

# A INTERSETORIALIDADE PROMOVIDA NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL COLETIVA DO CEARÁ

*THE INTERSECTORIALITY PROMOTED IN THE INTEGRATED RESIDENCY IN THE COLLECTIVE MENTAL HEALTH OF CEARÁ*

Aline Luiza de Paulo Evangelista\*  
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto\*\*

## RESUMO

O objetivo do presente artigo consiste em discutir a formação dos residentes em saúde mental coletiva para o trabalho intersetorial pela Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará (RISMC-ESP/CE) e as ações intersetoriais produzidas por este processo nos municípios cearenses de Aracati, Horizonte, Fortaleza e Iguatu. No estado do Ceará, a RISMC-ESP/CE iniciou a primeira turma em maio de 2013, visando o trabalho intersetorial na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo o primeiro programa interiorizado nessa modalidade de pós-graduação. É um estudo qualitativo descritivo, exploratório e analítico, que contou com análise documental e entrevistas semiestruturadas como técnicas para a construção das informações e considerações elaboradas. A amostragem intencional foi utilizada, sendo selecionados atores sociais envolvidos no processo, ao todo 34 participantes. Examinamos as informações por meio da Análise de Conteúdo Temática, considerando as discussões teóricas e as diretrizes nacionais da atenção psicossocial, das discussões da Educação Permanente em Saúde (EPS) e da intersectorialidade. Identificamos a qualificação da RAPS nos municípios estudados através da operacionalização da intersectorialidade. O incentivo ao trabalho intersectorial no percurso formativo comprometido com os princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, favoreceram a promoção da saúde mental nos territórios trabalhados, pois mexeu com as políticas e os serviços existentes. Assim, compreendemos a importância do fortalecimento da EPS, e, por consequência das Residências Multiprofissionais em Saúde, não apenas no estado do Ceará, mas também no Brasil, compreendendo-as como estratégias de avanços na Reforma Psiquiátrica Brasileira e na luta antimanicomial.

## PALAVRAS-CHAVE

Educação Permanente em Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde. Intersectorialidade. Saúde Mental.

## ABSTRACT

The objective of this article is to discuss the training of residents in collective mental health for intersectoral work by the Integrated Residence in Collective Mental Health of the School of Public Health of Ceará (RCMH-SPH/CE) and the intersectoral actions produced by this process in Municipalities of Aracati, Horizonte, Fortaleza and Iguatu. In the State of Ceará, the RCMH-SPH/CE started the first group in May 2013, aiming at intersectoral work in the Psychosocial Attention Network (PAN), the first internalized program in this postgraduate modality. It is a descriptive, exploratory and analytical qualitative study, with documentary analysis and semi-structured interviews as techniques for the construction of the information and elaborated considerations. Intentional sampling was used, and social actors involved in the process were selected, with a total of 34 participants. We analyzed the information through the Thematic Content Analysis, considering the theoretical discussions and the national guidelines of psychosocial care, the discussions of the Permanent Education in Health (PEH) and the intersectoriality. We have identified the PAN qualification in the municipalities studied through the operationalization of intersectoriality. The incentive to intersectoral relation in the training course committed to the principles of Sanitary and Psychiatric Reforms in Brazil, favored the promotion of mental health in the territories worked, as it moved with existing policies and services. Thus, we understand the importance of strengthening PEH, and consequently of Multiprofessional Residences in Health, not only in the State of Ceará, but also in Brazil, understanding these as strategies for advancement in the Brazilian Psychiatric Reform and in the anti-asylum fight.

## KEYWORDS

Permanent Education in Health. Multiprofessional Health Residence. Intersectoriality. Mental health.

\*Assistente Social. Residente em Saúde Coletiva da Residência Integrada em Saúde da ESP-CE. Mestre em Saúde Pública.

\*\*Pesquisadora Especialista da Fiocruz-CE. Tutora da Residência Integrada em Saúde da ESP-CE.

## Correspondência

E-mail: \*alineluizaevangelista@hotmail.com | \*\*ivana.barreto@fiocruz.br

## INTRODUÇÃO

A ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde passou a ser uma atribuição do SUS, definida no art. 200 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. A partir da década de 1990, fortaleceu-se a preocupação com a Educação Permanente em Saúde (EPS), gerando discussões e ações do Ministério da Saúde (MS), na perspectiva de atender a necessidade de formação de profissionais capazes de atuar na realidade do sistema de saúde público brasileiro. Dentro do contexto, surge a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004a) que define a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde como uma estratégia do SUS.

