As residências multiprofissionais, o SUS e a saúde mental dos residentes

Renata Patricia Forain de Valentim
Doutora em Psicologia
Professora do Instituto de Psicologia da Uerj
Coordenadora da COREMU/Uerj (2021-2023)

Debora Lopes de Oliveira
Doutora em Serviço Social.
Professora da Faculdade de Serviço Social da Uerj
Assistente Social - CEREST - Duque de Caxias/RJ
Vice-coordenadora da COREMU

Resumo: A residência é uma pós-graduação *latu sensu* de dois anos que equivale a uma especialização. É oferecida para os cursos da área da saúde, na forma de um ensino em serviço, sob orientação de profissionais que já atuam nesses dispositivos. Sua regulação é dada pela Comissão Nacional de Residência em Saúde, criada pela mesma lei que instituiu as residências multiprofissionais como modalidade de ensino em serviço, como estratégia para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse relato quer trazer, ainda que de forma breve, um pouco mais sobre a Coordenação das Residências Multiprofissionais (COREMU/Uerj), e sobre o que são os cursos de residência multiprofissional, sua importância para formação de trabalhadores para o SUS e a necessidade, que se apresenta de modo cada vez mais premente, de cuidar da saúde mental daqueles que cuidam, dos profissionais da saúde. Nesse caso, de profissionais que estão somente iniciando sua inserção no campo da saúde pública.
Palavras-chave: Residências multiprofissionais; SUS; COREMU/Uerj.

MULTIPROFESSIONAL RESIDENCIES, SUS AND THE RESIDENTS' MENTAL HEALTH

Abstract: The residency is a 2-year latu sensu postgraduate course, which is equivalent to a specialization. It is offered for courses in the health area, in the form of in-service teaching, under the guidance of professionals who already work in these devices. Its regulation is given by the National Health Residency Commission, created by the same law that instituted multiprofessional residencies as an in-service teaching modality, as a strategy for the provision and retention of professionals in programs, projects, actions and activities and in priority regions for the Unified Health System (SUS). This report aims to present, albeit briefly, a little more about the Coordination of Multiprofessional Residencies, (COREMU/Uerj), and about what the multiprofessional residency courses are, their importance for training workers for the Unified Health System and the need, which is presented in each way increasingly pressing, to take care of the mental health of those who care, health professionals. In this case, professionals who are just beginning their insertion in the field of public health.

Keywords: Multiprofessional residencies; SUS; COREMU/Uerj.

Introdução

Desde o início da pandemia de Covid-19, a Coordenação das Residências Multiprofissionais (COREMU/Uerj) vem manifestando sua preocupação com a saúde mental de seus residentes. São crescentes os casos de abandono, de surtos, de adoecimento e de conflito com os demais profissionais nos campos de atuação ou mesmo com o corpo acadêmico dos cursos.

Claro que essas situações sempre existiram. Os cursos de especialização na modalidade residência, em sua estrutura, com 40 horas de atividades práticas no campo e 20 horas de atividades teóricas semanais, são em si mesmos abusivos e causadores de um profundo esgotamento físico e mental. Somam-se a isso as pressões de uma atuação exercida em um campo público depauperado, com equipes reduzidas e sobrecarrega-

das, acrescenta-se uma pandemia e tem-se a perfeita combinação para o substancial aumento dos conflitos e casos como os elencados acima.

No âmbito acadêmico, a conjuntura adversa relacionada à pandemia da Covid-19 foi adensada pela necessidade de contingenciamento e distanciamento social e pela determinação da quarentena nas instâncias municipal, estadual e federal. Houve a suspensão das atividades didáticas presenciais e medidas de segurança sanitárias foram adotadas, impactando na organização dos serviços nos campos de prática e causando muitas inquietações quanto ao processo de integralização das turmas e com as condições objetivas para a realização das atividades.

Cabe ainda destacar que, nesse período, a única medida tomada pelo governo federal, por intermédio do Ministério da Saúde, foi a inclusão dos residentes da área da saúde no programa "Brasil Conta Comigo". Inclusão que significou o pagamento de uma bonificação mensal no valor de R$ 667,00 pela atuação no combate à pandemia da Covid-19, um mecanismo de compensação falaciosa para os riscos a que os residentes estavam expostos. O benefício perdurou enquanto foi reconhecida a emergência sanitária, cessando em fevereiro de 2022, quando o valor foi incorporado à bolsa recebida pelos residentes.

