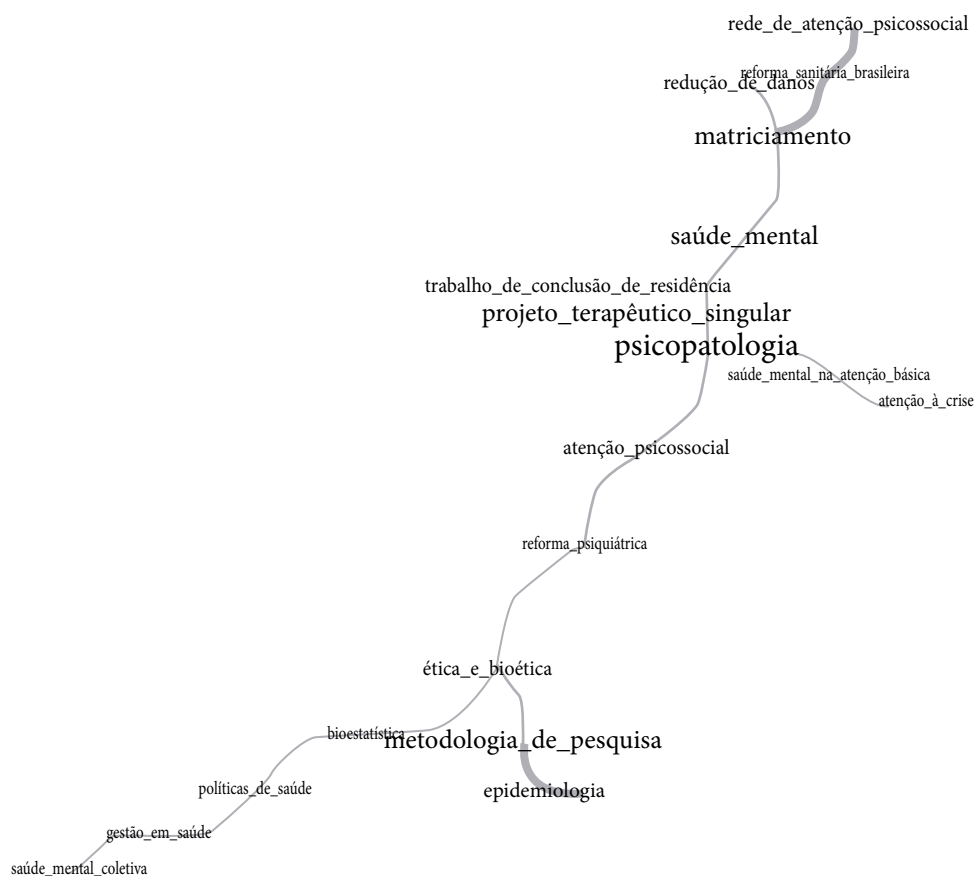


Figura 1. Análise de Similitude produzida no *software* (IRaMuTeq versão 0.7) a partir do suporte teórico dos Projetos Pedagógicos dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental do Brasil.

Fonte: Autores, produzida por meio do *software* (IRaMuTeq versão 0.7).

cial²⁴. 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^{6,8,25}. 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^{7,8,25,26}. 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 vida²⁷. 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 decolonial¹⁶⁻⁸.

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^{6,7,28}. 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^{27,29}. 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 saúde³⁰⁻³². 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^{15,27,33}.

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^{15,23,29}, 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 brasileira²⁷, além de se configurarem como estratégias para a efetivação da atenção psicossocial³⁴⁻³⁶.

Neste cerne a concepção da saúde mental coletiva nos ajuda a pensar a saúde mental na perspectiva territorial e comunitária, resgatando a perspectiva do aquilombamento²⁵ 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^{29,30,37-39}.

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 o a diversidade, convocando uma invenção cultural³ à medida que incorpora a perspectiva sociocultural da luta antimanicomial nos processos formativos.

Antimanicomializar^{8,25} 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”⁷⁸ (p.273).

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^{28,41}.

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 de-

mais classes abordando elementos do arcabouço metodológico dos PRMSM. Dentre esses, destacam-se seminários, aulas, estudos, metodologias ativas, estudos, núcleos, sessões tutoriais, problematizações, diálogo, preceptorias, tutorias, casos e oficinas.