Ao considerarmos as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) como uma estratégia de EPS, temos a criação normativa dessas com a promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que também traz a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Antes da referida legislação os programas de RMS já existiam, dentre eles o Programa de Residência Integrada em Psiquiatria e Saúde Mental, do Instituto Municipal Philippe Pinel, em 1994 (RAMOS et al., 2006), possibilitando a formação de profissionais para além do paradigma psiquiátrico, apresentando uma proposta de currículo a fim de formar para o trabalho em equipe interdisciplinar nos dispositivos substitutivos do modelo hospitalocêntrico (CAMPOS, 2006).

No ano de 2011, contamos com o Decreto Presidencial nº 7.508/2011 e com a Portaria do MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, regulamentando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como uma das portas de entrada às ações e aos serviços do SUS

(BRASIL, 2011a), sendo constituída não apenas pela atenção psicossocial especializada, mas também pela atenção básica, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011b).

Com os dispositivos citados, temos que as políticas de saúde mental e a atenção psicossocial devem ser organizadas em “rede”, permitindo a formação de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e de atores sociais envolvidos (AMARANTE, 2007). Percebemos a implementação e a qualificação da RAPS pautada na Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) na qual encontramos a reformulação do modelo de Atenção à Saúde Mental, mostrando o comprometimento com a luta antimanicomial que retira o foco do tratamento do modelo hospitalocêntrico da Psiquiatria, e passa a incentivar serviços comunitários e abertos.

No lugar dos hospitais psiquiátricos, a RAPS ganha espaços intersetoriais, incluindo o campo da saúde mental, da saúde em geral, das políticas públicas e da sociedade civil como um todo (AMARANTE, 2007). De acordo com o autor, essa rede “pode ser bem mais ampla e complexa, de acordo com as possibilidades locais e a criatividade de cada serviço ou equipe”, demonstrando a importância do conhecimento dos dispositivos disponíveis nos territórios de atuação profissional (AMARANTE, 2007, p.88).

Concordamos com Andrade (2005) quando ele afirma a promoção da saúde favorecida a partir da intersetorialidade, tendo em vista a necessidade de ações dos diversos setores da sociedade dentro do processo de produção social saúde-doença, pois a saúde não se restringe a ser assegurada apenas pelo seu próprio setor.

A concepção do MS ressalta a constituição da rede intersetorial por meio de “recursos

afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência, etc.), culturais, religiosos e de lazer” (BRASIL, 2004b, p.11), como mecanismos capazes de potencializar as equipes de saúde para o cuidado e reabilitação psicossocial.

A luta antimanicomial e o movimento da RPB não cessaram com as conquistas até então alcançadas na concepção de saúde mental e na constituição da rede de atenção. Temos a defesa da desinstitucionalização, da implantação e melhoria dos serviços psicossociais de base comunitária e da transformação da percepção da loucura como exemplos de pautas recorrentes nas discussões e ações realizadas.

Todas as mudanças produzem a necessidade da EPS para os profissionais de saúde, para que se preparem para atuação em todas as modalidades de serviços da RAPS com foco na intersectorialidade, permitindo o diálogo e o comprometimento com os princípios da Reforma Sanitária e da RPB. Logo, faz-se necessária a criação das RMS com ênfase em saúde mental, pois estamos diante da proposta de um programa de residência voltado para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, preconizando intervenções nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), logo, mostrando a prioridade na base comunitária e não mais na centralidade hospitalar (FRICHEBRUDER; SILVA; CRUZ, 2006).

As RMS apresentam o potencial de romper com os paradigmas existentes na formação dos profissionais de saúde para o SUS, apresentando potencial também de contribuição para a qualificação da atenção nos serviços de saúde (BRASIL, 2006a), enfocando no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, nas redes de atenção e suas linhas do cuidado, nas redes

sociais e nos espaço de atuação intersectorial, estabelecendo uma prática profissional em que o centro é o encontro com o usuário. É esse protagonismo em rede que retira a educação do formato acadêmico e a reafirma na EPS pelas múltiplas formas de produção da atenção à saúde (CECCIM, 2010).

Na particularidade cearense, surge em 2013 o primeiro programa interiorizado de EPS na pós-graduação com a implementação da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS/ESP-CE), contando com ênfases comunitárias e hospitalares. No caso da saúde mental, surge a Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva (RISMC/ESP-CE) compondo o quadro de residências comunitárias do programa RIS/ESP-CE, tendo em vista a exigência por um trabalho em saúde mental pautado nos novos moldes estabelecidos pela RPB.

O caráter interdisciplinar e intersectorial das práticas é uma condição do trabalho, a ser construída por meio da educação e na colaboração interprofissional em saúde, como ferramentas essenciais para a formação de profissionais que lidarão com pessoas em sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais. Diante disso, o objetivo do presente artigo consiste em discutir a formação dos residentes em saúde mental coletiva para o trabalho intersectorial pela RISMC-ESP/CE e as ações intersectoriais produzidas por este processo nos municípios cearenses de Aracati, Horizonte, Fortaleza e Iguatu.

## MÉTODOS

Considerando o objetivo do estudo, a esfera qualitativa apresentou-se como método de pesquisa mais adequado (CRESWELL, 2010), compreendendo como constituinte de um campo no qual é possível visualizar cada

vez mais o interesse pela exploração dos fenômenos sanitários e dos serviços de saúde (MERCADO-MARTÍNEZ; BOSI, 2007).

O cenário da pesquisa foi formado pelos quatro municípios do estado do Ceará, onde foram operacionalizadas e concluídas a primeira e a segunda turma da RISM/ESP-CE, para permitir uma aproximação longitudinal do processo, sendo as turmas iniciadas no ano de 2013 e de 2014, respectivamente. Tais municípios foram: Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu.

Dentro desse contexto, selecionamos os participantes da pesquisa de forma intencional para garantir a inclusão da variedade de atores sociais que participaram da implementação da residência e maior qualidade das informações construídas, sendo os secretários municipais de saúde, os coordenadores de saúde mental, os articuladores da RISM/ESP-CE nos municípios, os gerentes dos CAPS onde os residentes estiveram inseridos, os preceptores de campo, os profissionais dos CAPS que interagiram com os residentes e os residentes que viveram a experiência nos referidos municípios.

O encerramento da coleta de informações aconteceu por redundância ou saturação das mesmas, totalizando 34 participantes. Os critérios de exclusão da pesquisa foram: os profissionais do serviço que não atuaram com os residentes da primeira e da segunda turma da RISM/ESP-CE e os residentes que não concluíram a RISM/ESP-CE.

Como técnica de construção das informações da pesquisa foi utilizada análise documental, bem como entrevistas semiestruturadas. A análise documental contribuiu para a compreensão dos documentos que regem a execução da RISM/ESP-CE, ou seja, o Projeto Político-Pedagógico e o Regimento Interno.

As entrevistas, visando apreender a percepção dos atores sociais, foram gravadas de acordo com a autorização prévia deles por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o sigilo de suas identidades. O trabalho de campo para a realização das entrevistas ocorreu de julho de 2015 a agosto de 2016.

Como técnica de análise foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática, uma das técnicas de pesquisa capaz de tornar as inferências sobre as informações de um determinado contexto replicadas e válidas através de procedimentos especializados e científicos (MINAYO, 2014). A análise do estudo realizado ancorou-se nas discussões teóricas e diretrizes nacionais da Atenção Psicossocial, nas discussões da EPS e da intersetorialidade.

Vale destacar que o presente artigo é um recorte da dissertação intitulada “A implementação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva do Ceará e os reflexos na Atenção Psicossocial” apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC) em 22 de fevereiro de 2017. O compromisso seguiu conforme os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo resguardado pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC com o Parecer nº 1.121.574.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os residentes da RISM/ESP-CE são incentivados pela coordenação, tutores e preceptores, a desenvolverem tecnologias assistenciais comprometidas com os princípios e as diretrizes da Reforma Sanitária e da RPB. As atividades propostas pela estratégia de EPS possibilitam a execução

de ações de base comunitária, favorecendo a desinstitucionalização das mesmas e a promoção da saúde mental.

A RISMC/ESP-CE conta com a realização de módulos transversais (demais ênfases do programa RIS-ESP/CE) e módulos específicos (exclusivo da RISMC/ESP-CE), possibilitando a educação pelo trabalho na Atenção Psicossocial aliando teoria e prática e considerando que estas não são dissociadas.

Dentro dos módulos transversais disponibilizados, ressaltamos o módulo “Integralidade, Intersetorialidade, Redes de Atenção e Linhas de Cuidado”, orientando a atuação profissional comprometida com as ações integrais e intersetoriais a serem realizadas pelos residentes em saúde mental nos cenários de prática, mais especificamente, nos CAPS (Geral, Álcool e Drogas e Infantil) e em seus territórios de abrangência.

Nos módulos específicos da RISMC/ESP-CE são trabalhadas as seguintes temáticas: História e Legislação da Saúde Mental no Brasil, Atenção Psicossocial, Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família, Atenção Psicossocial à Infância, Adolescência e Juventude, Psicofarmacologia, Atenção Psicossocial ao Usuário do Álcool e outras Drogas e Saúde Mental Produção e Trabalho.

Dentro do percurso formativo, os residentes passam por Estágio em Rede e Estágio de Percurso considerando a necessidade de compreender as múltiplas expressões da realidade dos usuários e dos serviços de saúde, entendendo que isso ultrapassa os muros institucionais conforme é defendido pelas ideias da RPB. Como exemplo, encontramos o Estágio de Rede subdividido em Rede de APS (Saúde da Família), Rede Hospitalar (Plantões), Rede Gestão/Regulação e Rede Intersetorial, mostrando as possíveis linhas de cuidado na RAPS.

[...] A gente incluía também o estágio no território que a gente chamava por estágio de rede onde o residente transitava para além de onde era o campo de estágio dele principal, o campo de formação. Eles transitavam também por outras redes, transitou pela Atenção Primária, pela Atenção Hospitalar e transitou até mesmo por movimentos sociais e essa não era uma prática comum dos profissionais. Com isso, os serviços começaram a incluir essas outras práticas no seu cardápio também de atendimento [...] (Coor3).

Podemos identificar o incentivo à intersetorialidade no processo de formação dos residentes, pois o exercício da área profissional em cada especialidade não é limitado ao conhecimento de núcleo e à intervenção uniprofissional. Caso essa limitação ocorresse, o risco de tratar a doença e não as pessoas ganharia força, mas sabemos do fato da existência e dos significados das doenças quando as pessoas são acometidas, logo a centralidade deve estar nas pessoas (CECCIM, 2010; CECCIM et al., 2010).

Desse modo, a RISMC-ESP/CE organiza-se para atuar de forma intersetorial, visando à integralidade e à interprofissionalidade, favorecendo o desenvolvimento de competências profissionais pelos residentes com embasamento teórico e prático dentro das perspectivas da Saúde Mental Coletiva e do aprofundamento dos ideários da RPB, além das discussões sobre o modelo de atenção psicossocial e das tecnologias disponíveis para o cuidado nesse campo complexo.

A saúde mental hoje é considerada como área de conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde, sendo complexa, plural, intersetorial, dotada de uma transversalidade de saberes.

O conceito ampliado de saúde ganha espaço, sendo composto pela interdisciplinaridade, intersetorialidade e territorialidade, considerando o caráter político, ideológico, cultural e social da luta antimanicomial (AMARANTE, 2007).

A partir das mudanças ocorridas com as Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, a formação profissional na área de saúde mental necessitou e necessita ser reorientada de tal forma que capacite os profissionais para o processo de transformação defendido pelo ideário reformista, pois as novas formas de organização das equipes, a transformação das responsabilidades dos profissionais, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, a relação entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito são temas cruciais para a nova formação profissional nesse campo (BEZARRA JÚNIOR, 2007).

Diante dessa discussão, encontramos como objetivo da RISM-C-ESP/CE o intuito de proporcionar a formação de lideranças técnico-científico-políticas para a qualificação da RAPS, tendo como visão a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, apresentando como embasamento a RPB, a Luta Antimanicomial, a Colaboração Interprofissional, a Integralidade e a Intersectorialidade (CEARÁ, 2013), orientando-se pelos princípios e diretrizes que compõem o SUS e pelas realidades municipais e regionais.

Dentro dessa organização, a ênfase em Saúde Mental Coletiva foi pensada para formar especialistas nessa área “com base nos pressupostos da luta antimanicomial, da RPB e do SUS, com ênfase na Política Nacional de Saúde Mental, considerando a indissociabilidade entre educação, trabalho e cidadania” (CEARÁ, 2012, p. 119).

Logo, fica claro o objetivo da RISM-C-ESP/CE, sendo este:

Formar lideranças técnicas-científicas políticas para a qualificação da RAPS, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, embasada na RPB, na Luta Antimanicomial, na colaboração interprofissional, na integralidade e na intersectorialidade (CEARÁ, 2013, p. 6).

A RISM-C-ESP/CE preserva a articulação entre as redes de atenção à saúde com base na integralidade, na intersectorialidade e na colaboração interprofissional. Isso faz com que os serviços de saúde mental atuem no território, não apenas centrado nas instituições, com o apoio dos demais dispositivos das políticas públicas, entendendo os usuários em sua complexidade física, mental e social.

Caminhando na direção da atenção psicossocial (BRASIL, 2004b; AMARANTE, 2007), o trabalho e a articulação intersectorial foi uma dimensão significativa no olhar dos participantes da pesquisa. A atuação no território, possibilitando a articulação tanto com os dispositivos do campo da saúde quanto com os de outros campos, fomentando uma atuação intersectorial, favorecendo o atendimento integral diante das demandas dos usuários esteve muito presente nas falas dos entrevistados.

A residência tem a característica de fazer com que os vários dispositivos que o município tem, se comuniquem. Eu acho que uma das coisas que a residência consegue fazer é que esses dispositivos se comuniquem e isso fortalece muito o cuidado. [...] Eu acho que a residência é um catalisador para fazer com que esses dispositivos se comuniquem e atuem (Res9).

Compreendemos a relação intrínseca entre a intersectorialidade e a integralidade, tendo em vista a percepção desses conceitos pelos atores sociais da pesquisa. É importante colocar que emergiu a partir da análise documental a presença do trabalho intersectorial nas diretrizes curriculares da RISM-ESP/CE. A parte teórica sobre intersectorialidade foi discutida nas atividades pedagógicas enquanto a prática das discussões ocorreu cotidianamente nas demandas dos serviços e em abordagens comunitárias.

A intersectorialidade como promotora de saúde pode ser identificada na Carta de Ottawa, produzida pela 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 em Ottawa-Canadá, quando o documento afirma a promoção da saúde como responsabilidade de todos os setores e não apenas do setor saúde, enfatizando a interação entre os recursos sociais e pessoais (BRASIL, 2001).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde inclui a intersectorialidade como diretriz para a promoção da saúde, deixando clara a necessidade do diálogo e da corresponsabilidade em rede entre as diversas áreas para a qualidade de vida e a produção do cuidado em saúde (BRASIL, 2006b).

Nessas considerações, a saúde mental dentro do contexto de promoção da saúde, remete-nos à reorientação dos serviços de saúde e aos dispositivos disponíveis para promover saúde, reconhecendo os usuários como principal foco da saúde e a necessidade de ações comunitárias que dialoguem com as políticas públicas existentes, potencializando formas mais amplas de intervir em saúde e respeitando as subjetividades presentes nas histórias de vida das pessoas em sofrimento psíquico.

Um preceptor de campo trouxe em sua entrevista ao falar que a RISM-ESP/CE

ampliou o olhar em relação à saúde mental e a intersectorialidade, “a questão da articulação em rede, da importância de se estar junto às unidades básicas de saúde com os outros órgãos e serviços” (Prec2).

Compreendemos a necessidade da intersectorialidade através da fundamentação de Andrade (2005), mostrando as práticas e os saberes intersectoriais constituindo um campo novo no qual emerge a mediação entre os setores existentes naquela realidade, havendo diálogo entre si de acordo com as responsabilidades relativas ao objeto de cada um e com os problemas complexos existentes dentro do território.

[...] Antes era muito aquele trabalho mesmo dentro da instituição. O usuário chegava, era acolhido, passava pelo atendimento médico e pronto. A residência trouxe novidade para a Rede de Saúde Mental, logo que ela começou a trabalhar em rede com os outros serviços de saúde e não só com os outros serviços de saúde, mais com o serviço social, com o serviço de educação. Então, garante a integralidade, como eu vejo o indivíduo como um todo, não só saúde, mais como o social e a educação (Res12).

A articulação intersectorial e o trabalho entre as redes de atenção à saúde a partir da conceituação de integralidade foram presentes nas percepções dos atores sociais da pesquisa. Para Carvalho (2014), a integralidade está relacionada à noção de continuidade de cuidados implicando que os serviços sejam abrangentes, podendo substituir funções antes delimitadas ao aparato hospitalocêntrico. Serviços como intervenção em crises, instalações residenciais para as pessoas em acompanhamento, oportunidades de lazer e redes de suporte social.

Entendemos desse modo, a relação direta entre a intersectorialidade e a atenção psicossocial, compreendendo a realização dessa articulação com os dispositivos existentes no território por meio da atuação dos residentes da RISM-ESP/CE em seus campos de prática. Podemos perceber isso nos trechos a seguir, aproximando os campos da saúde mental, da assistência social e da educação.

[...] A gente procura ir às casas dessas pessoas, nos espaços que nos eram cedidos nos CRAS, onde a gente tem os grupos dos CRAS, a gente adentrava nesses grupos para fazer algumas dinâmicas em relação à saúde mental, para promover essa saúde mental (Res2).

[...] Teve alguns projetos de intervenção intersectorial que a gente conseguiu. Teve um projeto na escola que a gente passou estes dois anos de residência quase fazendo um acompanhamento com uma escola de ensino profissionalizante [...] (Res5).

Diante do exposto, identificamos a promoção da saúde mental nos territórios trabalhados pelos residentes a partir da articulação intersectorial incentivada na formação dos mesmos na RISM-ESP/CE, retirando o foco da hospitalização e da institucionalização dentro das intervenções realizadas, tendo em vista um campo de saúde mental interlocutor e articulador dos outros campos da sociedade.

As ações aqui apresentadas demonstram a real possibilidade de se promover saúde mental de base territorial e antimanicomial dentro das redes de atenção à saúde, qualificando o cuidado e ampliando o acesso de usuários aos serviços de saúde, bem como articulando o acesso dos mesmos aos dispositivos das demais políticas públicas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos a intersectorialidade no processo de implementação da RISM-ESP/CE, compreendendo as percepções dos atores sociais entrevistados de que as ações intersectoriais possibilitam o “sair do muro do CAPS” e a habitação do território vivo no qual os profissionais de saúde estão imersos.

O objetivo da residência estudada em qualificar a RAPS com base na intersectorialidade foi desenvolvido, conforme analisado nos documentos oficiais do programa e identificado nas informações disponibilizadas pelos entrevistados. As articulações intersectoriais passaram a ser construídas a partir dos módulos transversais e específicos disparados pelo corpo formativo da ESP-CE, incentivando a formação crítica dos profissionais residentes de forma a que desenvolvessem liderança técnico-científica e competências para atuação na RAPS.

A partir das falas analisadas identificamos a promoção da saúde mental por incentivo das ações intersectoriais nos territórios de atuação dos profissionais residentes, pois mexeram com a rede de políticas e de serviços existentes nos quatro municípios estudados. Cabe-nos então ressaltar a importância do fortalecimento da EPS, e, por consequência das RMS, não apenas no estado do Ceará, mas também no Brasil, compreendendo essas como estratégias de avanços na RPB e na luta antimanicomial.

## AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de mestrado. Aos profissionais da Escola de Saúde Pública do Ceará, pelo compro-

misso com a pesquisa e pela colaboração no andamento da mesma. Aos atores sociais da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará entrevistados, pela disponibilidade em participar das entrevistas. À Rúbia Andrade, apoio técnico do projeto “Laboratório de Pesquisas em Ensino e Gestão do Conhecimento, da Educação e do Trabalho na Saúde”, pelo auxílio na realização e na transcrição das entrevistas do estudo.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve conflitos de interesse na concepção deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 136 p.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. 123 p. (Coleção Temas em Saúde).

ANDRADE, L. O. M. **Saúde e o dilema da intersectorialidade**. 2005. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

BEZARRA JÚNIOR, B. **Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil**. Physis: Revista Saúde Coletiva, v. 17, n. 2, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2001. 56 p. (Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <[http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a RAPS 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. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, DF, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, 34).

CAMPOS, M. B. **As relações entre o Instituto Municipal Philippe Pinel e ABP sempre foram próximas e fraternas**. Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 27 jun. 2006. Entrevista concedida à Assessoria de Imprensa da ABP. Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/historia/noticia/exibNoticia/?not=>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

CARVALHO, M. C. A. **Saúde mental na atenção básica**. In: SOARES, M. A. J. (Org.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. 296 p.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Escola de Saúde Pública. **Projeto Político Pedagógico/Escola de Saúde Pública do Ceará**. Fortaleza, 2012.

CEÁRA. Secretaria de Saúde. Escola de Saúde Pública. Residência Integrada em Saúde. **Regimento RIS-ESP/CE**. Fortaleza, 2013.

CECCIM, R. B. A Educação Permanente em Saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. In: MINAS GERAIS. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Seminário Saúde Mental: os desafios da formação**. Belo Horizonte, 2010. (Caderno Saúde Mental, 30).

CECCIM, R. B. et al. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 127- 144.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

FRICHEMBRUDER, S. C.; SILVA M. C. C.; CRUZ, R. A. C. Curso de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental em nível de residência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão, do Trabalho e da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, DF, 2006. 414 p.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.; BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 23-71.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

RAMOS, A. de S. et al. Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2015.