Partindo dessas primeiras observações, esse relato quer trazer, ainda que de forma breve, um pouco mais sobre a COREMU/Uerj e sobre o que são os cursos de residência multiprofissional, sua importância para formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade, que se torna cada vez mais premente, de cuidar da saúde mental daqueles que cuidam, os profissionais da saúde. Nesse caso, profissionais que estão somente iniciando sua inserção no campo da saúde pública.

1 - A COREMU, as residências multi e a integralidade da assistência

A residência é uma pós-graduação *latu sensu* de dois anos, que equivale a uma especialização. Ela é oferecida para os cursos da área da saúde, na forma de um ensino em serviço, sob orientação de profissionais que já atuam nesses dispositivos. Sua regulação é dada pela Comissão Nacional de Residência em Saúde, criada pela mesma lei que instituiu as residências multiprofissionais como modalidade de ensino em serviço, como estratégia "[...] para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde. [...]" (BRASIL, 2005, p. 1).

No caso dos programas de residência da Uerj, são profissionais que iniciam sua trajetória profissional e sua imersão na saúde pública em dispositivos que compõem o complexo de saúde da Uerj, como o HUPE, a policlínica Piquet Carneiro, o CAPS Uerj ou a Unati, mas também em outros dispositivos do SUS na cidade do Rio de Janeiro. Há residentes em instituições municipais e estaduais, como as Clínicas da Família, o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro, o Centrario, entre outros campos. As bolsas oferecidas são financiadas pelas secretarias municipal e estadual e pelo Ministério da Saúde.

A COREMU/Uerj é o colegiado que reúne os 11 programas de residência da universidade. São residências em Serviço Social, Saúde Mental, Enfermagem em Saúde da Família, Psicologia Institucional, Nutrição, Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Saúde do Idoso e Odontologia. No total, são mais de 300 residentes, além de tutores, preceptores, professores, coordenadores e técnicos. Para se ter uma ideia da magnitude dos programas de residência dentro da universidade e fora dela, há serviços que hoje não funcionariam, se não fossem os residentes.

É interessante notar que muitas vezes os programas que compõem a COREMU são chamados de residências não médicas, o que é um movimento muito sintomático das instituições e das estruturas de poder dentro dos dispositivos de saúde. É usual definir e firmar a categoria médica como central, hegemônica, e as demais como a composição de um entorno indiferenciado, acessórias.

Trata-se então de um posicionamento político falar de residências multiprofissionais de saúde e, com isso, resgatar uma das proposições mais importantes do SUS: a da integralidade. Nela, o centro não está – ou não deveria ser – ocupado por uma disciplina. No centro está o sujeito que está sendo atendido, o usuário do serviço e a complexidade que atravessa sua existência, que é física, mas também social, econômica, política e subjetiva.

Dando um exemplo dessa complexidade que precisa ser acolhida pelos serviços de saúde, para alguns dos residentes que iniciaram seu curso depois da pandemia de Covid-19, o que mais provocou consternação, o que foi mais difícil de compreender e de lidar não foi a doença, mesmo estando em campos muito árduos de atuação. O mais difícil foi lidar com a pobreza da população assistida e com o grau de vulnerabilidade e miserabilidade a que estavam e continuam submetidos, em uma grave expressão da questão social que marca a sociedade brasileira. Mais de

uma vez, a instituição em que atuavam fez caixinha para comprar cestas básicas. Do mesmo modo, clientes das classes mais populares, moradores das partes mais altas das comunidades, não puderam chegar aos dispositivos pela falta de dinheiro para o mototáxi.

Diante desse cenário, como reduzir os atendimentos às práticas curativas? Como reduzir os atravessamentos sociais, econômicos, políticos, culturais, que os usuários carregam, ao trato do corpo biológico? Como prescindir do Serviço Social, que vai coordenar os esforços para que as políticas públicas se tornem acessíveis a esse usuário, como não trabalhar junto com a Nutrição e a Enfermagem nas consequências físicas e mentais dos casos-limite de emergência sanitária, de desnutrição, de impossibilidade ao acesso à água e aos medicamentos? Como não ter a Psicologia e a Saúde Mental juntas, quando a saúde passa pelo restabelecimento dos laços comunitários e familiares? Como não pensar a saúde da família em sua totalidade, a do idoso? Como não romper com o paradigma médico-curativo, ainda hegemônico, e produzir práticas comprometidas com uma perspectiva de saúde integral, apropriando-se da lógica da determinação social do processo saúde-doença, a partir de uma perspectiva de trabalho coletivo em saúde dialógica e horizontalizada?

Pela lei do SUS, a Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), a integralidade da assistência é definida como um dos pilares da atenção primária, como a articulação contínua da promoção de saúde, da prevenção, do tratamento e da reabilitação, abrangendo assim todos os níveis que compõem o sistema de atenção. Deve ser compreendida como um direito, garantido *a priori*, que envolve o ato de cuidar das pessoas por meio de ações interdisciplinares. Para autores como Souza *et al*. (2012) e Alves (2005), é ainda a diretriz do SUS que mais confronta o modelo hegemônico da atenção à saúde, não reduzindo a complexidade exigida dos níveis de atenção à monocultura do funcionamento orgânico, que fragmenta as práticas, objetiva os sujeitos e coloca todo seu foco na doença e na intervenção curativa (ALVES, 2005).

> Um profissional que compreende a prática da integralidade não se detém a uma assistência meramente curativa, mas visa conhecer os possíveis fatores de risco e agir preventivamente, segundo os princípios da educação em saúde, defendendo a atuação em equipes multiprofissionais e interdisciplinares que compreendam de uma forma ampliada os problemas de saúde e que possam intervir efetivamente, reconhecendo no indivíduo um sujeito biopsicossocial. (SOUZA *et al*., 2012, p. 455)

Ainda segundo Alves (2005), para a construção desse modelo de atenção à saúde, que contemple o usuário do serviço em sua integralidade, é fundamental o desenvolvimento de novas racionalidades, que integrem ações preventivas, promocionais e assistenciais na "[...] construção de um novo modelo integral, humanizado e compromissado com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população. [...]" (ALVES, 2005, p. 40), que antecipem e dimensionem os fatores de risco à saúde, em um modelo de assistência comprometido com a promoção da qualidade de vida.

A criação dos programas de residência multiprofissionais, regulamentados pela promulgação da Lei 11.129, de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005), é pensada justamente com o objetivo de contribuir para essa articulação. Como são interdisciplinares e ocupam o mesmo espaço de formação e de colaboração intersetorial, naturalmente promoveriam a integralidade das ações oferecidas pela elaboração de um projeto clínico coletivo (CHEADE *et al.,* 2013), em um processo de "[...] criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas [...]" (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 332).

Por essa perspectiva, os residentes funcionariam como vetores, como estratégia, tanto de reorganização dos serviços quanto de reforço dos princípios éticos e políticos do SUS. Nesse caso, é necessário enfatizar que são profissionais ainda em formação, já graduados, já vinculados a seus respectivos conselhos de classe, mas ainda inseridos em um processo de compreensão e de posicionamento perante as instituições em que atuam, as políticas públicas e o trabalho em rede. O que só reforça a importância dos cursos de residência para a formação dos trabalhadores que atuarão no serviço público e o quanto eles funcionam como pontos de resistência às tentativas descaracterização que são impostas ao projeto da Reforma Sanitária.

2 - Sucateamentos e desmontes, crises e pandemias

Como já foi dito, a falta de investimento, a precariedade das condições de trabalho e a rotatividade imposta pelos contratos temporários e terceirizados fazem com que os campos de atuação estejam cada vez mais sucateados, em todos os sentidos. E com o excesso de pacientes e a redução das equipes, os impactos na formação dos residentes são inúmeros.

Muitas vezes, eles não encontram campos comprometidos com o SUS e com os princípios das reformas sanitária e psiquiátrica. Em função da rotatividade na

equipe, os vínculos se tornam frágeis e, de forma frequente, aparecem as dificuldades de diálogo que interrompem o exercício do trabalho coletivo. Ou então, há tensionamentos e resistências por parte daqueles que não se interessam pela gestão interdisciplinar e em rede. E aí, por conta de todo o esforço de formação pelos valores do SUS promovidos pelos cursos, os conflitos são numerosos e inevitáveis.

A partir de 2016, com os governos dos presidentes Temer e Bolsonaro, o ritmo do desmonte foi intensamente acelerado. Teve como característica um posicionamento político de declarado antagonismo às reformas que foram gestadas a partir dos anos 1970 e que tinham por base "[...] as lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e os posicionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário, até então vigente no Brasil. [...]" (SILVA; SANTOS; CORREIA, 2021, p. 195)

Foram os anos das contrarreformas sanitária e psiquiátrica, anos de congelamento de recursos para as políticas sociais e dos cortes nas políticas de saúde; da proposição dos planos privados de saúde "acessíveis" e do chamado "revogaço" nas políticas de saúde mental; de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e de articulação com o setor privado, que rompe com o princípio universalista do SUS e se orienta pelas regras de mercado e pela exploração da doença como fonte de lucro (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020). Esse vínculo do governo com o setor privado fica explícito já na gestão de Michel Temer (2016-2018), que incentiva sua presença em lugares decisórios, "como se fossem efetivamente conselhos consultivos orientadores da gestão da política" (SILVA; SANTOS; CORREIA, 2021, p. 201).

Nas políticas de saúde mental, a presença dos setores privatista e conservador no governo se mostrará nas propostas de reformulação da rede de atenção psicossocial, gestadas sem nenhuma pactuação com o Conselho Nacional de Saúde, a instância deliberativa máxima de participação e de controle social da saúde no país. São formulações que intensificam o retorno da lógica manicomial, tendo a internação como única resposta à crise, em um evidente retorno às práticas isolacionistas, excludentes e normatizadoras, potencializadas com um "[...] aporte substancial de dinheiro público para as comunidades terapêuticas, apesar de muitas delas terem sido denunciadas como locais de tortura, exploração do trabalho do usuário e de encarceramento privado, configurando prática de violação de direitos. [...]" (DUARTE, 2018, p. 235)

No governo Bolsonaro, além da questão prática do financiamento, a crítica governista vai atribuir à Reforma Psiquiátrica um caráter "ideológico", de pouca resolutividade, abrirá caminho para o retorno de práticas e dispositivos desumanizadores, tais como a eletroconvulsoterapia, a internação compulsória de adultos, crianças e adolescentes, além do retorno à centralidade do hospital, com o consequente enfraquecimento das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) (VALENTIM; PETRONE; ARAGÃO, 2022; BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Já os ensaios de retrocesso na PNAB vão propor uma ruptura com a centralidade da Saúde da Família, estabelecendo formas de financiamento que não contemplam equipes multiprofissionais. Princípios opostos aos da Atenção Primária à Saúde, que, de forma contínua e sistematizada, integraria as ações preventivas e curativas. Essa mudança também assinala uma distinção entre ações e serviços essenciais e ampliados na Atenção Básica, configurando restrições ao acesso à assistência (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Em 2020, às crises políticas e aos desmontes associados, veio juntar-se a epidemia de Covid-19, que tornou esse quadro ainda mais dramático. As aulas teóricas, que sustentam o posicionamento político de defesa da política de humanização do SUS, passam a ser remotas e ficam mais distantes. O estresse já instituído dos campos de práticas somou-se ao estresse pela própria saúde, à demanda instituída pelas atividades virtuais e ao isolamento social, o que reduziu drasticamente as possibilidades de linhas de fuga.

Durante a pandemia, a presença dos residentes nos campos de prática não foi interrompida. Permaneceram as mesmas 60 horas exigidas pela Comissão Nacional de Residências para a formação, 40 dispendidas nos dispositivos do campo e 20 nas disciplinas. Permaneceu o regime exaustivo, extensivo e abusivo de trabalho, que vai, inclusive, contra as deliberações dos conselhos profissionais. Esse excesso de trabalho, além das situações já narradas, de penúria dos clientes, do número reduzido de profissionais em meio a uma procura pelos serviços cada vez mais acentuada, além da própria rotina diária de atuação na saúde, gerou um cenário de adoecimento físico e mental que até agora os dispositivos e campos de prática não conseguiram superar. Cabe aqui esclarecer que a carga horária de 60 horas semanais dos residentes em saúde é estabelecida nacionalmente pelo marco legal que regulamenta o funcionamento dos programas de residência, e não há autonomia das COREMUs para sua redução.

Com os serviços sobrecarregados, inevitavelmente surgem narrativas, como a do residente que nos conta sobre as mães de crianças que estavam na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) infantil, crianças que estavam com Covid e em isolamento. E de como as mães ficavam esperando do lado de fora as notícias sobre seus filhos, notícias que não vinham, ou que não tinham nenhuma regularidade. Certamente que aquilo perturbava a equipe médica (reduzida, trabalhando sob pressão): várias mães no corredor perguntando insistentemente por seus filhos. Nesse caso, a solução encontrada pela coordenação do serviço foi, então, proibir a circulação das mães no corredor da UTI, ignorando, recalcando os aspectos afetivos envolvidos. Essa situação foi narrada pelo residente como algo que o havia mobilizado muito, que apontava para a fragilidade das relações dentro da instituição e para sua própria impotência em transformar essas relações.

Mesmo entrando em uma fase mais leve da pandemia, pode-se dizer que há dificuldades no manejo dos cursos de residência que ainda não foram transpostas. Até porque ainda não foram inteiramente superadas nos próprios campos de prática. O empobrecimento da população, o sucateamento das políticas públicas, a desproteção social, a precarização e o excesso de trabalho, que funcionam como gatilhos do adoecimento, ainda são evidentes.

Essa se tornou uma preocupação contínua da COREMU, que dentro da universidade conta hoje apenas com o auxílio do Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Residente (NAPRE). Como o próprio nome indica, o NAPRE oferece apoio psicopedagógico aos cursos, a seus tutores, coordenadores, supervisores, professores, residentes, e não funciona como um dispositivo de atendimento terapêutico. Além disso, é um núcleo que hoje também precisa de reforços, contando apenas com duas psicólogas e duas assistentes sociais para atender os mais de trezentos residentes das áreas multi e outros tantos da medicina.

Algumas considerações finais

Em um momento de crise com a residência, um aluno afirmou que gostaria apenas que nós o escutássemos. Que não era preciso fazer nada ou exigir nada, apenas escutar. Mas, nesse caso, e obviamente não desqualificando o imenso papel da escuta, o não agir significaria perceber os cursos de residência como lugares de violência, de sofrimento, e não como espaços de formação. Significaria assumir que as coordenações dos cursos estão resignadas em ser os agentes dessa violência.

Esse relato não se propõe a oferecer soluções para as questões levantadas, apenas apontar três aspectos gerais que podem ser considerados nesse enfrentamento. O primeiro, institucional, aponta para a necessidade de se refletir mais sobre a saúde mental dos residentes, para a construção de ações preventivas e de espaços de fala dentro da universidade. O segundo, político, mostra o quanto é necessário relacionar as questões que se apresentam ao sucateamento do serviço público, às tentativas de privatização da saúde e da extinção do modelo universal, integral e equânime proposto pelo SUS. Finalmente, o terceiro, coletivo e social, mostra o quanto é necessário sustentar as linhas de fuga construídas pelos próprios residentes, linhas como a do coletivo antirracista, criado para discutir e combater as situações de racismo vividas por eles em seus campos de prática.

É necessário ainda salientar que a garantia de uma formação de qualidade, coadunada com os princípios que norteiam os princípios do SUS, passa também pela incorporação orgânica dos programas de residência à estrutura universitária, tendo como foco a formação e de acordo com a tríade universitária de ensino, pesquisa e extensão, superando a visão reducionista e mercadológica da incorporação dos residentes como mão de obra espoliada no SUS. Assim como também são necessárias ações institucionais, que reconheçam as questões relativas à manutenção e permanência nos programas, promovendo políticas de assistência estudantil para alimentação, transporte e moradia.

Referências

ALVES, Vânia. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.,** v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/YSHbGggsRTMQFjXLgDVRyKb/abstract/?lang=pt. Acesso em: 3 jan. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, n. 82, p. 18055-9, set. 1990.

BRASIL. Lei 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 nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, n. 1, jun. 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de Menezes. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser social.** Estado, democracia e saúde. Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 9 fev. 2023.

CHEADE, Maria de Fátima Meinberg *et al*. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 592-595, 2013. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46360/27850. Acesso em: 18 jan. 2023.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Revista Libertas**, v. 18, n. 2, p. 227-243, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18604. Acesso em: 1 fev. 2023.

HARTZ, Zulmira Araújo;CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Opinião**. **Cad. Saúde Pública** 20 (supl. 2), 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/ZsrbLQhvJHk7dxpwqHjhPkG/?lang=pt. Acesso em 25 fev. 2023.

SILVA, Joelcio Jackson Lima; SANTOS, Viviane Medeiros; CORREIA, Maria Valéria Costa. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer**. Ser Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/29324. Acesso em: 15 jan. 2023.

SOUZA, Marcio Costa de *et al*. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, p. 452-460, 2012. Disponível em: https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/481. Acesso em 14 fev. 2023.

VALENTIM, Renata Patricia Forain de; ARAÚJO, Gustavo Henrique Aragão Muniz de; PETRONE, Rafaela Antunes Fernandes. Ser infamiliar no Brasil contemporâneo: as políticas governamentais para a saúde mental entre 2010 e 2020. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, *[S. l.]*, v. 14, n. 40, p. 73–89, 2022. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80581. Acesso em: 28 fev. 2023.