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

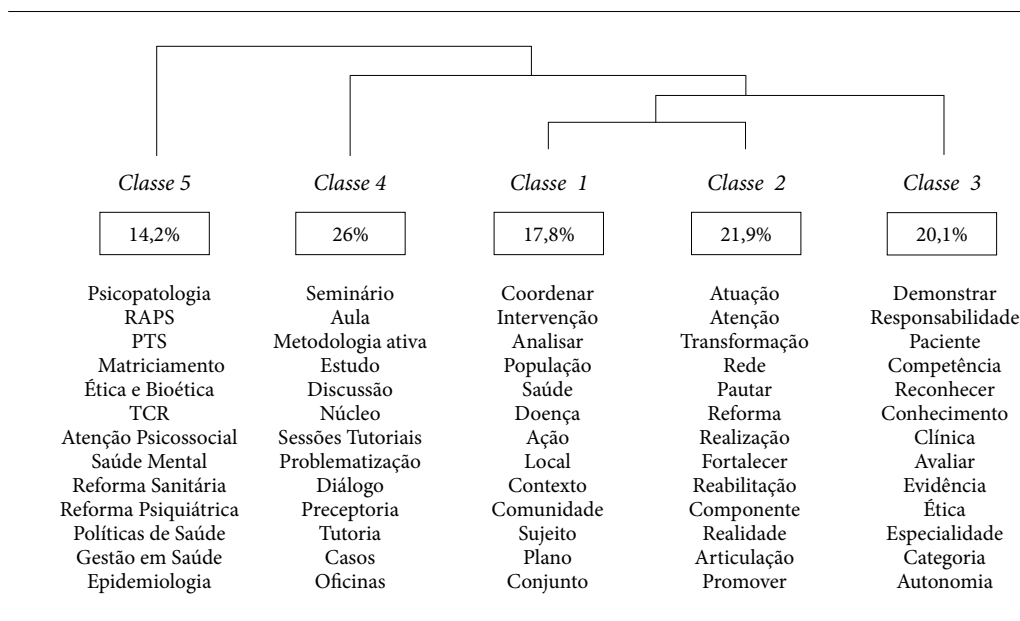


Figura 2. Dendrograma a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) produzida por meio do *software* (Iramuteq versão 0.7) a partir dos Projetos Pedagógicos dos Programas de Residências Multiprofissional em Saúde Mental do Brasil.

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

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

constitui, portanto, nessas contínuas experimentações da produção do cuidado para o desenvolvimento de competências do campo da atenção psicossocial, tendo em vista que a formação de especialistas pelos PRMSM deve 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 da práxis antimanicomial que amplia 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 per-

curso formativo em diálogo com a literatura nacional e internacional apontando a importância da formação em serviço e pela prática como proposto pelas residências na práxis. E, considerando a especificidade e complexidade do campo da atenção psicossocial reitera-se que este 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 o 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 a formação pelos PRMSM contribui 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^{26,34,41-43}, 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 os PRMSM verificam 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 se encontra 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(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 antimani-

comial 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.

Colaboradores

TPS Ferreira participou da concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, redação do artigo ou a sua revisão crítica, e aprovação da versão a ser publicada. LRA Noro participou da concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, redação do artigo ou a sua revisão crítica, e aprovação da versão a ser publicada.

Financiamento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Referências

1. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 1 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 DE, 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 nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 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* 2023; 29(3):e04432023.
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(n. esp.):206-219.

13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 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. *Saude 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*. 14ª 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. *Saude 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 person-centred 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. Benetti AS, Emerich BF, Ricci EC, Onocko-Campos RT. Existência e resistência dos corpos loucos: o corpo em processo e a reforma psiquiátrica brasileira. *Saude Soc* 2020; 29(4):e190777.
25. David EC. Aquilombar a cidade: território, raça e produção de saúde em São Paulo. *Rev Centro Pesq Form* 2020; 10:140-158.
26. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 41ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes; 2014.
27. 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. *Saude Debate* 2022; 46(n. esp. 2):327-344.
28. 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. *Saude Debate* 2019; 43(n. esp. 6):70-81.
29. Paladino L, Amarante PDC. A dimensão espacial e o lugar social da loucura: por uma cidade aberta. *Cien Saude Colet* 2022; 27(1):7-16.
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 Saude Publica* 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 (MS). *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental*. Brasília: MS; 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 Saude* 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*. São Paulo: 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 [acessado 2023 fev 23]. Disponível em: https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/sites/17/2022/11/cartilha_ABRASCO-digital-colorida.pdf.
37. Almeida SA, Merhy EE. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética antimanicomial em ato. *Rev Psico Polit* 2020; 20(47):65-75.
38. Dias JVS, Amarante PDC. Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado. *Saude Debate* 2022; 46(132):188-199.
39. Lourau R. Pequeno manual de análise institucional. In: Altoé S, organizador. *René Lourau: Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec; 2004.
40. Fernandes TM. Epistemologia Decolonial e seus desdobramentos: desafios e possibilidades no ensino. *Rev Favor Iguald Racial* 2023; 6(3):161-174.
41. 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>.
42. World Health Organization (WHO). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030* [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 jan 1]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029eng.pdf?sequence=1>.

Artigo apresentado em 08/11/2023

Aprovado em 28/02/2024

Versão final apresentada em 01/03/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva