

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

DALILLA MATILDE FERREIRA DE REZENDE

“De que formação falamos?”

Um retrato das Residências Multiprofissionais em Saúde  
Mental no Brasil.

São Carlos - SP  
2024

DALILLA MATILDE FERREIRA DE REZENDE

“De que formação falamos?”

Um retrato das Residências Multiprofissionais em Saúde  
Mental no Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão da Clínica no curso de Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Alana de Paiva Nogueira  
Fornereto Gozzi

Coorientadora: Heloisa Cristina Figueiredo  
Frizzo

São Carlos - SP  
2024



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Dalilla Matilde Ferreira de Rezende, realizada em 27/11/2023.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi (UFSCar)

Profa. Dra. Aline Guerra Aquilante (UFSCar)

Profa. Dra. Priscilla Azevedo Souza (MS)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

Dedico aos incríveis **atores das residências em Saúde Mental**, que, com dedicação e luta, transformam e se reinventam em prol da Saúde Mental;

Aos **meus amados filhos**, que iluminam minha vida, cujo amor, paciência e compreensão foram minha força motriz.

À **minha família**, por ser meu amparo, fortaleza.

Dedico cada página deste trabalho!

## AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Alana Fornereto, que não apenas me acolheu, mas trouxe paz, sabedoria e valorização. Você, com sua orientação cuidadosa, auxiliou a segurar meu “balão” e me incentivou a continuar a trajetória para alcançar parte dos meus sonhos profissionais. Agradeço por ser presente e me incluir em momentos difíceis da maternidade, guiar-me e respeitar meus desejos e até mesmo minhas utopias. Nosso encontro e o aprendizado compartilhado foi um verdadeiro presente e inspiração.

À professora Heloísa Cristina Figueiredo, minha (co)orientadora ativa e inspiradora, meu sincero agradecimento por me incentivar em cada etapa da minha caminhada neste mestrado.

Aos professores Aline Guerra Aquilante, Larissa Campagna e a Vera Garcia pelas importantes contribuições na banca de qualificação, pela generosidade na partilha de tanto conhecimento, pela avaliação crítica, cuidadosa e reflexiva.

Ao Programa de pós-graduação em Gestão da Clínica, expresse minha gratidão profunda pelos ensinamentos valiosos que possibilitaram, por permitir e incentivar o meu desenvolvimento profissional quando estava com as energias destinadas ao desenvolvimento de um filho, por permitir que conciliasse a maternidade, a amamentação com a minha alimentação de sabedoria.

Aos meus colegas de turma do mestrado, uma turma representativa do Brasil, agradeço por cada troca de conhecimento e pelas discussões que ampliaram nossa compreensão sobre o potencial de formação e assistência em saúde.

Aos programas de residência que participaram desta pesquisa, reconheço e valorizo a luta constante na formação de profissionais em Saúde Mental. Vocês são a base do conhecimento que construí.

Às amigas que caminharam ao meu lado, agradeço do fundo do coração pelo apoio constante ao longo deste percurso desafiador. Foram escuta e apoio em tantas fases e desafios do percurso do mestrado, foram como as estrelas no céu escuro da dúvida. Um agradecimento especial a Andressa, que me incentivou a nunca desistir do sonho de conquistar o mestrado, e a Waleska, que acolheu os desabafos e desafios vindos da tentativa de articular a maternidade com os sonhos profissionais.

À minha família, meu porto seguro, minha eterna gratidão por compreenderem minhas escolhas e as ausências necessárias. Pelo investimento feito para que pudéssemos aproveitar cada pedacinho dos nossos preciosos encontros.

Aos meus filhos, por amarem a mãe que possui parte do tempo tentando contribuir para um mundo melhor a eles.  
Como sou grata!

[...] claro que quando chegar ao fim do meu passeio saberei mais,  
mas também é certo que saberei menos, precisamente por mais saber,  
por outras palavras, a ver se me explico,  
a consciência de saber mais conduz-me à consciência de saber pouco,  
aliás, apetece perguntar, que é saber...

(José Saramago, 1989)

## RESUMO

A formação de profissionais de saúde desempenha um papel estratégico na implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde, sendo crucial o desenvolvimento de capacidades que os preparem para enfrentar os desafios decorrentes das transformações sociais, em aproximação com contextos reais e vivos de trabalho em saúde, do mercado de trabalho e das condições do exercício profissional. Entre esses processos formativos, no campo da Saúde mental, as residências multiprofissionais possuem um potencial transformador de práticas, articuladas com as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, bem como com a Educação Permanente em Saúde. Diante disso, este estudo teve como objetivo geral conhecer o estado da arte dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa. Envolveu pesquisa de campo e documental. As fontes de dados incluíram editais de seleção de ingressos para 2022 e Projetos Políticos Pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissionais e/ou Integradas em Saúde Mental no Brasil ativos em 2021 e/ou 2022. A análise dos dados utilizou-se do software ATLAS.ti e da análise temática. O estudo apresenta dois produtos técnicos relevantes tanto para profissionais em formação quanto para os responsáveis pela gestão e coordenação dos Programas de Residência em Saúde Mental no Brasil. Sendo eles: o “Relatório de Mapeamento dos Programas de Residências em Saúde Mental do Brasil até 2022” e o “Perfil de competência consolidado do profissional de Saúde Mental”. Para tanto, a pesquisa mapeou e caracterizou 51 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental ativos em todo o território brasileiro, com a identificação da distribuição geográfica, composição profissional e cenários de formação desses programas. Além disso, essa análise foi enriquecida pela investigação de 19 Projetos Políticos Pedagógicos. A partir destes, foram identificadas e distribuídas ações-chave em três áreas de competência: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação na Saúde para consolidação do perfil de competência do profissional de saúde mental em formação no Brasil. A pesquisa aborda a complexidade do campo da Saúde Mental e a integralidade do cuidado. Discute-se o perfil de competência do profissional delineado em âmbito nacional e articulado com as políticas públicas relacionadas às residências em saúde e à saúde mental. Enfatiza a formação interprofissional, interdisciplinar e intersetorial do profissional de saúde mental, para promover a qualificação da atenção à saúde mental, alinhado com o paradigma psicossocial e articulado com as políticas públicas em saúde mental. Este estudo tem o propósito de contribuir para a atualização e fortalecimento dos programas ativos de residência multiprofissional em Saúde Mental no Brasil. Além disso, busca fornecer subsídios para o desenvolvimento de novas iniciativas de formação na área, aprimorando o processo de ensino-aprendizagem em saúde mental dos recursos humanos destinados ao SUS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Saúde mental; Residência não Médica não Odontológica.

## ABSTRACT

The training of healthcare professionals plays a strategic role in the implementation and consolidation of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), with the development of capabilities being crucial to prepare them to face the challenges arising from social transformations, in alignment with real and dynamic healthcare work contexts, the job market, and professional practice conditions. Among these formative processes, in the field of mental health, multiprofessional residencies have a transformative potential for practices, aligned with Health and Psychiatric Reforms, as well as Permanent Health Education. Therefore, this study aimed to understand the state of the art of Multiprofessional Residency Programs in Mental Health in Brazil. It was an exploratory and descriptive research with a qualitative and quantitative approach, involving field and documentary research. Data sources included admission selection notices for 2022 and Pedagogical Political Projects of active Multiprofessional and/or Integrated Residency Programs in Mental Health in Brazil for 2021 and/or 2022. Data analysis utilized the ATLAS.ti software and thematic analysis. The study presents two relevant technical products for professionals in training and for those responsible for the management and coordination of Mental Health Residency Programs in Brazil. They are: the "Mapping Report of Mental Health Residency Programs in Brazil up to 2022" and the "Consolidated Competency Profile of the Mental Health Professional". To achieve this, the research mapped and characterized 51 active Multiprofessional Residency Programs in Mental Health across the entire Brazilian territory, identifying their geographical distribution, professional composition, and training scenarios. Additionally, this analysis was enriched by investigating 19 Pedagogical Political Projects. From these, key actions were identified and distributed in three competency areas: Health Care, Health Management, and Health Education to consolidate the competency profile of mental health professionals in training in Brazil. The study addresses the complexity of the Mental Health field and the comprehensiveness of care. It discusses the competency profile of professionals delineated at the national level and aligned with public policies related to healthcare residencies and mental health. It emphasizes the interprofessional, interdisciplinary, and intersectoral training of mental health professionals to enhance the quality of mental healthcare, aligned with the psychosocial paradigm and integrated with mental health public policies. This study aims to contribute to the updating and strengthening of active Multiprofessional Residency Programs in Mental Health in Brazil. Additionally, it seeks to provide support for the development of new training initiatives in the field, enhancing the teaching and learning process in mental health for human resources allocated to SUS.

**KEYWORDS:** Health Human Resource Training; Mental Health; Internship, Nonmedical.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das modalidades de residências em saúde e órgãos regulamentadores, a partir de leituras de resoluções e portarias ministeriais.....	18
Figura 2 - Tela do ATLAS.ti com gerenciamento de códigos aplicados nos documentos analisados.....	42
Figura 3 - Mapa cartográfico que ilustra a distribuição de vagas de residência multiprofissional e integrada em Saúde Mental por região brasileira, referente às ofertas em 2022.....	48
Figura 4 - Rede de ênfases dos Programas de Residência em Saúde Mental brasileiro relacionado às categorias profissionais ofertadas.....	62
Figura 5 - Rede de ênfase dos Programas de Residência em Saúde Mental brasileira relacionado aos cenários de prática da RAPS.....	65
Figura 6 - Rede de ênfase dos objetivos gerais - desenvolvimento de competência dos Programas de Residência em Saúde Mental brasileira.	73
Figura 7 - Rede de ênfase dos objetivos específicos dos Programas de Residência em Saúde Mental brasileira.....	76
Figura 8 - Sankey da análise de código referente às áreas de competência distribuídas nas ênfases das residências, construída no software ATLAS.ti.....	79

### GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de vagas de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Psiquiatria no Brasil, período de 2012-2014.....	29
Gráfico 2 - Porcentagem de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e vagas ofertadas no ano de 2022, por região brasileira.....	45
Gráfico 3 - Oferta de vagas com ingresso nos anos 2020, 2021 e 2022, por região brasileira.....	47
Gráfico 4 - Porcentagem dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Nacional que contém os cenários de prática especificados, em 2022....	66

### QUADROS

Quadro 1 - Recorte da ação-chave da área de competência “Gestão em saúde”: Saúde do trabalhador.....	80
Quadro 2 - Recorte da ação-chave da área de competência “Gestão em saúde”: gestão do cuidado e a promoção da integralidade.....	81
Quadro 3 - Recorte da ação-chave da área de competência “Gestão em saúde”: trabalho em equipe.....	83

Quadro 4 - Recorte da ação-chave da área de competência “Atenção à Saúde”: Cuidado às necessidades Individuais de Saúde Mental.....	85
Quadro 5 - Recorte da ação-chave da área de competência “Atenção à Saúde”: Cuidado às necessidades Individuais de Saúde Mental.....	86
Quadro 6 - Recorte da ação-chave da área de competência “Atenção à Saúde”: Cuidado às necessidades Individuais de Saúde Mental.....	88
Quadro 7 - Recorte da ação-chave da área de competência “Atenção à Saúde”: Cuidado às necessidades coletivas de saúde.....	90
Quadro 8 - Recorte da ação-chave da área de competência “Atenção à Saúde”: Cuidado às necessidades coletivas de saúde.....	91
Quadro 9 - Recorte da ação-chave da área de competência “Atenção à Saúde”: Cuidado às necessidades coletivas de saúde.....	93
Quadro 10 - Recorte da ação-chave da área de competência “Gestão em Saúde”: território.....	94
Quadro 11- Recorte da ação-chave da área de competência “Educação na Saúde”.....	97

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de Programas de Residência em Saúde Mental por regiões brasileiras em 2016.....	30
Tabela 2 - Número e tipo de documento por método de acesso, referente a Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental ativos em 2021 e 2022 no Brasil.....	40
Tabela 3 - Quantitativo de vagas de residências multiprofissionais em Saúde Mental em 2022 por 100 mil habitantes, comparado à cobertura de CAPS em 2022 e à RAPS em 2017, conforme região brasileira.....	49
Tabela 4 - Número de vagas ofertadas por categoria profissional, com ingresso nos anos de 2020, 2021 e 2022.....	53
Tabela 5 - Vagas ofertadas com ingresso nos anos de 2022 por categoria profissional e distribuídas em programas.....	55
Tabela 6 - Números de categorias profissionais por programa de residência em Saúde Mental no Brasil, ingressos no ano de 2021 e 2022.....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad III	CAPS álcool e outras drogas do tipo III
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CODEMU	Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde
DF	Distrito Federal
e-Multi	Equipe Multidisciplinar
ESF	Estratégia Saúde da Família
EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
IES	Instituições de Educação Superior
iRAPS	Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PBL	<i>Problem-Based Learning</i>
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSUS	Preceptoria no SUS
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à saúde
RIS	Residência Integrada em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira

SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINAR	Sistema Nacional de Residências em Saúde
SisCNRMS	Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
2.1 GERAL.....	26
2.2 ESPECÍFICOS.....	26
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
3.1 FORMAÇÃO E RESIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL.....	27
3.2 FORMAÇÃO EM SAÚDE E COMPETÊNCIA.....	31
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>35</b>
4.1 CENÁRIO DE PESQUISA.....	36
4.2 INSTRUMENTO DE COLETA.....	37
4.3 PROCEDIMENTOS PARA PRODUÇÃO DE DADOS.....	38
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>45</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL ATIVOS NO BRASIL.....	45
<b>5.1.1 Composição profissional dos programas de residências em Saúde Mental.....</b>	<b>53</b>
<b>5.1.2 Características pedagógicas dos programas de residências em Saúde Mental.....</b>	<b>60</b>
5.2 PERFIL DE COMPETÊNCIA DELINEADO PARA A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA.....	69
<b>5.2.1 Perfil de competência consolidado do profissional de Saúde Mental.....</b>	<b>77</b>
<b>6. PRODUTO TÉCNICO: ULTRAPASSANDO BARREIRAS DA CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO.....</b>	<b>100</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE A - FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS.....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE B - E-MAIL CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA.....</b>	<b>116</b>

<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE D - RELATÓRIO DE MAPEAMENTO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL DO BRASIL ATÉ 2022.....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICE E - CONSOLIDADO DO PERFIL DE COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO NO CEP.....</b>	<b>127</b>

## APRESENTAÇÃO

Escrever sobre a motivação para este estudo envolve minha formação acadêmica, o percurso profissional no campo da assistência e enquanto formadora em formação no/pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Reflete a minha identidade enquanto mulher que busca, tanto na maternidade quanto na carreira, transcender para poder promover mudanças e ressignificar parte do mundo em que habito. (Re)Construir essa trajetória me faz compreender a importância crucial de buscar o aprimoramento para atuar na Residência Multiprofissional e na área da Saúde Mental.

Sou formada na primeira turma de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília, campus da Ceilândia. Uma formação política, com foco no SUS que exigiu e desenvolveu uma postura crítica-reflexiva e autônoma enquanto profissional. Vivenciei minhas práticas de ensino-aprendizagem nos serviços públicos do Distrito Federal (DF), processo de inserção de estudantes que auxiliou na ampliação e reconhecimento da profissão Terapia Ocupacional na região.

Após concluir a graduação, ingressei no serviço público da Secretaria de Saúde do DF, sendo inserida no campo da Saúde Mental. Nesse contexto, participei dos processos de cogestão, cuidado e formação de graduandos e profissionais residentes, seguindo o que é previsto pela Lei n.º 8080/90 (Brasil, 1990) e Lei Complementar 840/2011 (DF, 2011). Segundo esses aparatos jurídicos, as ações e os serviços que compõem o SUS constituem campos de prática para ensino e a pesquisa, com integração ao sistema educacional. Além disso, devem atuar na ordenação, formulação e execução da formação de recursos humanos em saúde em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação. Em âmbito distrital, a Lei Complementar 840/2011, que regulamenta o regime jurídico dos servidores públicos civis do DF, estabelece que “a docência no ensino superior público do Distrito Federal é função inerente a todos os cargos de nível superior de todas as carreiras existentes e das que vierem a ser criadas”. (DF, 2011).

Dessa forma, dando continuidade à função assumida, em 2016 iniciei minha jornada como preceptora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto. Desde então, motivada por problemas cotidianos, incômodos e necessidades de formação em/na residência, tenho buscado me inserir em processos educacionais aplicáveis à minha prática. Atuando como preceptora, com maior envolvimento nas atividades educacionais e de gestão do programa, busquei estudos individuais para conhecer estratégias educacionais relevantes, capazes de promover a autonomia dos residentes e capacitá-los no processo de



expansão e implementação efetiva da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Através dessa atuação, participei da especialização em "Preceptoria no SUS" (PSUS) em 2019, oferecida pelo Hospital Sírio Libanês em parceria com a Secretaria de Saúde do DF.

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem e as ferramentas/estratégias educacionais utilizadas durante o curso de especialização PSUS influenciaram o meu fazer e cotidiano enquanto trabalhadora da saúde e da educação, desenvolvendo um processo de reflexão crítica sobre o contexto e a prática vivenciada na preceptoria. Isso gerou impactos significativos, principalmente nas habilidades atitudinais e técnicas, com ampla repercussão no trabalho docente. Percebo que houve contribuição relevante para o programa de residência no qual estou inserida, e que fui afetada pela intervenção no sentido de construir conhecimentos significativos e adotar novas formas de desenvolver o processo de ensino-aprendizagem.

Daí em diante, assumo o papel de tutora no mesmo programa de residência. Tenho atuado em eixos teóricos transversais à todas as categorias profissionais dos residentes do primeiro ano, desempenhando o suporte pedagógico aos preceptores da Atenção Primária à Saúde no âmbito no Programa de Residência em Saúde Mental, além de me envolver-me nos processos de formação dos formadores do programa. Há um esforço em concretizar a superação da metodologia tradicional em diversos aspectos, desde a composição curricular até estratégias pedagógicas/educacionais e instrumentos avaliativos. Neste meu primeiro ano, tenho contribuído com a abordagem do Espiral Construtivista nos grupos tutoriais, em substituição às aulas expositivas e ao *Problem-Based Learning* (PBL), além de adotar o uso do portfólio no lugar das provas teóricas. Dessa forma, potencializamos a aprendizagem significativa, centrada no residente e com foco no desenvolvimento da competência do profissional de Saúde Mental, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica.

Em abril de 2022, esse percurso profissional encontra outros caminhos, agora na vice-coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde (COREMU), além de atuar há cerca de um ano em Núcleo Ampliado de Saúde da Família, agora nomeado de Equipe Multidisciplinar (e-Multi). Essa realocação profissional traz consigo diversos desafios e perspectivas. Ao aproximar-me de outras residências do Brasil que formam profissionais para a RAPS, percebo a necessidade de avanços no processo de formação de futuros profissionais, como uma estratégia política que resulte em educação permanente para os profissionais da rede e mudanças, na prática de cuidado no DF. A atenção em Saúde Mental na região tem um enfoque maior a ser realizado em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospital psiquiátrico, estando a RAPS do DF

com recursos humanos escassos e despreparados em termos de conhecimento, habilidades e atitudes para o fazer em Saúde Mental.

Diante dessas inquietações, houve alteração no projeto e na linha de pesquisa do mestrado. O objeto de estudo deixa de ser a incorporação no SUS dos egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e as ações de cuidado desenvolvidas. Proponho, como possibilidade, o estudo sobre a formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no âmbito nacional. Adentro a linha de pesquisa Gestão do Cuidado, Trabalho e Educação na Saúde do curso de mestrado, relacionado às mudanças educacionais na pós-graduação e ensino em serviço no SUS, como cenário de ensino-aprendizagem. Como eixos estruturantes, destaco a ênfase nas tecnologias educacionais voltadas à transformação das práticas de cuidado e de educação na saúde, de modo orientado à formação de profissionais para o SUS, nos processos pedagógicos e avaliativos do programa, e na melhoria da qualidade da atenção à Saúde Mental. Considero que as atividades curriculares desenvolvidas até o momento no mestrado, assim como as possibilidades de atividades optativas, contribuíram com minhas novas funções trabalhistas e enquanto profissional formadora.

Apresento, portanto, a estrutura deste trabalho, que conta com sete capítulos. O capítulo 1 aborda uma introdução geral ao tema. Em seguida, apresento os objetivos e referencial teórico sobre formação, residências multiprofissionais e competência profissional em Saúde Mental. No capítulo 4 descrevo o percurso metodológico percorrido para obtenção dos resultados e discussão, que se encontra no capítulo 5. Os produtos técnicos elaborados a partir desta pesquisa estão detalhados no capítulo 6. As considerações finais do trabalho são abordadas no capítulo 7. Por fim, concluo com apêndices e anexo, onde estão o instrumento utilizado para a coleta de dados, assim como os documentos de tramitação e aprovação pelo Comitê de Ética.

## 1 INTRODUÇÃO

Quem estamos pretendendo formar?  
Para que estamos pretendendo formar?  
Para quem estamos formando?  
Qual o objetivo de nossa formação?  
O que pretendemos mudar ou introduzir a partir de  
nossa formação? (Amarante, 2015, p.66)

O título "De que formação falamos?" e a citação de Amarante (2015) nos instiga a refletir sobre as bases de nossa educação na saúde e a formação em Saúde Mental. Amarante nos convida a questionar não apenas os aspectos tangíveis da formação, mas também sua essência. São questões que ecoam além das Residências em Saúde Mental e ressoam com a necessidade de transformação do paradigma biomédico e o modelo educacional em disciplinas, à luz de um entendimento mais abrangente do processo saúde-doença e da Saúde Mental, conforme promovido pelo SUS, pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Para tanto, é essencial considerar o propósito da formação em saúde, os destinatários desta formação e os objetivos que se almeja alcançar.

A formação em saúde ainda hoje reproduz esse paradigma biomédico, com uma visão reducionista do cuidado, e pautado no modelo de ensino por disciplinas, que se mostra insuficiente para lidar com as mudanças na compreensão do processo saúde-doença (Lima, 2016; Pasini *et al.*, 2020; Garcia Jr.; Yasui, 2018). Com o movimento da Reforma Sanitária, a criação do SUS e as regulamentações, foi despertada a necessidade de transformação desse processo de cuidado em saúde, bem como da formação de trabalhadores para o SUS.

O investimento nessa formação vem em consonância com os princípios que passaram a orientar o sistema e tornou-se uma estratégia fundamental para a implementação e consolidação do SUS, promovendo transformações nos modos de pensar e fazer em saúde (Pasini *et al.*, 2020). Nesse cenário, o SUS requer profissionais capacitados às demandas de saúde da população, com práticas direcionadas para intervir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, por meio de ações de prevenção e promoção da saúde (Flor *et al.*, 2021). A formação dos profissionais de saúde deve abranger o desenvolvimento de competência com atributos técnicos, éticos e relacionais para a compreensão das múltiplas dimensões integrantes dos sujeitos e coletivos (Garcia Jr.; Yasui, 2018), pautado no trabalho interdisciplinar e em equipe, em aproximação com contextos reais e vivos de trabalho (Silva; Tavares, 2003; Lima, 2016).

Esse processo tem sido previsto em legislações em âmbito nacional, como a Constituição Federal de 1988 e a Lei n.º 8.080 de 1990, além de legislações locais. No entanto, apesar das disposições constitucionais e legais, somente na década de 1990 que o governo começou a implementar parcerias para execução da formação em saúde. O Ministério da Saúde (MS), em articulação com as Instituições de Educação Superior (IES), assumiram as ações para qualificação e adequação do perfil desses profissionais às necessidades sociais em saúde, tendo como eixo a integração ensino-serviço-gestão-comunidade (Brasil, 2006).

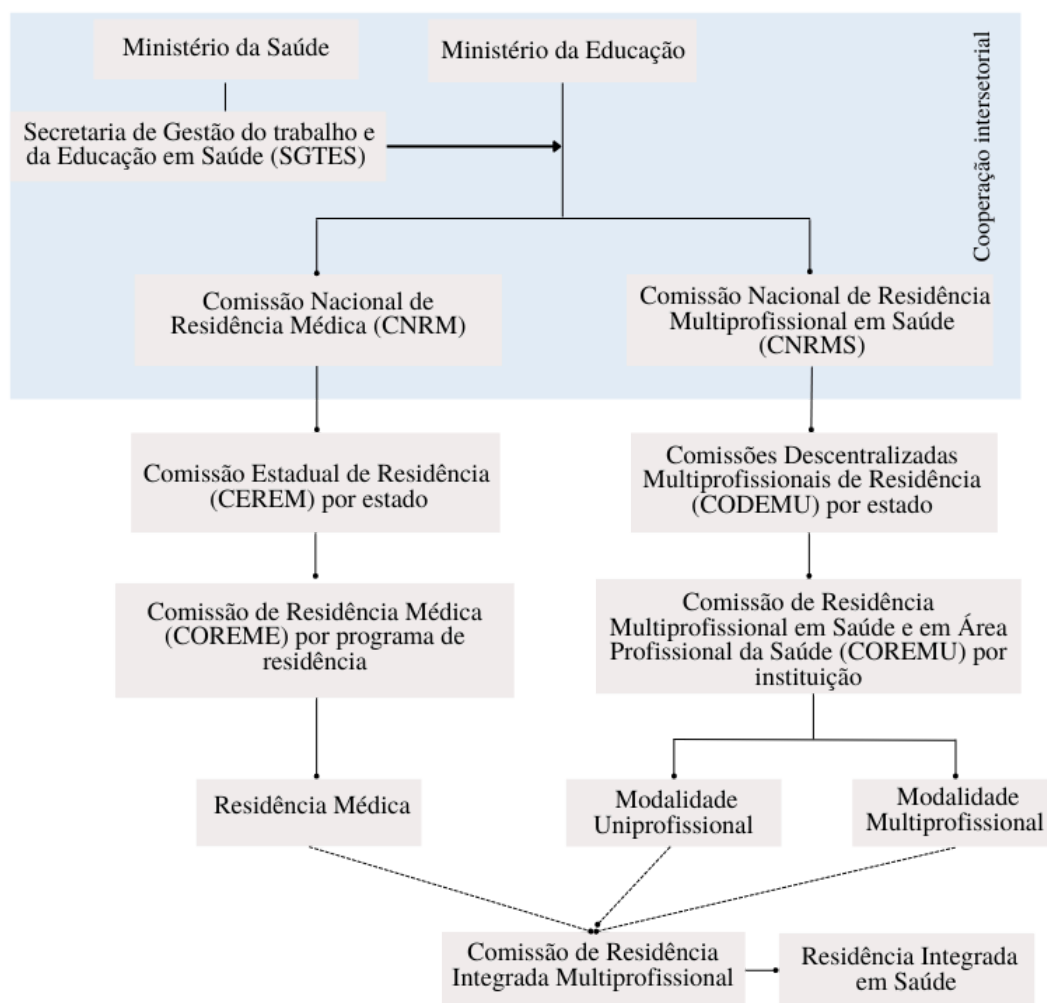
Em 2003, o MS criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com a função de formular políticas orientadoras para a formação e implementação desses processos de formação dos trabalhadores de saúde (Brasil, 2004a; Lima, 2016; Pasini *et al.*, 2020). Por meio desta secretaria, foi desenvolvida a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004b), como estratégia do SUS para a formação de recursos humanos, incluindo os programas de formação na modalidade de residências. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é fundamentada na problematização do processo de trabalho em saúde, com referência às necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e do controle social em saúde. Possui como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, possibilitando a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional.

Vale ressaltar que, mesmo antes dessas regulamentações, já havia experiências prévias de formação de profissionais de saúde não médicos. A primeira experiência aconteceu em 1976, por meio da Residência Integrada em Saúde Coletiva na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde. Essa iniciativa foi desenvolvida no Centro de Saúde Escola Murialdo, na cidade de Porto Alegre, com foco na atenção básica, abrangendo a formação integrada de assistentes sociais, enfermeiros, médicos e médicos veterinários (Silva, 2018; Brasil, 2006). No entanto, foi somente após a criação da SGTES que a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi instituída legalmente como uma modalidade de formação para o SUS, como parte da Política de Educação Permanente em Saúde, visando à ampliação da formação para todas as profissões da saúde (Brasil, 2004b).

As Residências em Saúde no Brasil são pós-graduações *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização, regulamentadas em 2005 pela Lei n.º 11.129, de 30 de junho (Brasil, 2005a) e pela Portaria Interministerial MS/MEC n.º 2.117 (Brasil, 2005b). Conforme a Portaria Interministerial MEC/MS n.º 7 de 2021 (Brasil, 2021), esses programas são supervisionados e regulados pela CNRMS, que desempenha funções normativas, deliberativas

e de assessoramento relacionadas à Residência em Saúde. Essa Comissão define diretrizes gerais para a configuração dos programas de residência, aprova as matrizes de competência e colabora com o Ministério da Educação (MEC) e o MS na formulação de políticas governamentais para o desenvolvimento desses programas. Ainda é responsável pela atualização dos dados das instituições e dos programas em sistema de informação, que a partir de 2021 tem sido o Sistema Nacional de Residências em Saúde (SINAR) em substituição ao Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS) (Brasil, 2012c). Como instância auxiliar a CNRMS, surgem em 2022 as Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência (CODEMU) em âmbito local. Esse organograma de funcionamento e composição relacionado às residências em saúde é demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma das modalidades de residências em saúde e órgãos regulamentadores, a partir de leituras de resoluções e portarias ministeriais.



Fonte: elaborada pela pesquisadora, 2023.

Nas regulamentações mencionadas, as modalidades de residências em saúde, que envolvem profissionais não médicos, são a multiprofissional e a residência em área profissional. Ambas estão ligadas ao conceito de educação em serviço, com responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, orientadas pelos princípios e pelas diretrizes do SUS, considerando as necessidades locais e regionais. Tem como base a formação pautada numa ética para a vida em movimento e em encontro constante com o outro nas práticas em saúde. Essas modalidades de ensino se caracterizam pela formação no/pelo trabalho, por meio da participação em diferentes cenários de aprendizagem e dedicação exclusiva, com carga horária de 60 horas semanais, sendo: 80% de carga horária sob a forma de estratégias educacionais práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social; e 20% sob forma de estratégias educacionais teóricas ou teórico-práticas (Brasil, 2014). Visam favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS.

A RMS é “orientada pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões” (Brasil, 2012b, p. 2). Possui uma composição exclusiva de no mínimo três categorias profissionais e pode abranger até quinze categorias profissionais de saúde, exceto médicos. Como uma ação inovadora, a RMS supera a formação acadêmica fragmentada e especializada que ocorre na lógica da residência médica e de outras residências uniprofissionais, ao promover a formação entre diferentes profissões.

Recentemente, houve uma retomada da proposta da "Residência Integrada em Saúde" (RIS). No entanto, essa modalidade ainda não foi adotada pelos órgãos regulamentadores, e sua implementação pode variar a depender das especificidades regionais. A RIS propõe a integração entre programas de residência médica e os programas de residência em área profissional da saúde, assim como existe uma segunda concepção que informa ser a integração de diversos profissionais e seus vários conhecimentos, as diferentes áreas de ênfase e as teorias e práticas desenvolvidas em cada campo de atuação (Ceccim; Ferla, 2007; 2018).

Além disso, busca promover a integração entre: educação-trabalho-cidadania; campos das ciências biológicas e sociais com a área de humanidades; além da formação através da integração de diferentes profissões como equipe de saúde, visando à organização e implementação de uma especialização em área profissional para alcançar a integralidade em saúde (Ceccim; Ferla, 2018; Ceccim *et al.*, 2010). Portanto, a RIS se caracteriza pela multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, que envolvem a

incorporação de diversas profissões e a interação de saberes entre campos e domínios do conhecimento durante o processo formativo e de trabalho (Ceccim *et al.*, 2018).

Ao evidenciar a necessidade de articulação contínua entre o campo e o núcleo de conhecimento e práticas profissionais, percebe-se a relevância dos conceitos de campo e núcleo, propostos por Campos (2000). Assim como na prática multiprofissional e interdisciplinar da RMS, esses conceitos são significativos no processo de trabalho em equipes de saúde, formação e desenvolvimento de competência. Os saberes das diferentes profissões (núcleo) são considerados intercomplementares no campo, contribuindo para a qualificação das práticas e a expansão dos conhecimentos (Ceccim; Ferla, 2007; Ceccim *et al.*, 2010).

Essa interação e coesão nas práticas e saberes entre profissionais de diferentes disciplinas caracterizam a interprofissionalidade, que se refere a um processo de práticas colaborativas entre os profissionais para atuação e/ou formação, de maneira a atender às necessidades de usuários/famílias/população, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (Ceccim; Ferla, 2018). Os autores, Peduzzi *et al.* (2020) e Reeves (2016), defendem que o debate sobre educação interprofissional e prática interprofissional deve ocorrer sempre de forma integrada, visto que oportunidades de educação interprofissional, como pode acontecer nas formações por meio das residências, contribuem para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para uma atuação integrada em equipe.

A formação e o trabalho interprofissional superam a multiprofissionalidade exposta nas nomenclaturas das residências em saúde. A multiprofissionalidade envolve a atuação conjunta ou composição de várias categorias profissionais, sendo comum a fragmentação do cuidado, mas possibilitando o desenvolvimento do trabalho em equipe nas tipologias em agrupamento ou integração (Peduzzi *et al.*, 2020). A composição múltipla de profissionais na mesma equipe pode propiciar a interdisciplinaridade, que diz respeito à produção de conhecimento resultante da integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento (Furtado, 2009).

Esses processos citados de interdisciplinaridade, e também a intersetorialidade, vem com a incorporação da relação com outras práticas sociais com o propósito de alcançar a integralidade do cuidado em saúde. É apontado por Siqueira (2009) como premissa da atuação do trabalhador no campo da Saúde Mental. Como uma das áreas de concentração de residência em saúde, no campo de Saúde Mental, as residências tiveram seu desenvolvimento acompanhado também do processo de construção política da Reforma Psiquiátrica Brasileira

(RPB), assim como ocorreu na Reforma Sanitária e outras residências em saúde. A formação de profissionais de saúde direcionada às necessidades específicas desse campo e à consolidação da política de Saúde Mental é uma das principais forças motrizes da constituição, sustentação, crítica e transformação dos modelos utilizados (Emerich; Onocko-Campos, 2019; Moura; Ricci; Ferigato, 2021; Brasil, 2005c).

As residências em Saúde Mental, sejam multiprofissionais e/ou integradas, utilizam dos cenários de práticas que compõem a RAPS, regulamentada pela Portaria Ministerial n.º 3.088/2011 (Brasil, 2011). Essa rede representa um avanço no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), apesar dos movimentos e legislações denominados de Contrarreforma Psiquiátrica, como a Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017, revogada por meio da Portaria GM/MS n.º 757, de 21 de junho de 2023. A RAPS estabelece a integração e articulação dos pontos de atenção ao sofrimento psíquico em diferentes serviços do território, com a qualificação do cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Além disso, orienta a ampliação e promoção do acesso à rede de atenção integral à Saúde Mental, prevê ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado e oferta cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar de cuidado (Brasil, 2011b).

Assim como nas residências em saúde, o complexo campo da Saúde Mental é constituído por essa transversalidade de saberes que envolve as multiplicidades das disciplinas e composições do trabalho em equipe (Amarante, 2015). No contexto psicossocial, o trabalho é realizado por equipes interprofissionais, nas quais se esperam o intercâmbio de visões teórico-técnicas e de suas práticas, superando os especialismos (Costa-Rosa, 2000). Na Saúde Mental o exercício profissional não pode limitar-se à especialidade e conhecimento do núcleo profissional, assim como a prestação dos cuidados profissionais, sob risco de tratarmos as doenças, mas não as pessoas onde estas doenças adquirem existência e significados. É necessário resgatar a proposição basagliana de colocar a doença entre parênteses e promover a desinstitucionalização e desconstrução do aparato médico-jurídico construído sobre a loucura.

O paradigma psicossocial possui a organização institucional descentralizada, horizontal e com participação popular com poder decisório. Os princípios da clínica antimanicomial incorporam a prática da intersetorialidade, além de prática social, cultural e política que requer um fazer coletivo, solidário, experimental, peripatético, que é concretamente possível em contextos mais democráticos e menos burocratizados de trabalho (Lima; Barboza; Passos, 2023). Para Zaniani e Luzio (2014), a intersetorialidade é tida como uma estratégia “em que os diferentes setores sociais, com seus saberes e práticas precisam se



articular e se integrar com vistas a orientar e garantir a integralidade do cuidado” (p. 59). Os autores afirmam que as ações de cuidado vão além daquelas implementadas pela política de saúde e englobam todas as ações fornecidas pelas diversas políticas setoriais, instituições e serviços (educação, assistência social, cultura, esporte e lazer, justiça, etc.) que fazem parte da rede de relações do indivíduo.

Contudo, estudo realizado por Lima, Barboza e Passos (2023) revela que a atuação em rede territorializada tem sido afetada pelas dificuldades relacionadas à organização institucional dos processos de trabalho e às condições precárias. Essas condições, de certa forma, "enclausuram" os trabalhadores nas unidades, limitando, assim, o potencial formativo. Assumir o papel de profissional residente nesses serviços não apenas possibilita, mas também traz consigo a responsabilidade de promover a abordagem antimanicomial.

Portanto, justifica-se a importância da existência, fortalecimento e investimento em Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Isso se deve não somente à necessidade de transformar as práticas de cuidado, mas também de construir novos olhares e respostas ao fenômeno social da loucura, que está no cerne da PNSM e da Reforma Psiquiátrica. Contudo, para Onocko-Campos, Emerich e Ricci (2019), os programas devem estar atentos para não serem cooptados pelo cotidiano de precarização do trabalho e desinvestimento público em relação à sustentação das ações em Saúde Mental, que poderiam ser supridas pelo profissional residente como mão de obra.

Conforme destacado por Coelho, Nunes e Barreto (2017), as residências em Saúde Mental, como formação de excelência, devem propiciar um aprendizado que ultrapasse o conhecimento teórico e prático. Os autores referem ainda que para lidarem com as especificidades desse campo, a formação deve visar um perfil de trabalhador que possua competência com atributos clínicos e políticos, com habilidades e atitudes de negociação e articulação com pessoas, coletivos e instituições. A formação como profissional em Saúde Mental, através das vivências do ensino em serviço e aprendizagem coletiva, deve desenvolver capacidades para ampliação da clínica e qualificação da atuação na RAPS em seus diversos componentes e dispositivos intersetoriais, para alcance da integralidade do cuidado.

Defende-se neste trabalho, portanto, que a formação em Saúde Mental deve ter como balizadores do processo formativo a luta antimanicomial, a clínica da Atenção Psicossocial, os princípios do SUS e o trabalho e construção do saber interdisciplinar e interprofissional, com a ênfase na atuação territorial. Isso viabilizará a obtenção de uma competência aos

profissionais de saúde no campo da Saúde Mental, condizentes com os princípios norteadores da reforma psiquiátrica.

A noção de competência, em contraposição à noção de qualificação, tem sido uma resposta à necessidade de flexibilidade e integração na formação profissional e ampliação das capacidades dos trabalhadores, demandas pelo mundo do trabalho (Lima; Ribeiro, 2022; Ribeiro; Lima; Padilha, 2018). Embora existam diversas concepções do conceito de competência na literatura, existem dois modelos principais. O primeiro modelo concentra-se principalmente na busca dos perfis de competência que atendam às exigências do mercado de trabalho. O segundo modelo, por sua vez, busca a transformação dos processos de trabalho e educacional (Lima; Ribeiro, 2022). Este último modelo é o foco deste estudo, alinhando-se com a proposta de formação das residências em saúde, ao possibilitar uma transformação da realidade do SUS com a qualificação dos processos de trabalho, favorecendo a superação do tecnicismo e a fragmentação dos modelos tradicionais.

De acordo com Deluiz (2001), diante das várias concepções de competência, as escolhas de modelos não são neutras, uma vez que os conceitos expressam as características e os interesses dos grupos e das forças sociais que os formulam. Neste estudo, utiliza-se do conceito de competência com base no referencial holístico ou integrador e associado à abordagem dialógica, pois essa associação favorece a gestão e a educação profissional orientadas por competência (Lima; Ribeiro, 2022). No modelo holístico ou integrado, a competência se manifesta por meio de ações resultantes da articulação e combinação de um conjunto de atributos, considerando o contexto, a cultura do local de trabalho e as melhores práticas científicas, incorporando a ética e os valores como elementos integrantes do desempenho competente (Hager; Gonczy, 1996). Nesse cenário, segundo Lima e Ribeiro (2022, p. 6), a abordagem dialógica da competência, enraizada no referencial integrativo ou holístico, apresenta as seguintes características:

- (i) em sua dimensão filosófica, pela complementaridade de seus elementos constitutivos, mesmo que aparentemente contraditórios, sem a submissão de um em relação ao outro, possibilitando a construção de um metaponto de vista; e (ii) em sua dimensão técnico-científica, pela identificação e articulação das lógicas e racionalidades que fundamentam e caracterizam áreas de competência e pela organização dessas áreas segundo atividades profissionais que definem e expressam processos de trabalho e melhores práticas.

Assim, a definição de perfis de competência requer um entendimento e adoção de práticas diferenciadas para lidar com as mudanças demográficas e epidemiológicas das sociedades; à atenção direcionada às condições crônicas, ao trabalho interprofissional, à

organização de redes integradas de atenção à saúde e à atuação ética e comprometida com a melhoria da qualidade e segurança (Lima; Ribeiro, 2022).

Para Lima e Ribeiro (2022), na construção de perfis de competência, a abordagem dialógica orienta o perfil às necessidades sociais e favorece a transformação e a qualificação dos processos de trabalho ao incorporar as perspectivas de diferentes atores sociais. As autoras argumentam que a definição de perfis de competência representa uma abordagem integradora. Essa integração não se restringe apenas aos elementos constituintes da competência, mas também abrange as diferentes perspectivas e valores dos atores envolvidos nesse processo. Concluem que a atuação competente dos profissionais de saúde, que envolve o reconhecimento, a legitimidade e a certificação para uma atuação socialmente responsável, continua sendo um campo emergente para investigações. Dado o foco da CNRMS na construção de matrizes de competência, a pesquisa acadêmica nesse campo se mostra relevante para a compreensão da formação dos profissionais de Saúde Mental, buscando alcançar excelência na condução do processo formativo por meio da residência.

No campo da Saúde Mental brasileira, em associação com a formação por meio de residências em saúde, é notável a ausência de documentos e estudos que delineiam o perfil de competência para o profissional de Saúde Mental. Nesta temática, destaca-se a produção na área de Enfermagem, com produções sobre o núcleo profissional (Zerbetto *et al.*, 2011; Siqueira, 2009; Neves *et al.*, 2012; Tavares *et al.*, 2016).

O perfil de competência do profissional de saúde em formação na modalidade de residência multiprofissional representa um aspecto importante na elaboração do Projeto Político Pedagógico (PPP) do programa (Weber *et al.*, 2020). O PPP é uma exigência regulamentada em resoluções ministeriais, de responsabilidade e organização das instituições que oferecem Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Este se configura como um critério para o cadastramento tanto junto ao MEC quanto ao MS, bem como para a obtenção de financiamento dos programas, devendo ser disponibilizado nos sistemas de informação da CNRMS (Brasil, 2012a; Brasil, 2012b). O PPP deve direcionar e estruturar o programa, expondo diretrizes pedagógicas, fundamentos teórico-metodológicos, objetivos do programa, matriz curricular e perfil do egresso. Este perfil deve incorporar o perfil de competência a ser desenvolvido, refletindo um direcionamento social e político estratégico em saúde, com vistas a fomentar uma formação crítica-reflexiva (Lima, 2016; Weber *et al.*, 2020).

Diante da complexidade do campo da Saúde Mental e os inúmeros retrocessos políticos na constituição da RAPS, que impactam no paradigma da atenção psicossocial e na

formação de profissionais pelo e para o SUS, faz-se imprescindível a realização de estudos que esclareçam o atual panorama dos processos formativos dentro das residências, bem como reconheçam essa formação como um diferencial para a inserção no SUS (Flor *et al.*, 2021). Santos e Santos (2023) reforçam essa necessidade, ao apontar a carência de estudos que analisem a política de residências no contexto da prática e as características desses programas, com vistas ao desenvolvimento do SUS. Essa necessidade deriva do fato de que existem investimentos públicos direcionados à formação de profissionais para o SUS, ao mesmo tempo, em que existe uma lacuna de dados que possibilitaria o conhecimento sobre os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil.

Assim, a pesquisa nesta área possibilita contribuir no aprimoramento da formação dos profissionais em Saúde Mental por meio das residências em saúde, no conhecimento dos perfis de competência propostos pelos programas existentes para formação de futuros profissionais de Saúde Mental para o SUS. Contribuindo para a compreensão dos desafios e oportunidades relacionados à formação em Saúde Mental e podendo ainda influenciar políticas públicas, visando a formação qualificada no âmbito do cuidado em Saúde Mental no país.

É importante destacar que a diversidade de disciplinas e especificidades de atuação nesse cenário e a formação/prática interprofissional são essenciais para o paradigma psicossocial. Nesse sentido, este estudo questiona não apenas a identificação dos núcleos de saberes que atuam no campo da Saúde Mental (uniprofissionais), mas também qual é o perfil de competência do profissional de Saúde Mental formado por meio das residências multiprofissionais. As residências têm possibilitado a formação de profissionais para atuarem em campo e não (apenas) em seus núcleos de saberes privativos/específicos?

Tais indagações estão alinhadas à linha de pesquisa denominada “Gestão do Cuidado, Trabalho e Educação na Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, por se relacionar com as mudanças educacionais na pós-graduação e ensino em serviço no SUS, como cenário de ensino/aprendizagem. Como eixos estruturantes, destaco a ênfase nas tecnologias educacionais voltadas à transformação das práticas de cuidado e de educação na saúde, de modo orientado à formação de profissionais para o SUS, bem como aprimorando os processos pedagógicos do programa com vistas à melhoria da qualidade da atenção à Saúde Mental.

Nesse contexto, formula-se a seguinte pergunta de pesquisa: Qual é o estado atual dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Brasil e qual o perfil de competência do profissional em Saúde Mental proposto para formação?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Conhecer o estado da arte dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Mapear e caracterizar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental ativos no Brasil;
- Discutir os perfis de competência de campo estabelecidos nos PPPs de programas de residências multiprofissionais para formação dos profissionais de Saúde Mental;

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 FORMAÇÃO E RESIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL

Historicamente na Saúde Mental, o processo de transformação da realidade e formação de profissionais foram vivenciados a partir do fim da década de 1970, quando emergiram os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira, em paralelo à Reforma Sanitária. Naquela época, segundo Amarante e Nunes (2018), profissionais recém-formados e estudantes universitários dos hospitais psiquiátricos depararam-se com um cenário de descaso, violência e exclusão. Concomitante, os desafios na formação de profissionais para o trabalho em Saúde Mental já ocorriam. Lima (2016) cita o escrito de Luiz Cerqueira, publicado em 1976 e republicado em 1984, intitulado “Formação de trabalhadores psiquiátricos de novo tipo”. Neste trabalho, Cerqueira indicou a necessidade da formação dos profissionais para atuarem em equipes multiprofissionais, em diferentes níveis de atenção, desenvolvendo competência profissional para novas concepções de saúde e de tratamentos, “sem reducionismos exclusivistas”. Ele também enfatizou a importância da utilização de estratégias didáticas que favorecessem o aprendizado através da realidade, a criatividade e o trabalho em equipe.

A partir desse contexto, desencadearam-se mobilizações envolvendo diversos atores, culminando na formação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental em 1979. Essas mobilizações repercutiram em marcos políticos estaduais e nacionais que foram importantes no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Um exemplo disso foi a crise enfrentada pela Divisão Nacional de Saúde Mental. Com o fortalecimento desse movimento, ocorreram modificações no tratamento para as pessoas com transtornos mentais, acompanhadas de debates acerca da loucura e do sujeito louco. Gradualmente, isso propiciou um novo olhar sobre o louco nas instituições psiquiátricas. Da mesma forma, esses debates culminaram no surgimento de propostas para transformar o modelo clássico e o paradigma psiquiátrico, como a Lei n.º 10.216, sancionada em 2001. Em decorrência, foram criados dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos e ao tratamento asilar, buscando construir uma sociedade mais igualitária, inclusiva e solidária (Amarante; Nunes, 2018).

No contexto das demandas decorrentes das mobilizações, no âmbito da formação, destaca-se o estabelecimento de normas para a formação por meio de residência na área de Saúde Mental, bem como a regulamentação das bolsas de Saúde Mental. Além disso, propugna-se a criação de centros de estudos e supervisão profissional para os bolsistas. Uma

aspiração adicional é a concepção de cursos de aperfeiçoamento na área de Saúde Mental, com programas científicos rigorosos, oficializados junto ao MEC. Outra demanda é a oficialização de um internato em psiquiatria. (Amarante; Nunes, 2018).

Com tais avanços e com a criação da RAPS, a formação em Saúde Mental adquiriu relevância crucial para a efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lobosque, 2012). Como observado por Lima (2016), as experiências das residências multiprofissionais em Saúde Mental representam uma das modalidades que contribuem para a invenção e sistematização de novas práticas e conhecimentos.

Antes dos anos 2000, existiam poucas experiências de residência multiprofissional em Saúde Mental no País. Em 1994, surgiu o Programa de Residência Integrada em Psiquiatria e Saúde Mental, desenvolvido pelo Instituto Philippe Pinel, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Esse foi o primeiro programa a integrar a formação dos profissionais da medicina com os demais profissionais de saúde de nível superior (Ceccim et al., 2010).

Onocko-Campos, Emerich e Ricci (2019) apresentaram que o número de vagas de residências multiprofissionais em Saúde Mental tem sido crescente. Sem especificar se os dados contemplam exclusivamente às vagas providas pelo MS, os autores informaram que:

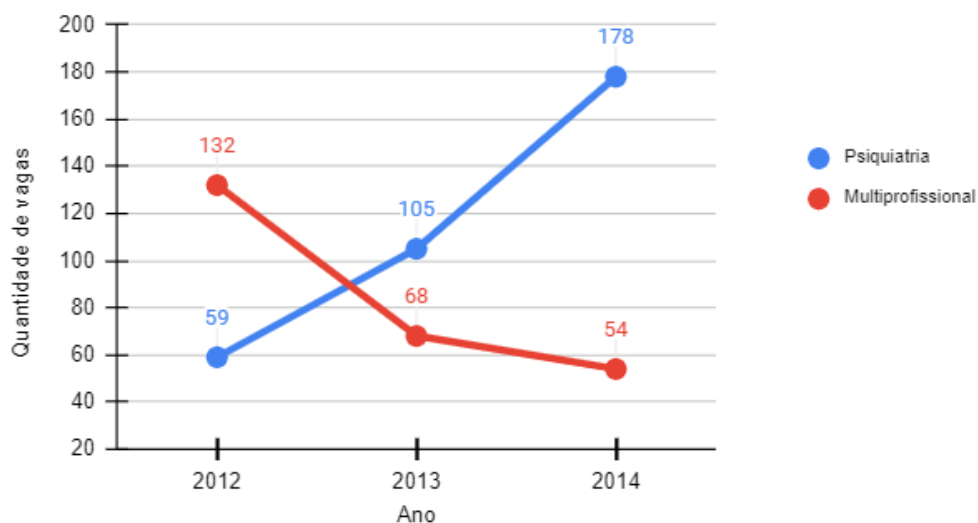
Até 2010, existiam apenas seis vagas, em um único estado, havendo importante aumento de ofertas nos anos de 2013 (95 vagas), 2014 (68 vagas) e 2015 (54 vagas). Atualmente, são trezentas vagas em 29 Programas, distribuídas por 21 cidades em dez estados brasileiros<sup>1</sup>. (Onocko-Campos; Emerich; Ricci, 2019, p. 2)

Segundo a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em 2015, os editais para financiamento de vagas para residência têm priorizado, nos últimos anos, a aprovação de propostas que indicam a realização de residências em serviços da RAPS e com abordagem de formação na direção de superação do modelo manicomial (Brasil, 2015). Entretanto, faz-se necessário salientar que desde o ano de 2012 há uma diminuição significativa de residências multiprofissionais em Saúde Mental e crescimento das residências psiquiátricas no Brasil (Gráfico 1).

---

<sup>1</sup> Dados informados aos autores pelo Ministério da Saúde, via e-SIC (N.º 2368225), em novembro de 2017. Nota Técnica N.º 42- SEI/2017 - CGEAP/DEPREPS/SGTES/MS.

Gráfico 1 - Número de vagas de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Psiquiatria no Brasil, período de 2012-2014.



Fonte: Elaborado pela autora a partir do arquivo “Saúde mental em Dados 12”, (Brasil, 2015).<sup>2</sup>

Conforme Weber (2021), ao apresentar o “Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01” pela Desinstitute, o panorama nacional entre 2001 e 2015 se caracterizou por muitos desafios e contradições no processo de transição entre o cuidado centrado na assistência hospitalar e o cuidado em liberdade, aliado à organização e qualificação da RAPS. Essa consideração pode ser uma hipótese para a ênfase no desenvolvimento de formação para profissionais do SUS em programas de residência psiquiátrica, bem como a ausência de investimento em formações de profissionais que possam consolidar a reforma psiquiátrica através da superação do modelo biomédico.

Ainda de acordo com Weber (2021), em 2015 foi o último ano em que dados federais sobre o campo da Saúde Mental foram apresentados de forma organizada pelo MS, incluindo informações sobre a formação para o SUS na modalidade de residência em saúde. Desde então, não foram localizados dados atualizados. Ao considerar o período subsequente, a partir de 2016, percebe-se a existência de rupturas progressivas em relação à política de Saúde Mental anterior. Uma “Nova Política de Saúde Mental” iniciou mudanças importantes nas legislações em direção a um retrocesso e ao afastamento da Lei 10.216/01.

Em uma investigação conduzida por Lima (2016), foram fornecidos dados relativos ao ano de 2016, indicando a existência de 91 programas de residências registrados no sistema interativo e-Mec, todos eles vinculados ao campo da Saúde Mental. Esses programas estavam distribuídos pelas diferentes regiões do Brasil, conforme detalhado na Tabela 1.

<sup>2</sup> Disponível em:

<https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>



Tabela 1 - Número de Programas de Residência em Saúde Mental por regiões brasileiras em 2016.

<b>Região</b>	<b>Número de programas</b>
Norte	8
Sul	28
Sudeste	31
Centro-oeste	2
Nordeste	22
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>

Fonte: Lima, 2016.

Moura, Ricci e Ferigato (2021), com base nos dados fornecidos pelo MEC, mencionaram que em 2020 havia 77 Programas de Residência em Saúde Mental. Desta lista, 11 programas estavam inativos e 10 estavam duplicados. Nesta pesquisa ainda apontaram que localizaram 13 programas não listados no documento oficial enviado pelo MEC. Através do acesso aos editais de seleção, a pesquisa identificou 52 Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental (Moura; Ricci; Ferigato, 2021).

Considerando essa trajetória de diminuição do número de programas de residência em consonância com os retrocessos no campo da saúde mental, reforça-se a literatura que aponta que a formação e qualificação dos profissionais podem ser recursos importantes para enfrentar esses retrocessos (Emerich; Onocko-Campos, 2019; Lima, 2016). A formação para o trabalho em saúde mental, segundo Emerich e Onocko-Campos, 2019, possibilita o fortalecimento dos dispositivos de cuidado em saúde mental, sendo urgente problematizar a atuação profissional e a construção de estratégias de cuidado, tanto ao usuário quanto ao trabalhador. Os autores destacam que é necessário ampliar o escopo teórico e compreender melhor os pontos que afetam a potência do trabalho. Diante desse cenário, é essencial desenvolver processos formativos que estejam alinhados com a complexidade da clínica e da gestão que permeiam os serviços e ações da RAPS (Emerich; Onocko-Campos, 2019).

Além da atualização técnico-científica para aprimorar as práticas, a qualificação profissional deve englobar aspectos de produção de subjetividade, o desenvolvimento de habilidades técnicas e de pensamento, e o adequado conhecimento do SUS (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Implica ainda em executar o processo formativo num movimento de ação-reflexão-ação, o que é proporcionado pela formação em residências com inserção em cenários práticos e reais.

Para Emerich e Onocko-Campos (2019), o processo formativo crítico, dinâmico, com responsabilidades técnicas e sanitárias e sensíveis às singularidades, deve empregar estratégias mediadoras para a construção de interface entre os eixos Sujeitos, Coletivos e

Instituição; ao mesmo tempo em que permanecem sensíveis às singularidades dos diferentes grupos de interesse (usuários, trabalhadores e comunidade) e dos territórios.

No âmbito da Saúde Mental, Onocko-Campos, Emerich e Ricci (2019) apontaram que são escassos os estudos que realizam discussão sobre as bases teóricas que dariam estrutura aos programas de residência. Verifica-se que existem três áreas de estudo fundamentais e pouco exploradas: aquelas que demonstram o impacto da inserção de Residências nos serviços, as que fundamentam inovações pedagógicas em saúde e os estudos sobre os egressos dos cursos em funcionamento (Lima, 2016; Onocko-Campos; Emerich; Ricci, 2019; Flor *et al.* 2021).

Com relação à proposta pedagógica dos programas, Ceccim *et al.* (2018) observaram que há pouca compreensão teórico-metodológica do que é preciso estruturar nos currículos dos diferentes programas. Afirmam que isso tem impacto negativo na formação dos residentes, porque há persistência na compreensão curricular baseada em disciplinas, característica dos modelos tradicionais de ensino. Essa abordagem compromete a implantação de programas de residência, pois, embora haja esforço para instituírem-se as metodologias ativas e problematizadoras de ensino como regulamentado, a prática pedagógica acaba sendo dissonante do que é preconizado nos PPPs dos cursos, tanto na teoria quanto na atuação prática dos membros nos cenários.

### 3.2 FORMAÇÃO EM SAÚDE E COMPETÊNCIA

A educação deve ser capaz de desencadear uma visão ampliada, integral, interdependente e de transdisciplinaridade, para ser oportuna a construção de redes de mudanças sociais. Para tanto, de acordo com Silva e Tavares (2003), as reformas educacionais no Brasil, como em diversos países, evidenciaram a busca de formalização de um processo formativo orientado por competência, a fim de superar o enfoque descontextualizado e disciplinar do ensino. Ribeiro, Lima e Padilha (2018) destacaram que a noção de qualificação para modelos orientados por competência é uma resposta às necessidades de flexibilidade na formação profissional e à ampliação das capacidades dos trabalhadores, demandadas pelo mundo do trabalho.

O conceito de competência tem sido diverso na literatura, variando seu significado segundo autores e países, com reproduções do campo da administração e da educação (Hager; Gonczi, 1996). Na educação, as primeiras abordagens de competência são reducionistas e tecnicistas da prática educativa, com o conceito atrelado aos resultados observados/obtidos,

conforme à teoria ambientalista ou comportamentalista da aprendizagem. Lima (2005) mencionou duas outras abordagens conceituais importantes sobre competência. A primeira com significância de uma coleção de atributos pessoais; enquanto a segunda apresenta a noção de competência dialógica, que exige a “combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos e de acordo com construções sociais, visando atingir determinados resultados” (Lima, 2005, p. 371).

Deluiz (2001) reforça que a competência extrapola a ênfase ao conhecimento e às habilidades técnicas. A autora enfatiza que ela é multidimensional e considera a dinâmica e as contradições do mundo do trabalho, os contextos macroeconômicos e políticos, as transformações técnicas e organizacionais, os impactos socioambientais, os saberes do trabalho, os laços coletivos e de solidariedade, os valores e as lutas dos trabalhadores. Ela não se restringe às necessidades e demandas estritas do mercado. Pelo contrário, a competência possibilita ao indivíduo a realização eficiente do trabalho, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social, além de sua efetiva autorrealização.

A concepção dialógica, considerada holística, deve ser construída no diálogo entre a formação e o mundo do trabalho. Nessa abordagem, a competência articula a combinação das capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) para desempenho de ações essenciais e características da profissão, de acordo com os padrões de excelência e subjetividades do processo formativo, para enfrentamento das situações profissionais em diferentes contextos (Ribeiro; Lima; Padilha, 2018; Lima *et al.*, 2014).

A perspectiva holística ou integrada de competência defende que tanto a subjetividade do trabalhador, como suas capacidades psicomotoras e atitudinais, são atributos que assumem igual importância em relação aos conhecimentos específicos da respectiva área de atuação. Hager e Gonczi (1996) ressaltam que os principais atributos necessários para o desempenho competente das tarefas ou elementos-chave são identificados e incluem habilidades cognitivas (conhecimento, pensamento crítico, estratégias de resolução de problemas), habilidades interpessoais, atributos afetivos e habilidades técnico-psicomotoras.

A competência não é observável, mas inferida pela síntese de conjuntos de desempenhos (capacidades em ação) agrupados em áreas de competência que conformam o campo da prática profissional, segundo contexto e padrões de excelência (Lima, 2005). De acordo com Lima *et al.* (2014, p. 1), “o perfil de competência profissional é uma síntese integrada e articulada de áreas de competência, conformadas por ações-chave e desempenhos”. A abordagem dialógica de competência apresenta o perfil considerado competente numa perspectiva de construção social, participativa, ampliada e determinada pela

história, cultura, desenvolvimento técnico-científico e ético-cultural; com tensões e contradições (Lima, 2005; Lima; Ribeiro, 2022).

Hager e Gonczi (1996) referem que os padrões de competência, ao serem considerados simplesmente como descrições de tarefas discretas, são deixados de fora da imagem os aspectos mais amplos do desempenho competente, como o planejamento ou a reação a contingências. Esquecer os atributos e se concentrar apenas nas tarefas é a principal razão pela qual muitas pessoas adotam uma visão restrita dos padrões de competência. Como as habilidades ou capacidades são centrais para o conceito de competência, padrões de competência ocupacionais que excluem atributos não são eficazes. Os atributos são logicamente necessários para a competência, mas por si só eles não são suficientes.

O debate sobre campo e núcleo do trabalho profissional e, neste sentido, sobre as áreas de competência que caracterizam as diferentes carreiras da saúde também são aspectos importantes na definição de competência e, mais especificamente, na significação do processo de trabalho em equipes de saúde. Nestes conceitos apresentados por Campos (2020), o núcleo demarca a identidade profissional e disciplinar de uma área de saber e de prática, representando uma aglutinação de conhecimentos numa dimensão socialmente construída e sem rompimento com a dinâmica do campo. O campo conforma um espaço de limites imprecisos onde cada profissão buscaria em outras disciplinas fora do seu núcleo o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. São apresentados pelo autor como conceitos mutantes e que se interinfluenciam.

As atividades pertencentes às áreas de competência que representam o campo de atuação podem ser realizadas por profissionais de diferentes carreiras. O desenvolvimento articulado dessas áreas de competência delimitam o escopo de trabalho na atuação profissional e no contexto do SUS, estando enquanto diretriz na PNEPS. Nesta, a Educação Permanente propõe, a partir da problematização do processo de trabalho, a formação dos trabalhadores da saúde com referência nas necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Brasil, 2004a).

Nesse contexto, a formação orientada por competência, com abordagem dialógica, pressupõe que a aprendizagem significativa é essencial para a maneira e funcionalidade do aprender e no desenvolvimento de capacidades. Isso envolve a superação da aprendizagem baseada nos conteúdos para ocorrer uma aprendizagem baseada na integração teoria-prática, com reflexão e teorização a partir das ações da prática profissional de/em situações reais do trabalho (Lima, 2005). O currículo deve ser orientado pela intencionalidade de “promover o

desenvolvimento articulado de capacidades requeridas para o desenvolvimento das ações que caracterizam e legitimam socialmente uma dada carreira, com graus crescentes de autonomia na prática" (Ribeiro; Lima; Padilha, 2018, p.33). Com a evolução do conceito de aprendizagem significativa, inclui-se também a aprendizagem dialógica, que possui princípios que podem favorecer a educação interprofissional e o processo de ensino-aprendizagem em serviço. A aprendizagem dialógica:

“ocorre em diálogos igualitários, nas interações em que a inteligência cultural é reconhecida em todas as pessoas e orientada para a transformação dos níveis anteriores de conhecimento e do contexto sociocultural, visando o sucesso de todos. A aprendizagem dialógica ocorre em interações que aumentam a aprendizagem instrumental, favorecem a criação de sentido pessoal e social, são guiadas por princípios de solidariedade e em que a igualdade e a diferença são valores compatíveis e, mutuamente, enriquecedores” (Aubert *et al.*, 2008).

Tal aprendizagem pode ser fomentada pela figura do preceptor, que é sujeito em constante interação e troca com os profissionais de saúde residentes. A preceptoria deve ser realizada por corpo docente assistencial com qualificação mínima de especialista na área profissional ou na área de concentração do programa desenvolvido e desenvolve papel de supervisão permanente do treinamento do Profissional da Saúde Residente (Brasil, 2014).

#### 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. Envolveu pesquisa de campo e documental. Segundo Gil (2002), a pesquisa exploratória proporciona a familiarização com o objeto de estudo ainda pouco conhecido cientificamente, buscando torná-lo mais explícito, aprimorar ideias ou a constituir hipóteses. Possui um planejamento flexível e envolve com maior frequência pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso. Pesquisas descritivas, por sua vez, têm o objetivo de descrever características de determinado fenômeno, possibilitando o estabelecimento de relações entre variáveis. Quando utilizadas em conjunto, as pesquisas exploratórias e descritivas são habitualmente realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática em um problema ou questão (Gil, 2002). Este estudo se propõe a explorar e descrever Programas de Residência Multiprofissionais e/ou Integradas em Saúde Mental no Brasil, utilizando-se como fontes documentais a pesquisa de campo, editais de seleção de ingressos e PPP.

Entende-se que a pesquisa de campo configurou-se pela busca ativa a espaços e coletivos relacionados aos atores e programas de residências, tais como aos Fóruns Regionais e Nacional de Residentes, Preceptores e Tutores de Residências Uniprofissionais e Multiprofissionais no Brasil, num movimento exploratório das fontes de dados para fins da concepção deste estudo.

Em seguida, realizou-se a pesquisa documental nas fontes de dados encontradas. A pesquisa documental caracteriza-se pela utilização de materiais que não receberam um tratamento analítico, com fontes diversificadas, ricas e estáveis (Gil, 2002; Cellard, 2012). Permite ampliar o conhecimento a respeito de um determinado fenômeno, o qual necessita de contextualização histórica e sociocultural (Sá-Silva *et al.*, 2009). Entretanto, conforme Cellard (2012, p. 296), a informação na análise documental “circula em sentido único; pois, embora tagarela, o documento permanece surdo, e o pesquisador não pode dele exigir precisões suplementares”. Apesar de permitir acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social, o sentido da mensagem e qualidade das mesmas não poderão ser transformadas, podendo ser incompleto e impreciso (Sá-Silva *et al.*, 2009).

Visto a ampliar os dados originados da pesquisa documental com relação à representatividade, este estudo tentou alcançar o maior número de PPPs e editais de seleção possíveis para explorar e aprofundar a compreensão do fenômeno estudado. Segundo a Resolução CNRMS n.º 2, de 13 de abril de 2012 (Brasil, 2012b), o PPP é orientado pelo desenvolvimento em área de concentração do núcleo específico dos saberes e práticas

inerentes a cada profissão; pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões; por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar; devendo prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competência compartilhada, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão em saúde.

Com base na CNRMS (Brasil, 2011a), os editais de seleção de residentes são parte dos procedimentos administrativos. Tem a finalidade de conferir publicidade a atos de interesse público, incluindo as condições do processo seletivo e as características do serviço que será alvo da seleção. Conforme o despacho orientador da CNRMS, é previsto que neste documento conste a modalidade de formação pós-graduada, “especialização lato sensu, modalidade treinamento em serviço”; estabeleça o número de vagas, segundo profissão e programa oferecido; identifique as áreas de concentração; explicita a situação do programa em relação ao credenciamento/autorização junto ao MEC. Deve explicitar ainda a duração e a carga horária total e semanal e os cenários de práticas – RAS loco-regional.

Dessa forma, ponderou-se que, por conter informações pertinentes que contextualizam o processo de formação em residências, os editais de seleção se configuram como documentos acessíveis que fornecem dados relevantes para o conhecimento do estado da arte dos Programas de Residência em Saúde Mental no Brasil. Ademais, a incorporação de informações provenientes dos editais de seleção também contribui para a transparência e prestação de contas dos programas de residência perante a comunidade e os interessados.

Para tanto, é descrito abaixo o processo metodológico realizado.

#### 4.1 CENÁRIO DE PESQUISA

Com o intuito de delimitar o número de participantes deste estudo concernente aos programas de residências multiprofissionais, considerou-se uma pesquisa publicada no ano de 2016 (Lima, 2016). Nesse estudo é apresentado um mapeamento quantitativo que identifica um total de 91 programas de residências em Saúde Mental no Brasil. Justifica-se a escolha desse referencial, para fins da delimitação do cenário de estudo, em função da limitação das informações oficiais disponibilizadas nos sítios eletrônicos do MS e MEC, através de canais

oficiais e do CNRMS, que foram pouco satisfatórias para os fins deste estudo. Além disso, foi realizado contato em meios digitais com esses órgãos representativos, não havendo retorno dos dados solicitados. Tais dificuldades de acesso aos dados da CNRMS também têm sido apontadas na literatura (Moura; Ricci; Ferigato, 2021; Lima, 2016).

Os critérios de seleção adotados para este estudo foram programas de residências brasileiros caracterizados como multiprofissionais e/ou integrados em Saúde Mental, contendo os termos “Saúde Mental” e “atenção psicossocial” nos seus títulos ou áreas de concentração. Esses programas deveriam ser ativos, com pelo menos uma turma de residente em curso, nos anos de 2021 ou 2022. Para acesso ao PPP, tal documento deveria estar disponível em acesso livre e público ou, alternativamente, compartilharam tais documentos mediante anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cabe destacar que o acesso público a esse documento está previsto na Resolução n.º 5/2012 da CNRMS/MEC.

Quanto à caracterização desses programas de residências, optou-se por uma pesquisa documental dos editais de seleção publicados, disponíveis em sites institucionais e de bancas de seleção, referentes a programas que ofereceram vagas em 2022. Em relação aos dados referentes aos anos de 2021 e 2020, estes foram obtidos a partir do estudo realizado por Moura, Ricci, Ferigato (2021) que, após terem sido contatadas pela pesquisadora, disponibilizaram o banco de dados produzido no referido estudo.

## 4.2 INSTRUMENTO DE COLETA

O instrumento de coleta de caracterização dos programas (Apêndice A) foi elaborado com base na literatura utilizada nesta pesquisa e em documentos oficiais do MEC sobre PPP e critérios para cadastros dos programas de residência nos sistemas específicos. Essa abordagem foi adotada para viabilizar a coleta de informações acessíveis nos documentos solicitados aos participantes e nos editais publicados.

Durante o processo de localização dos editais de seleção de maneira online, constatou-se ausência de padronização de informações acerca dos programas ofertados. Por conseguinte, o Apêndice A foi adequado, havendo exclusão das seguintes informações não acessíveis: ano de cadastro no SisCNRMS, por não ser informado; período de duração, em virtude da uniformidade de 2 anos; objetivos e/ou missão dos programas; cenários educacionais; e processos avaliativos do programa. Os dados foram coletados dos editais com



o instrumento contendo as variáveis: modalidade da residência, número de vagas e profissões envolvidas, região geográfica, estado brasileiro (Apêndice A).

#### 4.3 PROCEDIMENTOS PARA PRODUÇÃO DE DADOS

Para execução desta pesquisa, registrou-se o processo de acesso às informações para facilitar a realização de outros estudos, sustentando o contato por canais oficiais, com outras pesquisas publicadas sobre Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental e por meio de movimentos sociais e representativos. Descreve-se abaixo as etapas de execução da pesquisa, após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

##### Etapa 1 - Levantamento dos programas

Para obter os contatos dos programas de residências ou das COREMU, objeto de estudo desta pesquisa, foram realizadas várias etapas de comunicação. Inicialmente, houve contato com os Fóruns Regionais e Nacional de Residentes, Preceptores e Tutores de Residências Uniprofissionais e Multiprofissionais. Além disso, foram utilizados canais oficiais com a CNRMS/MEC, além de busca documental de resoluções publicadas em Diário Oficial da União; e com autores de artigos científicos sobre programas de residência multiprofissional em Saúde Mental. Esses contatos com os fóruns, principalmente, auxiliaram na confirmação dos programas que estavam ativos, assim como na identificação da melhor forma de estabelecer contato com cada um deles.

Incluiu-se a representação dos movimentos sociais, como os Fóruns Regional e Nacional, pois considerou-se que eles possuíam informações e canais de comunicação com os programas de residência em área profissional. Isso se tornou uma estratégia fundamental para viabilizar o acesso aos dados necessários para a execução da pesquisa. Cellard (2012) referiu que na pesquisa documental se deve esgotar todos os meios de fornecer informações para constituir um *corpus* satisfatório.

Conforme apontado por Silva (2018), até o ano de 2009, os fóruns coletivos - Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde, Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (Fnepas) e Fórum Nacional de Residentes em Saúde - compunham a CNRMS. Com a Portaria Interministerial MEC/MS n.º 1.077, em 2009, houve alteração dos rumos da residência e os movimentos sociais foram substituídos pelas associações de ensino e pesquisa das profissões de saúde e pelas entidades sindicais nos órgãos regulamentadores do MEC.

Com esse percurso e após a exclusão dos programas que não contemplaram os critérios de inclusão, por serem uniprofissionais e/ou não terem pelo menos uma turma de residente em curso, nos anos de 2021 ou 2022, ou que estavam desativados conforme a CNRMS, foram mapeados 52 Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental ativos em 2021 e/ou 2022 (Apêndice D), estando os mesmo identificados pelo estudo de Moura, Ricci e Ferigato (2021) e 27 confirmados por meio do Fórum.

Durante a fase de elaboração do projeto desta pesquisa e coleta de dados, o MEC informou impossibilidade de colaboração com a pesquisa por estar em período de recadastramento dos programas. A busca manual, baseada em um mapeamento preliminar de pesquisa recente (Moura; Ricci; Ferigato, 2021), foi essencial para efetivação desta pesquisa e, logo, para a identificação e confirmação dos programas potenciais para participação do estudo.

#### Etapa 2 - Localização e solicitação de documentos

Durante o período compreendido entre agosto de 2022 a outubro de 2022, realizou-se a Etapa 2 da pesquisa, cujo objetivo foi localizar e/ou solicitar os dados para serem utilizados na análise deste estudo.

Para caracterizar os programas, a coleta de dados teve início com a obtenção dos editais de seleção de profissionais para ingresso em 2022 nos programas. Isso resultou em um total de 51 programas de residências, uma vez que um dos programas mapeados na Etapa 1 não ofereceu vaga para ingresso em 2022. A busca dos editais foi realizada manualmente, envolvendo o acesso aos sites das bancas de seleção e das instituições responsáveis pelos programas. Os editais de seleção para o ano de 2021 não foram utilizados, uma vez que o estudo de Moura, Ricci e Ferigato (2021) já apresentaram esses dados.

Com o intuito de obter os PPPs, foram contatados por e-mail todos os programas mapeados na Etapa 1, totalizando 52 Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental identificados como ativos nos anos de 2021 e/ou 2022.

A Tabela 2 a seguir detalha o método utilizado para acessar os documentos desta etapa: editais de seleção e PPP.

Tabela 2 - Número e tipo de documento por método de acesso, referente a Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental ativos em 2021 e 2022 no Brasil.

<b>Método de acesso aos editais de seleção para 2022</b>	<b>n.º</b>
Pesquisa manual de edital de seleção	51
<b>Método de acesso ao PPP de programas ativos em 2021/2022</b>	<b>n.º</b>
Aceite via formulário de TCLE	12
Aceite via e-mail	1
Acesso Público	6
Recusa à participação com justificativa	4
Não disponível em acesso público e sem retorno	29
<b>TOTAL DE PROGRAMAS ATIVOS EM 2021/2022</b>	<b>52</b>

Fonte: Banco de dados da pesquisadora, 2023.

Os dados apresentados na Tabela 2 demonstram que 13 programas concordaram em participar da pesquisa, aceitando o TCLE e disponibilizando o PPP. Além disso, houve manifestações de quatro programas que recusaram a participação ou solicitaram ser incluídos como instituição coparticipante, condicionando isso à aprovação do CEP e ao termo de anuência da pesquisa para projetos executados em suas unidades.

Após essa fase, procedeu-se à busca dos PPPs disponíveis publicamente na Internet. Essa busca foi realizada tanto através da plataforma de buscas *Google*® quanto pelos sites das instituições vinculadas aos programas. Durante esse procedimento, foram identificados seis documentos de domínio público, nos quais a anuência por meio do TCLE não foi necessária, conforme previsto na Resolução n.º 510/2016, que dispensa registro e aprovação pelo sistema CEP/CONEP quando a pesquisa utiliza informações de domínio público.

Com isso, um total de 19 documentos referentes aos PPPs de programas de Saúde Mental ativos nos anos de 2021 e/ou 2022 foram incluídos para análise subsequente.

### Etapa 3 - Organização dos dados

As informações advindas dos editais de seleção e dos PPPs foram rigorosamente organizadas pela pesquisadora. A caracterização dos programas foi compilada através do preenchimento do Apêndice A, usando como banco de dados informatizado o programa Excel. Essa abordagem teve o objetivo de tratar e organizar os dados de forma eficaz.

Os dados relacionados ao perfil de competência do profissional de Saúde Mental foram inseridos no *software* ATLAS.ti 23 (*Qualitative Research and Solutions*), versão pro. A escolha do ATLAS.ti visou o acesso a uma tecnologia que simplifique o gerenciamento das informações codificadas, facilitando o processo de análise da grande quantidade de dados obtidos. Os PPPs, para manutenção do sigilo e demais aspectos éticos, foram nomeados com

letras de A a S seguido da modalidade que se apresenta, sendo: RMS para Residências Multiprofissionais em Saúde e RIS para Residência Integrada em Saúde.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi conduzida em dois eixos, alinhados com os objetivos deste estudo e os dados coletados, combinando a análise quantitativa e qualitativa. A vinculação dessas abordagens visa a melhor compreensão dos dados e estado da arte dos programas de residência brasileiros.

No primeiro eixo, referente à caracterização dos programas de residências, utilizou-se do banco de dados informatizado por meio do programa Excel, explorando as informações contidas no Apêndice A. Essa fase permitiu a sistematização numérica para análise descritiva das informações coletadas sobre os programas de residência.

No segundo eixo, que se concentra no perfil de competência do profissional de Saúde Mental, foi adotada uma análise qualitativa dos dados contidos nos PPPs, sendo utilizada a Análise Temática para fins de sistematização das informações extraídas na codificação e categorização realizada pela pesquisadora no *software* ATLAS.ti 23. Esse *software* é uma ferramenta comumente utilizada para auxiliar na análise qualitativa de dados, permitindo uma exploração aprofundada dos temas e padrões presentes nos documentos. O uso de diferentes tipos de *software* para análise de dados tem sido amplamente utilizado, contribuindo para o manejo dos limites de tempo e alcance do rigor e cientificidade em pesquisas qualitativas (Silva; Leão, 2018). O ATLAS.ti oferece diversas ferramentas para esses fins. No entanto, é importante ressaltar que o *software* não realiza automaticamente a análise, necessitando da *expertise* humana para realizar as codificações, inferências e categorizações com base em referenciais teóricos.

A Análise Temática, proposta por Bardin (2009), tem como referência um conjunto de técnicas de análises da comunicação, podendo se utilizar de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição para identificar “núcleos de sentido” apresentados pelas mensagens analisadas, obtendo indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos (Minayo, 2002). Essa abordagem considera os temas como unidades de registro relacionadas a um determinado assunto, fornecendo uma unidade de significação que emerge naturalmente do texto analisado e permite corroborar com o problema em questão (Bardin, 2009; Minayo, 2002).

A realização da Análise Temática se desdobrou em três etapas, seguindo a metodologia proposta por (Bardin, 2009) e foi conduzida após a inserção dos dados no *software* ATLAS.ti:

- **Leitura Flutuante e Pré-Análise:** Inicialmente, executou-se uma leitura flutuante dos PPPs dentro do *software* ATLAS.ti, o que permitiu uma visão geral das principais questões e impressões presentes nos documentos. Nesta etapa definiu-se *a priori* a exploração dos seguintes dados, conforme a Figura 2: ano do PPP, ênfase do programa, profissões dos programas, objetivo geral, objetivo específico, perfil de competência, perfil geral e específico dos egressos, cenário de prática.
- **Exploração e Codificação Detalhada:** O material foi explorado com a leitura detalhada, seguida da codificação por meio de ferramentas disponíveis no *software* ATLAS.ti 23. Essa operação teve como objetivo atingir o núcleo de compreensão do texto e agregar os dados em dimensões temáticas. O critério de categorização foi semântico para originar as categorias.
- **Tratamento e Interpretação dos Dados:** os códigos iniciais mais significativos ou frequentes foram integrados, sintetizados e organizados em categorias e subcategorias. Essa etapa ocorreu a partir das dimensões temáticas, com a interpretação, tendência e inferência por meio de concepções teóricas que sustentam o estudo, bem como pela exploração de dados em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas sugeridas na leitura do material.

Figura 2 - Tela do ATLAS.ti com gerenciamento de códigos aplicados nos documentos analisados.

The screenshot displays the ATLAS.ti software interface for managing codes. The main window is titled 'Gerenciar Códigos' and features a menu bar with options like 'Arquivo', 'Início', 'Pesquisar & Codificar', 'Analisar', 'Importar & Exportar', 'Ferramentas', 'Ajuda', 'Códigos', 'Pesquisar & Filtar', 'Ferramentas', and 'Exibir'. Below the menu is a toolbar with various icons for code management. The central area is divided into three main sections:

- Explorador (Left):** A tree view showing the hierarchy of codes. The 'Códigos' folder is expanded, showing a list of codes such as 'Ações', 'Ações Chaves', 'Ano do PPP', 'Área de competência', 'Atividade Teórica', 'Avaliação', 'Cenário', 'Competência', 'Ênfase', 'Implantação da residência', 'Integração entre programas', 'Metodologia Educacional', 'Objetivo geral', 'Objetivos Específicos', 'Perfil específico', and 'Profissões'.
- Gerenciador de Códigos (Center):** A table with columns for 'Nome', 'Magnitude', 'Densidade', 'Grupos', 'Criado por', and 'Modificado por'. The table lists various codes and their associated data. For example, 'Ações' has a magnitude of 159 and a density of 0. 'Ações Chaves' has a magnitude of 479 and a density of 15.
- Distribuição de código por documento (Bottom):** A horizontal bar chart showing the distribution of codes across different documents. The chart is labeled 'Distribuição de código por documento' and shows bars for various codes, with the number of occurrences indicated above each bar.

At the bottom of the interface, there is a comment field with the text 'Selecione um item para mostrar seu comentário' and a status bar indicating '57 códigos'.

Fonte: dados da pesquisadora, 2023.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os detalhes apresentados fornecem uma visão abrangente das medidas éticas e metodológicas adotadas para o estudo, bem como as considerações em relação aos riscos, benefícios e procedimentos de coleta e armazenamento de dados.

Os dados utilizados nesta pesquisa são considerados de domínio público, consoante a Resolução n.º 5/2012 da CNRMS/MEC (Brasil, 2012c). Contudo, mediante aos desafios em localizar as informações oficiais e públicas referentes aos PPPs dos programas de residentes, optamos por submeter esta pesquisa para apreciação no CEP da UFSCar e consequente aprovação em agosto de 2022, parecer n.º 5.569.638 (Anexo A). Esta estratégia visa a ampliação dos documentos coletados para maior representatividade e pertinência dos resultados, assim como adequação às normativas nacionais que regulamentam a ética em pesquisa científica, Resolução n.º 510/2016 e Carta Circular CONEP/SECNS/MS n.º 1/2021.

Após a aprovação no CEP, os convidados (coordenadores dos programas ou COREMU) tiveram sua participação submetida à anuência ao TCLE em formato eletrônico (Apêndice C). Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos, os procedimentos do estudo, os direitos que lhe são assegurados quanto à sua participação voluntária, os riscos e benefícios, tendo os mesmos concordado com a participação, ao disponibilizarem o PPP para apreciação e análise. Foram resguardados os direitos de não-resposta e exclusão da participação da pesquisa, não observando manifestação de desistência durante a pesquisa.

A pesquisa envolveu possibilidades baixas de riscos, uma vez que não houve intervenções invasivas e com mínima manipulação de informações pessoais. Os dados de coleta eram documentos oficiais de domínio público ou disponibilizados com consentimento do programa, ou COREMU responsável. Os riscos associados à pesquisa foram cuidadosamente considerados, incluindo o desconforto, quebra de sigilo e possíveis preocupações relacionadas à confidencialidade das informações.

O estudo respeitou a originalidade dos dados coletados, a privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais dos participantes que forneceram a documentação. Os dados coletados foram armazenados localmente pela pesquisadora principal após a conclusão da coleta. Os dados foram removidos da nuvem ou ambientes compartilhados para garantir a segurança e confidencialidade.

Com relação aos benefícios, este estudo pretendeu contribuir para a formação de profissionais de Saúde Mental competentes para a atuação nos serviços da RAPS e no SUS, nos preceitos da reforma psiquiátrica e da clínica psicossocial, no âmbito das Residências

Multiprofissionais em Saúde Mental brasileiras. Após a realização desta pesquisa, foram elaborados dois produtos técnicos e científicos para fins de ampliar a divulgação de informações técnicas e científicas, colaborando nas discussões sobre competência do profissional de Saúde Mental em formação para o SUS em programas de residências em Saúde Mental.

A pesquisa não recebeu financiamento externo, sendo conduzida com recursos pessoais das pesquisadoras ou utilizando ferramentas de livre acesso. A aquisição do software ATLAS.ti foi realizada com recursos próprios.

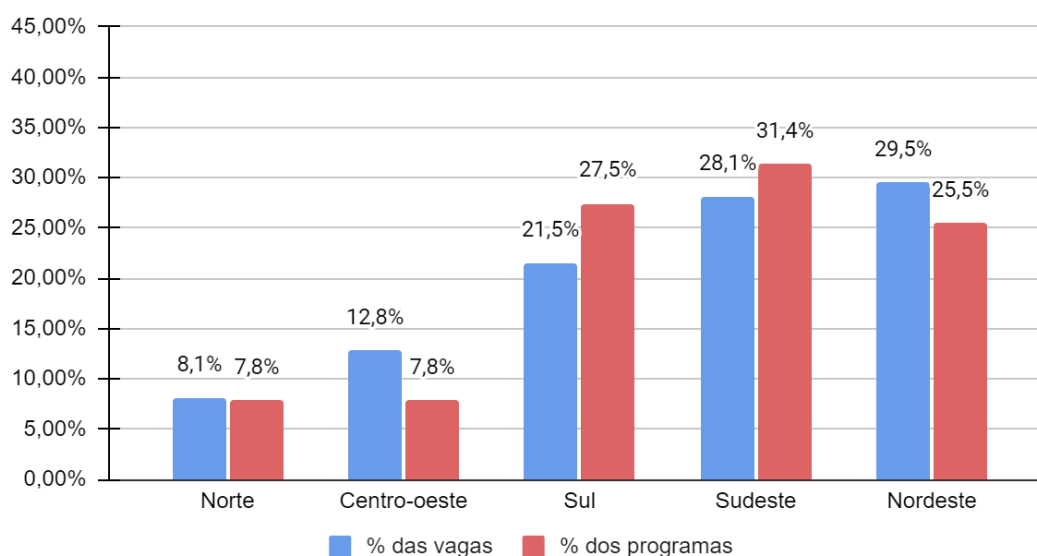
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base no exposto, os resultados e discussão deste estudo serão apresentados em dois tópicos: 1) “Caracterização dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental ativos no Brasil” e 2) “Perfil de Competência delineado para a formação dos profissionais de Saúde Mental em programas de residências”.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL ATIVOS NO BRASIL.

Foram mapeados, mediante acesso aos editais de seleção, um total de 51 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental ativos em 2022 (Apêndice D), sendo 13 programas na modalidade de residência integrada (RIS). A totalidade dos programas de residência multiprofissional e integrada ofertam 530 vagas. Houve um aumento de 37 vagas em relação a 2021. Ao comparar com a pesquisa realizada por Moura, Ricci e Ferigato (2021), que identificaram 52 programas de residências, é possível perceber uma redução de um programa. Prevalece, desde o ano de 2021, a existência de programas que oferecem de 6 a 9 vagas (45,1%) e de 10 a 20 vagas (31,4%). Apenas dois programas (3,9%) ofertam mais de 21 vagas anualmente. Conforme os dados apresentados por Moura, Ricci e Ferigato (2021), referente ao ano de 2020 e 2021, em 2022 os programas de residência mantiveram a distribuição nas cinco regiões do País, abrangendo 19 estados (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Porcentagem de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e vagas ofertadas no ano de 2022, por região brasileira.



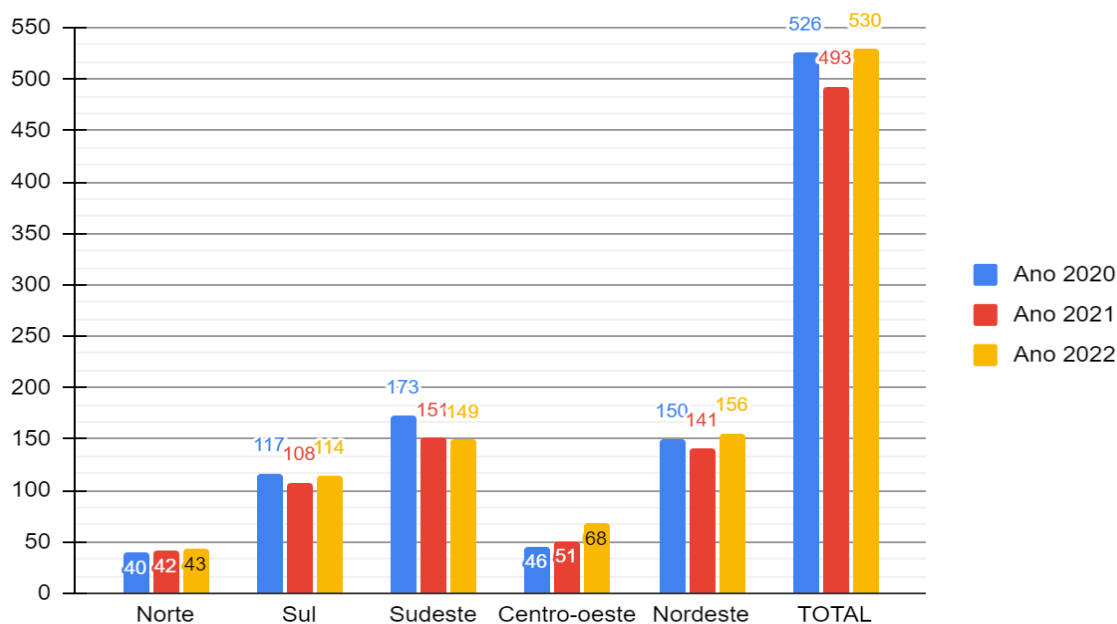
Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados da pesquisadora, 2023.



O Gráfico 2 ilustra a proporção de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e as vagas disponibilizadas no ano de 2022, segmentadas por região brasileira. Em 2022, constata-se que 31,4% dos programas estão situados na região Sudeste, oferecendo 28,1% das vagas totais. A região Sul abriga 27,5% dos programas e disponibiliza 21,5% das vagas, enquanto o Nordeste concentra 25,5% dos programas, destacando-se por oferecer a maior quantidade de vagas (29,5%). Por outro lado, as regiões Centro-Oeste e Norte possuem um menor número de programas (Gráfico 2). Mesmo com um contingente reduzido de programas, a região Centro-Oeste oferece 12,8% das vagas totais do País. É relevante destacar que o DF teve um aumento de 17 vagas no último ano e abriga o segundo programa com o maior quantitativo de vagas (n=36), distribuídas em sete categorias profissionais. O programa que lidera com o maior número de vagas está localizado no estado do Ceará, com 53 vagas distribuídas em cinco categorias profissionais. Esses dados podem ser decorrentes do financiamento priorizado pelo MS em 2009 para três regiões específicas: Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Sarmiento *et al.*, 2017). Dessas regiões, apenas a Nordeste demonstrou um significativo número de programas.

No entanto, o Centro-Oeste foi a única região que sustentou o crescimento de vagas na área de Saúde Mental de 2020 a 2022 (Gráfico 3), um período que coincidiu com a pandemia do COVID-19 no país. Observa-se que, no primeiro ano de enfrentamento da pandemia, houve uma diminuição nas ofertas de vagas nos editais para o ingresso em 2021, seguida por uma retomada do crescimento, ainda que lenta, em 2022. Percebe-se também que, em 2022, a região Nordeste liderou em termos de número de vagas ofertadas por ano, seguida pela região Sudeste, apesar de apresentar uma diminuição (Gráfico 3).

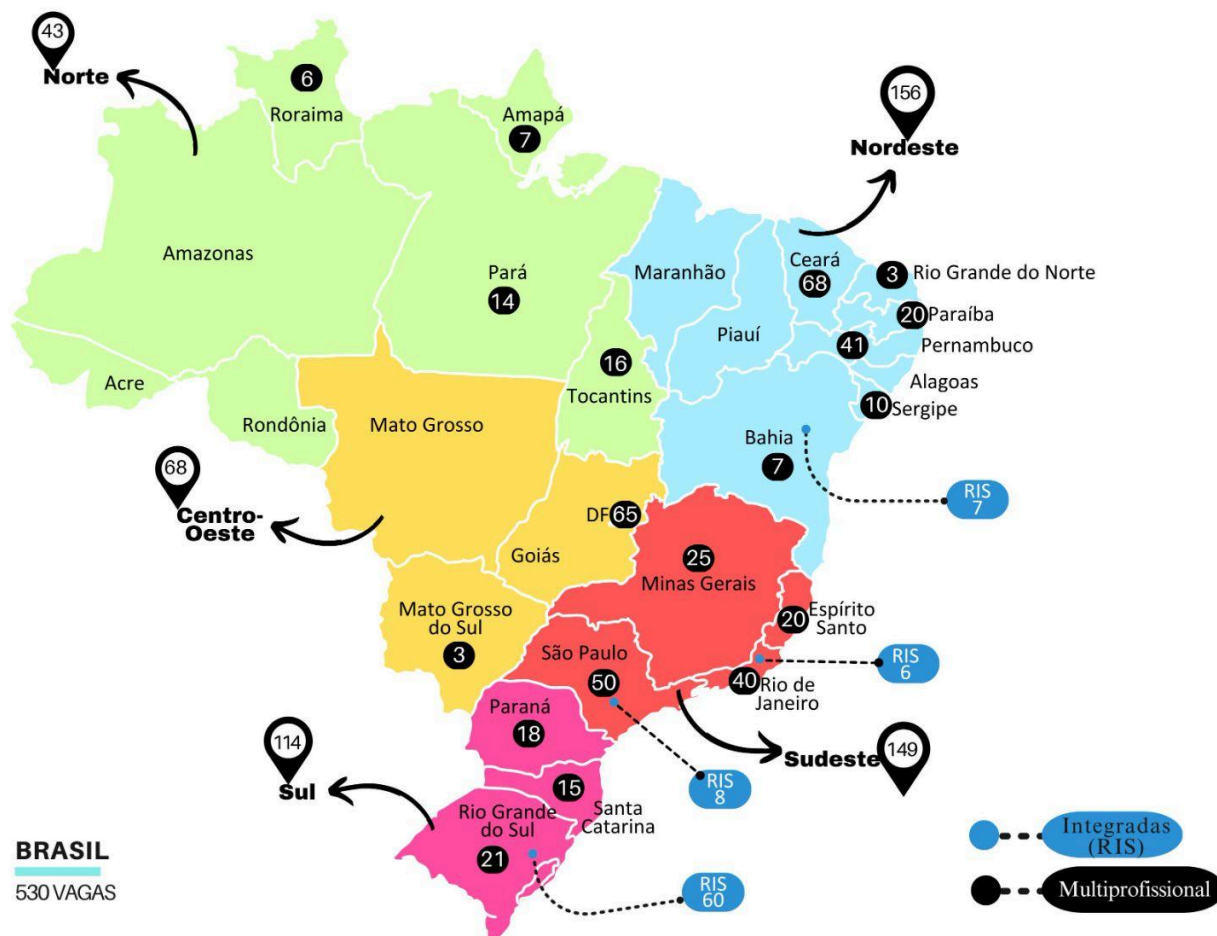
Gráfico 3 - Oferta de vagas com ingresso nos anos 2020, 2021 e 2022, por região brasileira.



Fonte: Elaboração e adaptação pela autora a partir de dados de 2020 e 2021, publicados por Moura, Ricci e Ferigato (2012), e dados de 2022 desta pesquisa.

Quando observamos a distribuição por estado em 2022, conforme Figura 3, o Rio Grande do Sul concentra 19,6% dos programas na área, correspondendo a 15,3% das vagas do país, enquanto o estado de São Paulo possui 15,7% dos programas e 11% das vagas. Por outro lado, a menor oferta de vagas para a formação de profissionais em 2022 se encontra nos estados de Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Norte, contribuindo com apenas 0,6% das vagas brasileiras, com um único programa em cada estado.

Figura 3 - Mapa cartográfico que ilustra a distribuição de vagas de residência multiprofissional e integrada em Saúde Mental por região brasileira, referente às ofertas em 2022.



Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados da pesquisadora, em 2023.

Diante dessas informações, emerge uma disparidade no que concerne ao investimento em formação de recursos humanos para o campo de Saúde Mental no SUS e à abrangência regional, havendo estados brasileiros sem programas de formação específicos à área, sendo eles: Acre, Amazonas, Rondônia, Mato Grosso, Alagoas, Piauí e Maranhão. Tais dados indicam que estas regiões podem estar sub-atendidas em termos de profissionais de Saúde Mental em formação e, logo, inseridos nos diferentes equipamentos da RAPS local. Essa iniquidade perceptível está em consonância com o que historicamente se tem verificado nos avanços dos serviços comunitários da RAPS, sendo de forma não homogênea entre as localidades (Fernandes *et al.*, 2020).

Ao considerar o número de vagas de ingressos em residências na área e a densidade populacional que compõem cada região brasileira no ano de 2022 (Tabela 3), observa-se essa variação desigual de ofertas na distribuição regional nas residências multiprofissional em Saúde Mental, variando de 0,18 a 0,42 profissional por 100 mil habitantes. Essa variação também é identificada nas ofertas de vagas de residências em psiquiatria no Brasil, que

ofereceram 706 vagas no ano de 2022, mas com número maior que a residência multiprofissional.

Tabela 3 - Quantitativo de vagas de residências multiprofissionais em Saúde Mental em 2022 por 100 mil habitantes, comparado à cobertura de CAPS em 2022 e à RAPS em 2017, conforme região brasileira.

REGIÃO	Ano 2022					Ano 2017
	População Censo <sup>1</sup>	N.º de vagas em RMSM <sup>2</sup>	Média de vagas nas RMSM por 100 mil/hab. <sup>2</sup>	Média de vagas nas RP por 100 mil/hab. <sup>3</sup>	Cobertura de CAPS por 100 mil/hab. <sup>4</sup>	iRAPS <sup>5</sup>
Centro-Oeste	16.287.809	68	0,42	0,32	1,01	0,38
Sul	29.933.315	114	0,38	0,48	1,52	0,57
Nordeste	54.644.582	156	0,29	0,20	1,70	0,55
Norte	17.349.619	43	0,25	0,11	0,97	0,35
Sudeste	84.847.187	149	0,18	0,45	1,16	0,47
<b>Brasil</b>	<b>203.062.512</b>	<b>530</b>	<b>0,26</b>	<b>0,35</b>	<b>1,33</b>	<b>0,50</b>

RMSM - Residência Multiprofissional em Saúde Mental

RP - Residência em Psiquiatria

Fonte: <sup>1</sup>IBGE, Censo demográfico 2022; <sup>2</sup> banco de dados da pesquisadora; <sup>3</sup> MEC, 2023; <sup>4</sup>MS, 2022;

<sup>5</sup>Fernandes *et al*, 2020. Elaboração própria, 2023.

Ainda sobre o incentivo a formação de excelência no campo da saúde mental no Brasil através das residências multiprofissionais, nota-se que, em 2022, a média de vagas de residência em Saúde Mental por 100 mil habitantes foi de 0,26, o que representa uma oferta relativamente baixa de oportunidades de formação em saúde mental quando comparada com as médias globais e sul-americanas de profissionais formados. De acordo com o Atlas de Saúde Mental de 2020 (WHO, 2020), o número médio global de profissionais de Saúde Mental por 100 mil habitantes atingiu 13 profissionais. Isso indica que as vagas de formação em saúde mental através de residências multiprofissionais no Brasil têm tido uma participação reduzida nas oportunidades e na qualificação na área. Quando relacionado ao número de profissionais formados na América do Sul, que corresponde a 23,9 profissionais por 100 mil habitantes (PAHO, 2023), essa discrepância se torna ainda mais evidente. Tais dados podem embasar a necessidade de ampliar o número de vagas das residências multiprofissionais em saúde mental para incentivar e estimular a formação de profissionais qualificados. Esse direcionamento, alinhado à implantação da RAPS, pode ser uma estratégia eficaz para o ordenamento da formação de especialistas, ajustando-se às necessidades específicas do SUS e favorecendo a possibilidade de operacionalizar a rede de saúde mental em diferentes pontos. Contudo, ao se considerar a triangulação dos dados para prever a necessidade de profissionais qualificados, uma lacuna é identificada. A ausência de legislação e documentos que antecipe a

demanda por profissionais qualificados é uma falha crítica que precisa ser discutida. Essa lacuna pode comprometer a efetividade das estratégias de formação e distribuição de profissionais, ressaltando a urgência de políticas que alinhem a formação às necessidades reais do sistema de saúde e estratégias de absorção desses profissionais no SUS.

No contexto de Saúde Mental, são poucos os estudos atuais que apresentem indicadores de implantação de serviços da RAPS, previstos nas diversas parametrizações específicas da PNSM, dificultando a compreensão das necessidades de serviços e de formação no País. Assim, neste estudo, recorre-se a dados de pesquisas e informações oficiais acerca da realidade da RAPS no Brasil para discutir as ofertas de vagas destinadas à qualificação de profissionais especialistas em Saúde Mental (Tabela 3).

Em 2020, foi publicada uma pesquisa que criou o Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) para identificar se ocorreu um processo de substituição dos serviços de ênfase asilar pelos comunitários, usando como base a realidade dos serviços em 2017 (Fernandes *et al.*, 2020). Em 2022, após um período de sete anos sem a publicação de dados, o MS torna público o documento intitulado "Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)", que apresenta informações relativas aos serviços e aos componentes da RAPS no período de 2010 a 2022 (Ministério da Saúde, 2022).

Conforme a Tabela 3, que considera tais índices citados para análise, a região Centro-Oeste oferta o maior número de vagas de formação de profissionais em residência por 100 mil habitantes em 2022. No entanto, essa região se posiciona como a penúltima em termos de cobertura assistencial nos índices de CAPS e iRAPS, tanto em 2022 quanto em 2017. Além disso, observa-se que, à semelhança de 2017 no iRAPS, a região Norte apresenta a menor cobertura de serviços de CAPS em 2022, sendo a segunda região com menor oferta de vagas para residências multiprofissional em Saúde Mental, bem como menor oferta de vagas de residência em psiquiatria.

Ter uma cobertura ampla da rede e de serviços especializados em Saúde Mental com base comunitária pode favorecer a oferta de vagas de residências em Saúde Mental, proporcionando maior possibilidade de cenários educacionais e preceptores para acompanhar a formação. Esta circunstância é evidenciada nas duas principais regiões de saúde que possuem os maiores índices de cobertura assistencial utilizados neste estudo, a saber, Sul e Nordeste. Tais localidades disponibilizam um quantitativo de vagas de residências em Saúde Mental superior à média nacional (0,26), com, respectivamente, 0,38 e 0,29 profissionais por 100 mil habitantes. Exceção a esse cenário é a região Sudeste que, embora seja a terceira

região com a maior cobertura de CAPS por 100 mil habitantes em 2022 e de iRAPS em 2017, é a que oferece menor número de vagas para residências em Saúde Mental por 100 mil habitantes no Brasil (0,18). Contudo, a região Sudeste possui média de ofertas de vagas de residência em psiquiatria maior que a nacional, correspondendo a 0,45 por 100 mil habitantes, havendo uma proporção de 2,5 vagas de residência em psiquiatria para cada vaga de residência multiprofissional. Silva (2018) destaca que a formação através da RMS é atravessada pela conjuntura do desmonte das políticas públicas, especialmente na dimensão de recursos humanos. Para a autora, a característica central das RMS é ser ensino em serviço, o que possibilita uma formação interdisciplinar conectada com o cotidiano das necessidades de saúde, mas também vulnerável à sua apreensão como trabalho precário (Silva, 2018). No campo da Saúde Mental, desde 2017 vem ocorrendo esse processo de desmonte e desfinanciamento dos serviços comunitários da PNSM com inserção e fortalecimento de serviços hospitalares e ambulatoriais sob a lógica manicomial. Com as mudanças políticas e reconfiguração da RAPS, através da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (Brasil, 2017), houve uma mudança do caráter “substitutivo” para a ideia de rede “complementar” ao hospital psiquiátrico, havendo uma assistência à Saúde Mental híbrida (Fernandes *et al.*, 2020; Silva, 2018). Contudo, tal portaria foi revogada em 2023, por meio da Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023.

Neste contexto, como afirma Silva (2018), há a necessidade de leitura crítica das condições para a efetivação dessa formação. Tal ação visa evitar a implantação de uma lógica de trabalho precária na RAPS, na qual a presença do residente não se estabelece como mera mão de obra barata, premiado com um título de especialista.

Uma zona híbrida pode ser habitada pelos residentes: têm responsabilidades clínicas e compromisso, por outro lado não respondem formalmente às linhas de poder instituídas como trabalhadores contratados. Se por um lado é necessário cuidado para que o residente não se torne mais um trabalhador ou executor de tarefas, por outro, a partir de posicionamentos e de leituras que faz acerca das relações institucionais, ele pode fomentar a transformação do cenário de práticas. Pensamos que esse paradoxo do residente (ser e não ser ao mesmo tempo) deve ser tolerado e suportado, tal qual o objeto transicional Winnicottiano (1999), para o processo formativo dos sujeitos, rumo à individuação” (Emerich; Onocko Campos, 2016, p.100).

Sarmiento *et al.* (2017) e Flor *et al.* (2021) destacaram que os programas de Residência Multiprofissional são estratégicos para a fixação dos profissionais egressos em regiões onde há restrição de oferta de serviços de saúde, visto que essa formação fortalece os laços de responsabilidade dos profissionais com as comunidades. Entretanto, existe um desequilíbrio entre a abertura de vagas para a formação e a oferta de postos de trabalho (oferta e demanda), além de ausência de estratégias que viabilizem a incorporação de egressos das

residências pelo SUS. Conforme afirmado por Flor *et al.* (2021), a incerteza com relação à inserção no SUS após formação pode ser um desestímulo a futuros alunos de programas de residências. Flor *et al.* (2021) destacam a importância de investigar a inserção profissional no SUS de egressos de residências em saúde, o que representaria um retorno desse investimento à sociedade.

Nesse sentido, é necessária uma cooperação entre os sistemas de saúde e as instituições de formação em residências na elaboração de estratégias para a efetiva incorporação desses recursos humanos qualificados pelo SUS, bem como cumprir o previsto na Lei n.º 11.129, quando estabelece que os Programas buscam “favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS” (Brasil, 2005a, p. 2).

Para além de prover profissionais qualificados e em quantidade suficiente para as regiões, também devem atentar-se sobre a diversidade e as graves desigualdades do País em relação aos indicadores de saúde, objetivando superá-las. Tal prática, considerando o índice de vulnerabilidade social e quantidades de programas, tem sido adotada pelo MS ao realizar apoios institucionais aos programas de residências, mas de forma ainda frágil em várias regiões do país. Esses dados demonstram a relevância de continuar a construção da Política Nacional de Residências em Saúde, estabelecendo diretrizes de valorização dos egressos de RMS em concursos públicos e outros processos de inserção no SUS, além da qualificação e condições estruturais para o funcionamento dos programas existentes.

Discutir e ponderar sobre a distribuição da oferta dos programas de Saúde Mental, levando em consideração a realidade da implantação da RAPS e as necessidades locais de profissionais qualificados, torna-se essencial e deve colaborar na reorganização das ofertas dessas modalidades. Apesar do MS assumir esse papel com a Portaria Interministerial n.º 1.077/2009 (Brasil, 2009) - que dispõe como eixos norteadores dos programas a contemplação de cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica do País, com a descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde - verifica-se que no campo da saúde mental não houve avanços efetivos.

Portanto, é essencial que as políticas de saúde mental e as diretrizes para os programas de residência considerem essa inequidade regional e busquem estratégias para promover uma distribuição mais equitativa de vagas e oportunidades de formação em todas as regiões do país. Isso pode incluir a manutenção da alocação de recursos adicionais para regiões com maior demanda, incentivos para a abertura de novos programas de residência em

áreas subatendidas e o fortalecimento de parcerias entre instituições de ensino, serviços de saúde e gestores públicos. Isso, por sua vez, contribuiria para a sustentação da prestação de assistência e para a ampliação da RAPS, provendo profissionais qualificados em quantidades suficientes para os serviços comunitários.

### 5.1.1 Composição profissional dos programas de residências em Saúde Mental.

Com a redução de vagas entre os anos de 2020 e 2021, o que representou uma diminuição de 6,3%, as seguintes profissões foram impactadas na oferta de formação em Saúde Mental: Fisioterapia (-33,3%), Terapia Ocupacional (-9,6%), Serviço Social (-7,9%), Psicologia (-7,1%) e Enfermagem (-5%) (Tabela 4). Nesse período, apenas a Fonoaudiologia teve acréscimo de uma vaga.

Tabela 4 - Número de vagas ofertadas por categoria profissional, com ingresso nos anos de 2020, 2021 e 2022.

Categoria profissional	ANO/n.º de vagas			Evolução em %		
	2020	2021	2022	2020 a 2021	2021 a 2022	2020 a 2022
Psicologia	140	130	140	-7,1%	7,7%	0,0%
Enfermagem	119	113	118	-5,0%	4,4%	-0,8%
Serviço Social	101	93	98	-7,9%	5,4%	-3,0%
Terapia Ocupacional	83	75	83	-9,6%	10,7%	0,0%
Educação Física	36	36	42	0,0%	16,7%	16,7%
Farmácia	22	22	23	0,0%	4,5%	4,5%
Nutrição	13	13	14	0,0%	7,7%	7,7%
Fonoaudiologia	4	5	5	25,0%	0,0%	25,0%
Fisioterapia	6	4	4	-33,3%	0,0%	-33,3%
Saúde Coletiva	0	0	2	0,0%	200,0%	200,0%
Odontologia	1	1	1	0,0%	0,0%	0,0%
<b>TOTAL DE VAGAS</b>	<b>525</b>	<b>492</b>	<b>530</b>	<b>-6,3%</b>	<b>7,7%</b>	<b>1,0%</b>
<b>TOTAL DE PROGRAMAS</b>	<b>52</b>	<b>52</b>	<b>51</b>	<b>0,0%</b>	<b>-1,9%</b>	<b>-1,9%</b>

Fonte: Dados de 2020 e 2021 do artigo de Moura, Ricci e Ferigato (2021) e dados de 2022 desta pesquisa.

Este intervalo corresponde ao primeiro ano da pandemia do COVID-19 no Brasil. Os profissionais residentes ingressantes em 2020 puderam vivenciar essas experiências, podendo ter gerado um impacto na diminuição de vagas para a turma seguinte. Vale ressaltar que os



dados apresentados se referem à oferta de vagas em edital, não sendo representativos do número efetivo de matrículas e/ou vagas ociosas nesses processos seletivos.

Algumas suposições podem ser apontadas para essa diminuição, como o índice de afastamento de profissionais do SUS dos cenários de prática devido às licenças médicas relacionadas à pandemia. A presença de tutoria e preceptoria é considerada uma condição indispensável à manutenção dos programas e das vagas ofertadas. Durante a emergência em saúde pública de importância nacional em decorrência do COVID-19, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Recomendação n.º 018 de 26 de março de 2020, apresentou o Parecer Técnico n.º 106/2020 (MS, 2020) com orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde no âmbito dos serviços de saúde.

É relevante mencionar que o CNS se manifestou devido à falta de convocação da CNRMS, que é responsável por emitir orientações para situação de pandemia e não era convocada pelo MEC desde maio de 2019. Durante esse período de pandemia, as orientações incluíam: a suspensão das atividades coletivas presenciais; as atividades teórico-práticas deveriam acompanhar prioritariamente as ações de mobilização do setor da saúde na reorganização de serviços, redes, políticas e ações de participação popular ou controle social; os Residentes que pertenciam ao grupo de risco (maiores de 60 anos, pessoas imunodeficientes e/ou portadoras de doenças crônicas ou graves, gestantes e lactantes) deveriam ser afastados das atividades, caso fosse uma recomendação das autoridades sanitárias locais. No contexto da Saúde Mental, o CNS ainda recomendou que os residentes em Saúde Mental se atentassem para todos os impactos emergenciais nos modos de vida e trabalho das pessoas em geral e dos próprios trabalhadores de saúde. Isso incluía situações de profunda alteração na organização das famílias, a presença das crianças em casa, a restrição da circulação de idosos, o esvaziamento dos espaços urbanos, a emergência de necessidades não previstas e a supressão de soluções conhecidas.

Para ingresso no ano de 2022 (Tabela 4), o número de vagas retomou o crescimento desde 2021, sendo identificadas 11 categorias profissionais nos Programas de Residência em Saúde Mental: Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva. Com aumento de 7,7% de vagas em 2022 em comparação ao ano anterior, houve crescimento nas vagas em todas as categorias profissionais, com exceção de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Odontologia, que mantiveram o mesmo quantitativo. As principais categorias profissionais em crescimento de vagas foram Educação Física e Terapia Ocupacional, além da inclusão de 2 vagas para Saúde Coletiva.

Em relação ao período de 2020 para 2022, as vagas de Fisioterapia diminuíram 33,3%, assim como Serviço Social (-3%) e Enfermagem (-0,8%). Apesar disso, ainda é possível notar o crescimento de 1,0% das vagas, o que indica que os programas retomaram o seu crescimento em número de categorias profissionais, embora tenha ocorrido uma diminuição de um programa em 2022.

Conforme a Tabela 5, a categoria Psicologia se destaca, estando presente em todos os programas com 26,5% das vagas e média de 2,7 vagas por programa. A Enfermagem detém 22,3% das vagas e está presente em 92% dos programas. O Serviço Social possui 18,5% das vagas e é presente em 80% dos programas.

Tabela 5 - Vagas ofertadas com ingresso nos anos de 2022 por categoria profissional e distribuídas em programas.

<b>Categoria profissional</b>	<b>N.º de vagas</b>	<b>% das vagas</b>	<b>% dos programas que ofertam a categoria</b>	<b>Distribuição das vagas por programa</b>	<b>Média de vagas por programa que oferta a categoria</b>
Psicologia	140	26,5%	100%	26,5%	2,7
Enfermagem	118	22,3%	92%	24,2%	2,5
Serviço Social	98	18,5%	80%	23,2%	2,4
Terapia Ocupacional	83	15,7%	59%	26,6%	2,8
Educação Física	42	7,8%	31%	25,0%	2,6
Farmácia	23	4,3%	24%	18,1%	1,9
Nutrição	14	2,6%	18%	14,7%	1,6
Fonoaudiologia	5	0,9%	8%	11,8%	1,3
Fisioterapia	4	0,8%	6%	12,6%	1,3
Saúde Coletiva	2	0,4%	2%	18,9%	2,0
Odontologia	1	0,2%	2%	9,5%	1,0
<b>Total</b>	<b>530</b>	<b>100%</b>			<b>10,4</b>

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados da pesquisadora, 2023.

No Atlas das Americas (PAHO, 2023), ao apresentar dados dos profissionais de Saúde Mental que trabalham no campo, a América do Sul possui um número médio de Psicólogos superiores aos demais profissionais de Saúde Mental, totalizando 9,54 psicólogos por 100 mil habitantes. Em termos gerais, a constituição da força de trabalho em Saúde Mental na América do Sul corresponde a: 54,98% de Psicólogos, 17,34% de Enfermeiros, 6,33% de Psiquiatras, 1,90% de Assistentes Sociais e 19,45% de outros profissionais especializados em Saúde Mental.

Esses dados fornecem percepções importantes sobre a formação acadêmica e a composição da força de trabalho em Saúde Mental na América do Sul e no Brasil. Ao comparar as informações, constata-se que o Brasil tem investido na oferta de vagas para a formação de profissionais de Saúde Mental em outras áreas na modalidade de residência. Essa oferta representa 32,7% de vagas dos programas destinada a profissões que não sejam Psicologia, Enfermagem e Serviço Social, estes totalizam 67,3%.

Como fato, registra-se a oferta de vagas para Terapia Ocupacional que detém 15,7% das vagas, com presença em 59% dos programas. Há um quantitativo menor de vagas para Saúde Coletiva (2) e Odontologia (1). Dentre os programas que oferecem a categoria profissional, há maior oferta de vagas para Terapia Ocupacional, Psicologia, Educação Física e Enfermagem. Apesar de ter apenas 7,8% das vagas, a Educação Física está presente em 31% dos programas do Brasil (Tabela 5). A maioria desses programas estão concentrados na região Nordeste, que oferta vagas em 62% de seus programas. Tal categoria profissional está prevista nas portarias ministeriais para a composição de equipes de CAPS álcool e outras drogas do tipo III (CAPS ad III), Unidades de Acolhimento e e-Multi, podendo ser incluída entre os "outro profissional necessário ao projeto terapêutico" em outras modalidades de CAPS.

É relevante observar que as legislações que regulamentam os serviços da RAPS não especificam a obrigatoriedade de carga horária de categorias profissionais de nível superior não médico para a composição de recursos humanos dos dispositivos, com exceção do enfermeiro com formação em Saúde Mental a depender do dispositivo. Nos CAPS existem a definição de um número mínimo de profissionais entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, acrescentando o fonoaudiólogo para serviços infanto-juvenil e o profissional de educação física para CAPS ad III.

Nas Unidades de Acolhimento o requisito na composição profissional de equipe técnica mínima é a existência de 56 horas semanais de profissionais de nível universitário da área da saúde, podendo ser: assistente social; profissional de educação física; enfermeiro; psicólogo; terapeuta ocupacional; e médico; desde que possuam experiência comprovada de dois anos e/ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Na APS, têm-se diversos serviços como espaço privilegiado de atuação, dentre eles a Estratégia Saúde da Família (ESF), Consultório na Rua, Centro de Convivência e e-Multi, antigo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) criado em 2008.

Enquanto a ESF oportuniza a inserção de enfermeiros e dentistas, a e-Multi possibilita a inserção de diversas categorias profissionais. Conforme estabelecido na Portaria n.º 3.088 (Brasil, 2011), a e-Multi deve atuar de maneira integrada e no apoio matricial, sendo responsável por apoiar as equipes de referência da APS. Essa equipe também foi impactada com os retrocessos políticos ao ser publicada a Nota Técnica n.º 3/2020, que desvinculou a oferta, financiamento e obrigatoriedade (Brasil, 2020). Contudo, em 2023, através da Portaria GM/MS n.º 635, de 22 de maio, houve mudança de nomenclatura, bem como o retorno do financiamento para manutenção e implantação desse dispositivo. Nesta regulamentação a composição profissional foi estabelecida com limitação de carga horária a depender da modalidade da equipe, podendo contemplar Arte educador, Assistente social, Farmacêutico clínico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Profissional de Educação Física na Saúde, Psicólogo, Sanitarista e Terapeuta Ocupacional (Brasil, 2023).

Cumprindo às exigências da CNRMS para configuração de residência multiprofissional, os programas em Saúde Mental mantiveram a oferta de vagas com prevalência mínima de três categorias profissionais em 2022, abrangendo 37,3% dos programas (n=19). Em comparação com o estudo de Moura, Ricci e Ferigato (2021), que identificou 15 programas de residência com cinco categorias profissionais, observa-se que em 2022 esse número diminuiu para 11 programas (21,6%). Não é possível determinar se houve acréscimo para seis ou sete categorias profissionais, ou diminuição para quatro categorias profissionais.

Tabela 6 - Números de categorias profissionais por programa de residência em Saúde Mental no Brasil, ingressos no ano de 2021 e 2022.

<b>N.º de categorias profissionais</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
3	18	19
4		13
5	15	11
6		4
7		4
<b>Total de programas</b>	<b>33</b>	<b>51</b>

Fonte: Dados de 2021 do artigo de Moura, Ricci e Ferigato (2021) e dados de 2022 desta pesquisa.

A composição predominante nos programas de residência recai sobre três categorias profissionais específicas: Psicologia, Enfermagem e Serviço Social. Este arranjo foi identificado em 37 dos programas (72,5%). Destes, 12 programas são formados exclusivamente por essas três categorias, enquanto que em nove programas é acrescentada

outra profissão e em 16 programas estão presentes duas ou mais categorias profissionais adicionais.

Essa distribuição de composição na formação das categorias profissionais, especificamente ao trio predominante, reflete aos padrões tradicionais de atendimento psiquiátrico preconizados desde 1970 pelo então Ministério da Previdência e Assistência Social (Oliveira, 2003), levantam a possibilidade de manutenção ou reforço do modelo de atenção médico-psiquiátrica. Isso tem um impacto nas características estruturais da formação de recursos humanos para o SUS e para a área de Saúde Mental, devido à distribuição numericamente desigual de categorias profissionais para a atenção psicossocial.

A falta de diversidade na composição profissional das turmas de residência pode comprometer a capacitação das diversas categorias profissionais para trabalhar nos serviços de Saúde Mental, uma exigência nas portarias de diversos dispositivos da RAPS. Esse investimento, em quantidade adequada para atender às necessidades e demandas locais, é estratégico para a estruturação e direcionamento da Reforma Psiquiátrica (Silva; Melo; Esperidião, 2012).

No contexto da Saúde Mental e no âmbito da RAPS, a clínica e a gestão dos processos de trabalho e do cuidado em território são complexas e requerem práticas que extrapolam o núcleo de saber de cada categoria profissional. Segundo Onocko-Campos, Emerich e Ricci (2019), é essencial reconhecer a identidade profissional e o núcleo de formação, bem como reconhecer o campo de competência, promovendo trânsito entre ambos. Isto se torna fundamental para superar a multiprofissionalidade, explícita no nome das Residências, e avançar em direção a uma lógica de trabalho interdisciplinar e interprofissional.

A formação e a prática interdisciplinar e interprofissional podem enfrentar muitos desafios, devido à diversidade de papéis profissionais exercidos por cada núcleo, às representações sociais dessas profissões e à predominância da formação uniprofissional na graduação, muitas vezes distante do campo da saúde mental (Furtado, 2009). Ademais, a hegemonia da racionalidade biomédica, que constitui e implica hierarquização de saberes e fazeres, também se coloca como um obstáculo a ser enfrentado (Ferreira; Damico; Fraga, 2017). Estes desafios podem ocasionar dificuldades futuras na comunicação com profissionais de diferentes áreas e setores, afetando os processos de formação e prática interprofissional que buscam o deslocamento da reconhecida fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde (Oliveira; Daltro, 2021; Peduzzi *et al.*, 2020).

Os programas de residências multiprofissionais, por outro lado, favorecem a interprofissionalidade, reunindo profissionais de diferentes disciplinas e fazeres em um

ambiente de aprendizado e prática. Tanto no trabalho quanto na formação, a interprofissionalidade requer a oportunidade de encontros para integração e articulação, e sustenta-se não apenas no trabalho em equipe, mas também na prática colaborativa para além da equipe ou ainda no trabalho em rede (Peduzzi *et al.*, 2020; Reeves, 2016). No entanto, ter diferentes composições de categorias profissionais identificadas nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental não garantem, necessariamente, que ocorra um trabalho na lógica interprofissional, como preconizado pelas RMS (Moura; Ricci; Ferigato, 2021). Furtado (2009) demonstra que, dentre as diferentes categorias, predomina a tendência em satisfazer aspirações profissionais e manter sua autonomia, em detrimento da colaboração profissional, como estratégia de garantia do mercado de trabalho.

Além de impulsionar a diversidade de categorias profissionais, a prática interprofissional pode ser favorecida com a integração das residências multiprofissional em saúde mental com as demais residências, sendo elas médicas, uniprofissionais e/ou multiprofissionais de diversas áreas de concentração. Essa integração, como é possibilitado pela RIS, potencializa os resultados da EIP e fortalece a implementação das portarias e resoluções do MEC, como a Portaria 1.077 de 2009. A atuação do preceptor, sendo ele de campo, desempenha um papel crucial ao direcionar o processo de ensino-aprendizagem, transcendendo os limites do núcleo de conhecimento enfatizado na graduação. Essa abordagem permite a incorporação de categorias profissionais que podem não ter especialistas na área para serem preceptores, ampliando assim a diversidade nos cenários de prática. Outra estratégia relevante para fomentar a prática interprofissional por meio das residências é a definição de perfil de competência de campo, deslocando o foco no núcleo do saber e do fazer. Com isso, a utilização de currículo orientado por competência pode direcionar a formação e a prática interprofissional.

A composição diversificada das turmas de ingressos proporciona uma estrutura para o trabalho em equipe, na qual os núcleos e campos de saberes e práticas devem estar em constante movimento dialético, exigindo compreensão, integração, dinamismo e flexibilidade, bem como a capacidade de lidar com o 'não saber o que fazer' nos processos de trabalho e no cuidado integral das necessidades da população (Oliveira; Daltro, 2021; Campos, 2000). Portanto, considerar como a composição e as categorias profissionais se articulam, interagem e se comunicam para alcançar os objetivos em comum, sejam na formação ou nas respostas às necessidades de saúde, pode definir a interprofissionalidade fomentada nas RMS. Garcia Jr. e Yasui (2018) ressaltam que a ausência de médicos entre as categorias profissionais nas

residências limita a proposta da formação interdisciplinar e interprofissional, revelando ainda os efeitos de um modo hegemônico de se pensar a saúde como médico-centrado.

Na configuração de integração entre profissões que possibilita a formação compartilhada com a medicina ou com outro programa de residência, dos 51 programas mapeados, identificou-se 13 (25,5% dos programas) na modalidade integrada, com concentração na região Sul do Brasil. Apesar da primeira experiência no País de residência nesse formato remonte a 1976, a residência integrada ainda não é adotada pelos órgãos regulamentadores. Esse modelo implica na integração entre diversas categorias profissionais, como equipe de saúde e de formação, para organizar e implementar uma especialização. Além disso, envolve outras estratégias para alcançar a integralidade em saúde, incluindo a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e as interações educação-trabalho-cidadania.

A partir das análises dos 19 PPPs, identificou-se seis residências integradas em saúde mental, sendo: três com programas da saúde da família e comunidade, uma com programa da saúde da família e comunidade multiprofissional e da medicina, e duas consideradas integradas entre suas categorias. Ressalta-se que o campo da saúde da família e comunidade e saúde mental possuem bases teóricas e práticas na integralidade do cuidado e clínica ampliada que são próximas, possibilitando a conexão de currículos, cenários e práticas. Esses programas ofertam atividades teóricas em comum, mas possuem suas ramificações com atividades teóricas, teóricas-práticas e práticas de suas especificidades.

### **5.1.2 Características pedagógicas dos programas de residências em Saúde Mental.**

Na busca de dados que descrevessem os aspectos pedagógicos dos programas, observou-se que os editais de seleção apresentam informações pedagógicas de forma limitada sobre os programas divulgados. Essa escassez de informações pode dificultar o conhecimento prévio dos programas por parte dos profissionais interessados no processo formativo. Mesmo com a existência do “Despacho orientador para a COREMU sobre a elaboração do edital de seleção de residente em programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde” (Brasil, 2011a), sugere-se que os editais de seleção de residentes incluíam os objetivos do programa de residência, o perfil geral do egresso, a identificação de preceptores e cenários ou ainda disponibilizar o acesso ao PPP dos programas divulgados.

Para completude deste subcapítulo, foram analisados os dados dos 19 PPPs incluídos na pesquisa para caracterização pedagógica. Dentre eles, 14 continham informações sobre o

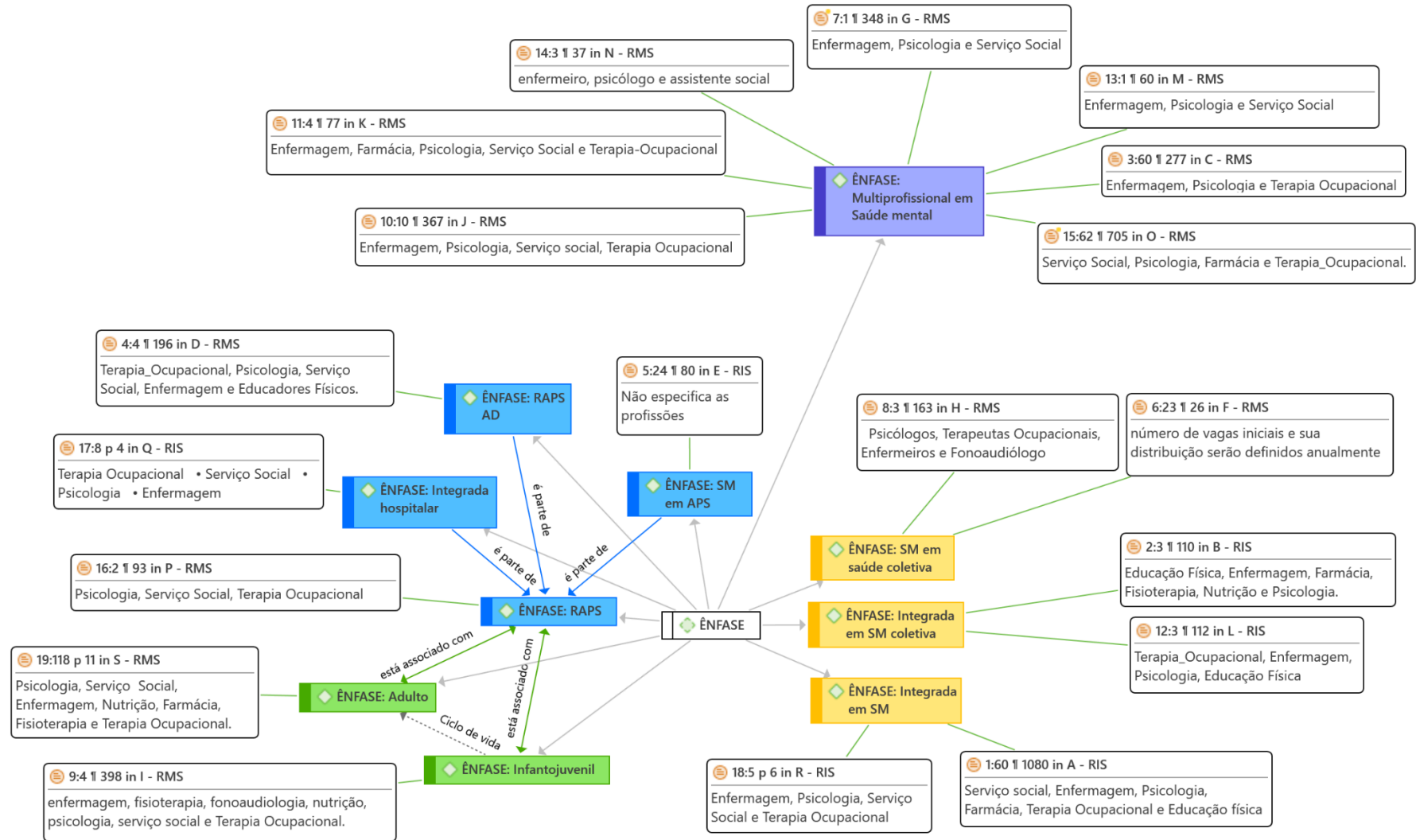
ano de elaboração do documento disponibilizado, variando entre o período de 2010 a 2012, e sete haviam sido atualizados nos anos de 2021 e 2022.

Com a codificação das ênfases dos programas, também podendo ser identificado de áreas de concentração pelo SINAR e regulamentações da CNRMS, foram identificadas dez categorias de programas, havendo agrupamento em quatro famílias: “ênfase em ciclo de vida”, “ênfase na RAPS e em serviços específicos”, “ênfase em saúde coletiva” e “sem especificação” (Figura 4).

A Figura 4 revela que os programas com “ênfase na RAPS e em serviços específicos” e “sem especificação” tendem a seguir uma composição profissional mais tradicional, com predominância de vagas que se alinham com o âmbito nacional com foco nas categorias de psicologia, enfermagem e serviço social. Os PPPs incluídos em ênfases diferentes, “ênfase em ciclo de vida” e “ênfase em saúde coletiva”, adotam abordagens distintas e diversificadas em relação à composição das categorias profissionais. Esses programas demonstram maior abertura para inclusão de pelo menos uma das categorias profissionais que representam os 32,7% de vagas dos programas ofertadas às profissões que não sejam Psicologia, Enfermagem e Serviço Social. Isso pode indicar uma maior flexibilidade e adaptação desses programas às necessidades específicas das populações e das abordagens ampliadas em Saúde Mental, condizentes com o paradigma psicossocial. Especificamente, os programas com ênfase em Ciclo de vida se destacam por incluir mais de três categorias com menor predominância de vagas em âmbito nacional, além das tradicionais (psicologia, enfermagem e serviço social), indicando uma abordagem ainda mais diversificada. Eles têm, em média, 7 categorias por programa, o que denota uma abordagem ampla e multidisciplinar em relação à Saúde Mental ao longo do ciclo de vida.



Figura 4 - Rede de ênfases dos Programas de Residência em Saúde Mental brasileiro relacionado às categorias profissionais ofertadas.



Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados da pesquisadora, 2023, construída no software ATLAS.ti.

Conforme o “o Manual de Orientação para Abertura de Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS)” (Brasil, 2022b), as áreas de concentração eleitas pelos programas constituem o objeto de estudo e formação técnica dos profissionais envolvidos. Elas devem ser organizadas segundo a lógica de redes de atenção à saúde e da gestão do SUS, e devem contemplar as prioridades loco-regionais de saúde, levando em consideração as especificidades de formação das diferentes áreas profissionais da saúde envolvidas.

As áreas de concentração são entendidas como um campo específico de saberes e práticas com afinidade programática, no âmbito da atenção à saúde e da gestão do SUS (Brasil, 2012a). A delimitação da área de concentração e suas diretrizes específicas devem ser implementadas na perspectiva da integração multidisciplinar e interdisciplinar. Algumas áreas comuns de concentração incluem: Saúde da Família; Atenção à Saúde Mental; Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção à Saúde da Mulher e da Criança; Atenção à Saúde do Idoso; Reabilitação; Saúde Coletiva; Saúde Mental Infanto-Juvenil; Atenção em Urgência e Emergência; Saúde do Adulto e do Idoso; Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônicas Degenerativas. Essa especificação no SINAR gera o título do programa automaticamente, enfatizando a importância de incluir esta informação de forma clara no PPP e distingui-la da área temática. Dessa forma, evita-se o uso de nomenclaturas que possam causar confusão e não esclareçam o objeto de estudo e formação do programa.

De acordo com a Resolução CNRMS n.º 1, de 30 de janeiro de 2012, o conjunto de áreas de concentração se refere a cada área temática. Os programas de residências em área profissional devem ser construídos em interface com as áreas temáticas que compõem as diferentes Câmaras Técnicas da CNRMS. Essas áreas temáticas são:

- Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e Cirúrgicas;
- Intensivismo, Urgência e Emergência;
- Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva;
- Saúde Mental;
- Saúde Funcional;
- Saúde Animal e Ambiental.

Contudo, em 2022, as Câmaras Técnicas foram reformuladas na Resolução CNRMS n.º 3, de 14 de Abril de 2022 (Brasil, 2022a), revogando a Resolução CNRMS n.º 1, de 30 de janeiro de 2012. Como alteração, as Câmaras Técnicas deixaram de ser estruturadas e organizadas segundo as áreas temáticas e passaram a se constituir em áreas de atuação, compondo 17 câmaras, a saber:

- Câmara Técnica Interprofissional de Atenção Primária;

- Câmara Técnica Interprofissional de Atenção Especializada;
- Câmara Técnica para cada categoria profissional, sendo elas: Serviço Social; Biologia; Biomedicina; Educação Física; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Medicina Veterinária; Nutrição; Odontologia; Psicologia; Terapia Ocupacional; Saúde Coletiva; Física Médica.

Nesta resolução, as Câmaras Técnicas foram definidas como instâncias de assessoramento permanente da CNRMS, com competência de examinar e elaborar documentos referentes às matérias e questões de natureza específica, sobre: autorização, reconhecimento e supervisão dos Programas de Residência Multiprofissional; matrizes de competência, conforme o conjunto de programas específicos que estejam incluídos em cada uma das respectivas câmaras, em conjunto com as instituições e órgãos representativos de classe, associações ou sociedades de especialidades (Brasil, 2022a). Para os casos de RMS, os processos serão distribuídos e analisados pelas Câmaras Técnicas das profissões envolvidas e, posteriormente, enviados para análise pelas Câmaras Técnicas Interprofissional de Atenção Primária e/ou Interprofissional de Atenção Especializada.

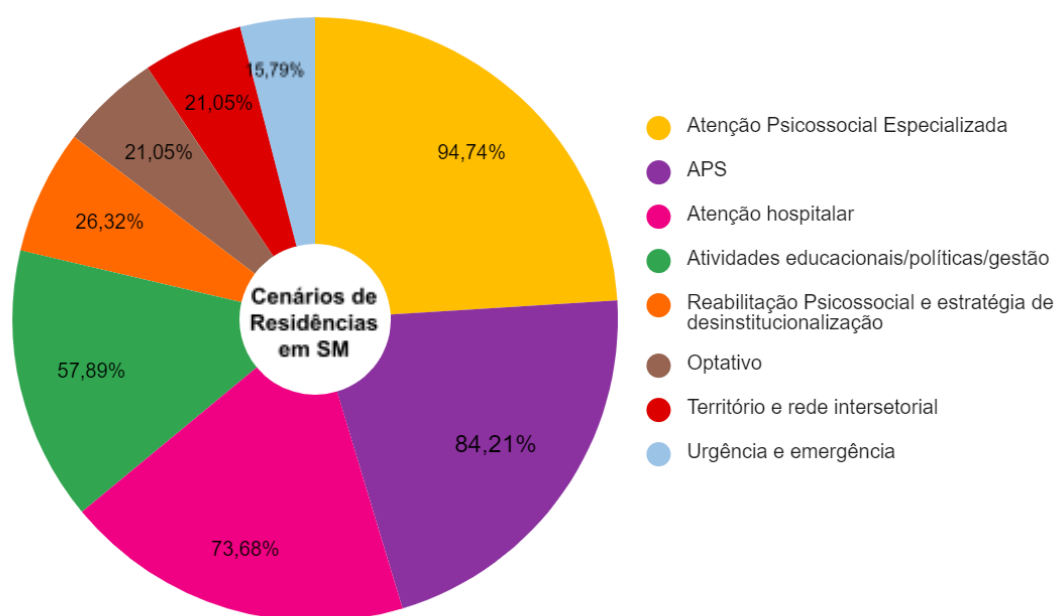
A mudança de perspectiva e dos processos de trabalho das Câmaras Técnicas da CNRMS, da organização baseada em áreas temáticas para áreas de atuação, pode ser considerada um desafio no caminho rumo à interprofissionalidade (Santos; Santos, 2023). A abordagem anterior por áreas temáticas viabiliza a formação interprofissional, uma vez que contemplava a participação das entidades das diferentes profissões em todas as áreas, assegurando que o núcleo de saber e fazer e proposições de cada profissão fossem considerados. Além disso, essa abordagem proporciona o diálogo e intercâmbio entre as profissões que compartilham os distintos campos de atuação, considerando critérios das necessidades sociais e políticas de saúde como balizadores essenciais para a criação de especialidades e programas.

A organização por áreas temáticas também propiciava a criação de espaços institucionais que uniam os interesses e preocupações das diferentes profissões com as necessidades sociais em saúde. Isso permitia a negociação e a construção compartilhada para a definição de áreas de especialização e áreas de atuação, evitando a excessiva fragmentação e superposição. Além disso, estimulava a integração entre programas em áreas profissionais afins e até mesmo a criação de novos programas multiprofissionais nas áreas temáticas que comportassem essas necessidades. Portanto, a mudança para áreas de atuação pode representar um obstáculo à interprofissionalidade e à integração de esforços para atender às complexas demandas de saúde da sociedade.



Essa diversidade potencializa a rede para o cuidado integral à Saúde Mental, com ações em serviços intra e intersetoriais, em redes capilarizadas nos territórios, numa organização poliarquia. Com relação ao componente “atenção psicossocial especializada”, muitas literaturas se referem a ele como “atenção psicossocial estratégica”, devido ao caráter de ser ordenador da RAPS.

Gráfico 4 - Porcentagem dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Nacional que contém os cenários de prática especificados, em 2022.



Fonte: Banco de dados da pesquisadora, 2023.

Os dados correspondentes aos cenários de práticas das residências em Saúde Mental no Brasil indicam que esses programas estão distribuídos em diferentes serviços da RAPS, de diferentes formas de concentração. Isso reflete a complexidade e os desafios no campo da Saúde Mental, contribuindo para uma formação diversificada na trama da Saúde Mental assim como das estratégias de cuidado. Nesse contexto, a formação oportuniza um preparo profissional mais afinado com a lógica antimanicomial e itinerário da RAPS, com a possibilidade de vivência e desenvolvimento de perfil de competência coerente com a amplitude de ações esperadas para serem executadas nos dispositivos. No entanto, existem algumas exceções, como algumas ênfases na RAPS e a ênfase infanto-juvenil, com seus cenários de prática limitados a apenas 1 a 3 componentes da RAPS, à exceção da ênfase RAPS AD. Essa limitação pode sugerir que esses programas mantêm os residentes por um período mais longo nesses cenários, o que pode proporcionar uma maior vinculação, integração e pertencimento com o território e os processos de trabalho.

Dentre os componentes da RAPS incorporados nos programas, foram identificados 18 programas de residência que possuem algum dispositivo que compõe à atenção psicossocial especializada, variando entre CAPS de diversas modalidades e fases da vida. Esse dado indica uma forte ênfase na formação de residentes na atenção psicossocial especializada, refletindo a importância atribuída a esse componente como central no cuidado em Saúde Mental territorial.

Ao analisar o componente da APS, envolvendo consultório na rua, centro de convivência, equipes de ESF e e-Multi, foram identificados 16 programas com tais cenários. As residências que não propiciam a vivência nesses cenários como pactuação fixa são aquelas com ênfase em integrada hospitalar, multiprofissional na RAPS, multiprofissional e integrada em saúde coletiva. Para esses programas, esses cenários são apenas locais de vivência e integração com outros programas, sem, de fato, incorporar o conceito de RAS e contemplar um dos eixos norteadores da Portaria Interministerial n.º 1.077/2009 (Brasil, 2009, p. 2): inclusão de “estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar” e “integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema”.

A APS é composta por serviços e lógicas de funcionamento importantes, considerando que a RAPS possui como objetivo a promoção da Saúde Mental e prevenção do adoecimento, para além do processo de reabilitação e assistência em serviços. Devido às mudanças na regulamentação, é necessário que os programas de residências reavaliem os cenários de aprendizagem utilizados para inserção da APS, assim como alterem as nomenclaturas utilizadas de NASF-AB para e-Multi, quando as considerarem como pontos importantes para formação.

Os componentes que demonstram menor participação no processo formativo de profissionais de Saúde Mental são a atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, além do território e rede intersetorial. No entanto, é importante ressaltar que os serviços, envolvendo os últimos componentes citados, desempenham um papel crucial no cuidado integral, implementando estratégias substitutivas à institucionalização. Eles visam garantir os direitos das pessoas com a promoção de sua autonomia e fortalecimento do exercício da cidadania. Lima, Barboza e Passos (2023) apontam que os serviços abertos, de base comunitária, que não os CAPS, ou o território possuem maiores potencialidades para formação. “Ou seja, os espaços mais potentes da atenção psicossocial são também os espaços mais potentes para a

formação nessa perspectiva de cuidado” (Lima; Barboza; Passos, 2023, p. 12). Esses componentes estão presentes nos programas com ênfase em saúde coletiva, Saúde Mental do adulto e na RAPS com foco no cuidado de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, refletindo a preocupação com uma abordagem abrangente da Saúde Mental.

Esta discussão reforça a realidade vivenciada em que há pouca existência desses pontos da rede implementados de fato nas diferentes localidades brasileiras. A legislação de alguns serviços da RAPS não apresenta qualquer parâmetro para a sua criação, tornando inviável o cálculo de cobertura destes serviços, que são eles, os Centros de Convivência e Cultura, e o âmbito das iniciativas de trabalho e geração de renda (Fernandes *et al.*, 2020). A inexistência ou precariedade de serviço proporciona pouca possibilidade de inserção de profissionais para formação nesta perspectiva, por não serem cenários de aprendizagem.

Poucos programas mencionam nos PPPs a possibilidade de alocação de carga horária para cenários optativos. Esses cenários são importantes para proporcionar flexibilidade aos residentes, permitindo que eles explorem áreas de interesse pessoal ou atendam a necessidades profissionais e locais específicas. Essa flexibilidade possibilita o aprimoramento em campos onde identificam lacunas ou potencialidades, além de construir uma rede de intercâmbio com outras realidades pelo país. Os PPPs que não definem ênfase, referenciados nesta pesquisa como multiprofissionais em Saúde Mental, possuem como cenários de aprendizagem de três a cinco componentes da RAPS, além de cenários optativos e o território, podendo ser pressuposto a caracterização da ênfase na RAPS.

Ao discutir o processo formativo no/pelo SUS é preciso considerar as políticas públicas, assim como os objetivos e atividades desempenhadas nos cenários. A carência de componentes da RAPS e de recursos profissionais competentes afeta a expansão da rede, resultando na permanência do *status* de insuficiência e na sustentação da justificativa para a permanência de serviços manicomial e de controle dos usuários. A amplitude de cenários nos PPPs pode contribuir para o desenvolvimento de um perfil de competência profissional que será fundamental para garantir a prestação de serviços e a implementação da RAPS.

Diversificar os cenários ou reduzi-los são dilemas e desafios para estudos futuros que podem impactar nas características pedagógicas dos programas. Contudo, ao analisar a formação em serviço, é de suma relevância discutir essa diversificação de cenários, a ser vivenciados durante os 2 anos de residência, considerando a perspectiva de rede, de itinerário de cuidado das pessoas na RAPS e do paradigma psicossocial.

Conforme a Portaria n.º 3.088 (Brasil, 2011b), os objetivos da RAPS incluem ampliar e promover o acesso à atenção psicossocial da população; garantir a articulação e integração

dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Tais objetivos podem e devem fazer parte do planejamento e implantação dos programas de residência a que nos referimos neste estudo.

## 5.2 PERFIL DE COMPETÊNCIA DELINEADO PARA A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA.

Conforme Weber *et al.* (2020), um PPP deve indicar a formação profissional que se propõe, havendo a articulação e integração ensino-serviço-comunidade, bem como a consideração das necessidades individuais dos residentes das categorias profissionais envolvidas. Ainda, em conjunto com as necessidades sociais e coletivas, deve levar em consideração o SUS, possibilitando assim o desenvolvimento de um perfil de competência orientado pelas necessidades de saúde da população do país.

A integração entre ensino-serviço-comunidade é uma característica importante desses programas. Essa integração não apenas instiga mudanças na formação dos futuros profissionais de saúde, alinhadas aos princípios do SUS, mas também contribui para a desconstrução de práticas obsoletas ainda presentes nos serviços de saúde. Ela favorece a desterritorialização dos saberes e a descentralização das práticas, além de estimular a construção e transformação dos cenários de prática, impulsionando a construção de uma práxis em saúde (Lobosque, 2012; Pasini *et al.*, 2020; Emerich; Onocko-Campos, 2019).

Para a concretização da reorientação de práticas clínicas e de gestão dos serviços, a atuação e formação dos trabalhadores é fundamental, podem construir novos ou reproduzir antigos modos de cuidar, suscitar críticas e produzir conhecimento acerca dos impasses e avanços para o fortalecimento do cuidado calcado na existência-sofrimento dos sujeitos e na ampliação das ofertas de tratamento, uma vez que “[...] não adianta mudar as leis e as estruturas sem mudar as pessoas.” (p. 1147) (Emerich; Onocko-Campos, 2019)

A fim de favorecer a discussão sobre o perfil de competência do profissional de Saúde Mental no Brasil, o que se espera que os residentes adquiram ao longo da sua formação para uma prática de excelência, apresentam-se inicialmente os objetivos dos 19 programas de residência que disponibilizaram o PPP.

Segundo Weber *et al.* (2020, p. 49), como estratégia de trazer concretude à intencionalidade do programa, o PPP, manual ou caderno do programa poderá ser estruturado de forma singular a cada contexto e deve conter, entre outras informações, os objetivos gerais



e específicos, considerando as contribuições para (i) qualificação da Rede de Atenção à saúde (RAS) e metas e (ii) a formação especializada em saúde para o SUS, bem como as metas pretendidas pelo Programa.

Nos PPPs analisados, a partir dos objetivos gerais, foram identificadas metas relacionadas ao modelo de atuação, com 23 citações; formação especializada em saúde para o SUS, com 16 citações; qualificação da rede de saúde, com 7 citações; metodologia de aprendizagem, com 7 citações; e desenvolvimento de competência, com 7 citações.

Com relação à “qualificação da RAPS”, com apenas sete programas apresentando essa intencionalidade nos objetivos gerais, envolveram a composição das equipes multiprofissionais da rede; contribuição para o fortalecimento dos serviços e ações e consolidação do SUS, buscando a construção de uma RAPS que estabeleça a reorientação do modelo assistencial; visam melhorias na gestão, organização do trabalho, educação em saúde, cuidados terapêuticos e qualidade de vida dos indivíduos envolvidos. Um deles (L-RIS) estava centrado na superação do modelo hospitalocêntrico, buscando práticas pautadas nos princípios de cidadania, singularidade e na oposição às práticas manicomial, promovendo cuidados em liberdade e assistência humanizada, junto a dispositivos de participação e inclusão social.

Apesar de não ter sido explicitado nos objetivos gerais, o objetivo do processo de formação com a integração ensino-serviço-comunidade é fortalecer o SUS como campo de ensino-aprendizagem e de formação de sujeitos no trabalho, a partir do trabalho e para o trabalho em saúde. Conforme a Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005, os programas de residências representam uma cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS (Coelho; Nunes; Barreto, 2017).

A “metodologia de aprendizagem” para a formação declarada nos PPPs, com 7 citações, é fundamentada no ensino-aprendizagem por meio da prática supervisionada e em teorias e práticas baseadas em evidências nacionais (B-RIS, C-RMS). O S-RMS ainda refere que o processo formativo está associado à integração do aprendizado à prática, de maneira a problematizar o modelo técnico-assistencial e a consolidar a integralidade do cuidado através das práticas colaborativas entre os diversos núcleos do saber. A colaboração profissional envolve estabelecer e fomentar relações e interações nas quais os profissionais possam disponibilizar e compartilhar seus conhecimentos, experiências e habilidades entre si, com o propósito de oferecer uma atenção de maior qualidade ao usuário (Furtado, 2009).

Dessa forma, evidencia-se que a perspectiva da EPS se faz presente nos objetivos gerais dos PPPs, através da problematização do processo de trabalho em saúde como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos, com referência às necessidades de saúde das pessoas e das populações. Isso torna a aprendizagem mais contextualizada e relevante para as situações reais de trabalho, além de transformadora das práticas de saúde. Para tanto, o A-RIS informa que utiliza das metodologias ativas de aprendizagem. Embora o termo Educação Interprofissional (EIP) não seja explicitamente mencionado nos objetivos gerais, as demais partes dos PPPs indicam a adoção de metodologia no processo formativo condizente com a EIP. Citam que envolve um processo formativo e de aprendizagem colaborativo entre os pares de diferentes categorias e até mesmo de diferentes programas, com interação através de eixos teóricos transversais de saberes e atividades práticas dos programas.

Em relação aos aspectos de “modelos de atuação”, com 23 citações, e a “formação especializada em saúde para o SUS”, que obteve 16 citações, os PPPs mencionam em sua maioria que os processos formativos e de cuidado (ensino-serviço) devem ser desenvolvidos em conformidade com as políticas públicas de saúde, na perspectiva da PNSM e pautado na RAPS. Destacam ainda que deve ser baseado no modelo antimanicomial, biopsicossocial, territorial e na perspectiva da atenção psicossocial da RPB. Dois dos programas destacam ainda a atuação com vista à integralidade do cuidado, alinhados com os eixos orientadores das RMS. Em relação à produção de conhecimento, três programas indicam a preparação de profissionais para atuação interdisciplinar, um programa para atuação em equipes multidisciplinares, um com enfoque na transversalidade e um para atuação interprofissional (P19). Um ainda ressalta a atuação de modo não apenas interdisciplinar, mas também interinstitucional e intersetorial ou na lógica de integração de rede, na perspectiva de consolidação do SUS (R-RIS e S-RMS).

Resgata-se o debate crescente no contexto atual na área da saúde acerca do trabalho interprofissional e da necessidade de se fazer uma distinção conceitual entre interdisciplinaridade e interprofissionalidade (Furtado, 2009). Afirma-se que a confusão conceitual pode prejudicar a adoção de ações eficazes para melhorar a capacidade de colaboração dos futuros profissionais de saúde. Conforme os referenciais mencionados neste trabalho, adota-se a definição de que o termo interdisciplinaridade refere-se à integração de saberes, enquanto a interprofissionalidade à integração de práticas, mediante a articulação intencional e colaborativa entre distintas profissões (Furtado, 2009; Ceccim, 2018). A maioria dos documentos dos PPP analisados não mencionam o termo EIP. Contudo, eles explicitam

conceitos e práticas que se aproximam da EIP e destacam a importância da integração e colaboração na formação, a fim de atender às necessidades locais.

Os termos em cena relativos à interprofissionalidade envolvem: educação interprofissional; prática interprofissional; natureza interprofissional das ações de “campo” (em oposição às intervenções de “núcleo” das profissões) e práxis interprofissional (pragmática do ensinar, aprender, fazer e agir de modo integrado ou cooperativo). A atuação integrada nas equipes multiprofissionais, a preocupação dos profissionais em conciliar suas atuações como equipes coesas e a colaboração sinérgica entre trabalhadores para alcançar resultados de equipe na atenção à saúde são dimensões inequívocas da interprofissionalidade (Ceccim, 2018, p.1741)

O aspecto “formação especializada em saúde para o SUS” também enfatiza a capacitação de profissionais para atuarem em diferentes contextos, dispositivos e níveis de atenção em Saúde Mental. Dessa forma, a apresentação dos cenários de ensino-aprendizagem se mostra relevante, visto que eles desempenham um papel fundamental no aprendizado, integrando o cuidado articulado às ações educacionais do processo ensino-aprendizagem e que se efetivam nessa relação.

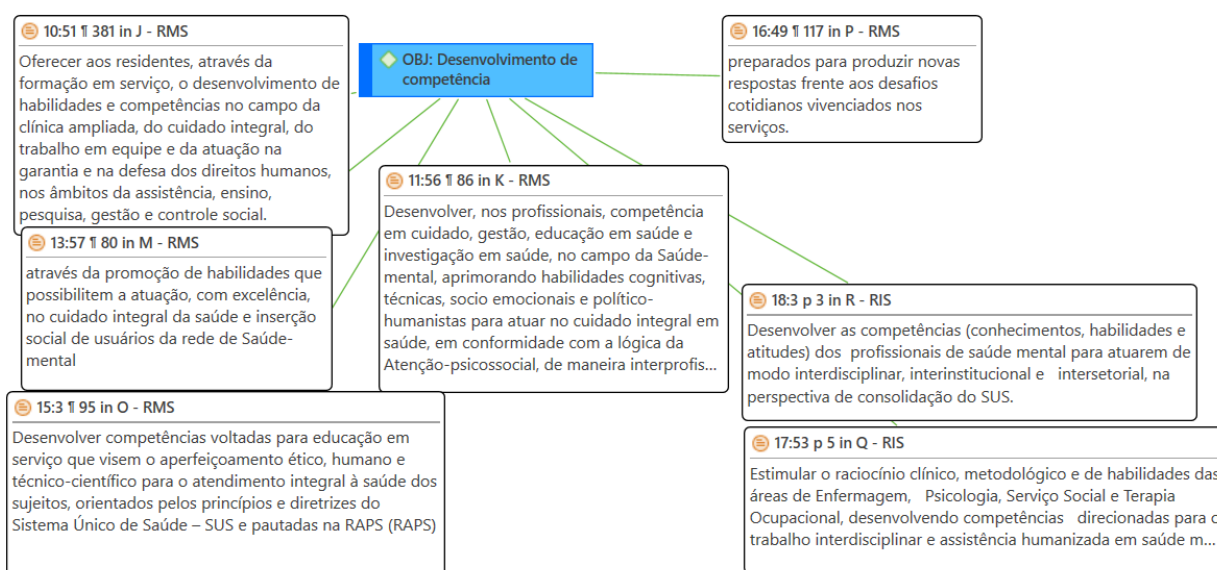
Esses cenários de aprendizagem, conforme citados nos objetivos gerais, estão alinhados com os princípios das regulamentações das RMS, especialmente o terceiro e o oitavo eixo norteador (Brasil, 2021). Eles incluem estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem, garantindo, assim, uma formação integral e interdisciplinar. Envolve a inserção nas comunidades sob cuidado, nos dispositivos assistenciais e de gestão da RAPS, com foco na promoção da cidadania (D-RMS, F-RMS, H-RMS, I-RMS, S-RMS). Além disso, um dos objetivos aborda a importância de atuar na promoção, prevenção, reabilitação e assistência à saúde das pessoas com transtorno mental e/ou usuários de álcool e outras substâncias (A-RIS).

Para alcançar esses objetivos, é imprescindível estabelecer compromissos compartilhados entre ensino e saúde na formação dos profissionais para o SUS. Os cenários de prática precisam ser redefinidos para estarem alinhados com os objetivos dos PPP. Considerando que algumas práticas são essenciais para a formação dos residentes, mesmo que sua ocorrência seja imprevisível, é crucial planejar itinerários formativos que considerem pontos de atenção na RAPS. Esses pontos devem priorizar a qualidade no processo de ensino-aprendizagem dos residentes, fortalecendo o vínculo e o compromisso com os profissionais de saúde das equipes, bem como com os usuários e a comunidade, contribuindo para a construção de identidade profissional.

Além disso, iniciando a discussão sobre o perfil de competência, os PPPs também enfatizam o “desenvolvimento de competência”, com 7 citações, a preparação para uma

atuação crítica, reflexiva e ética. Isso inclui a adoção de uma perspectiva humanista e propositiva no âmbito técnico, ético e político, com qualificação para o exercício na especialidade escolhida, baseada no rigor científico e intelectual (Figura 6). Os programas visam fortalecer serviços de Saúde Mental baseados na Atenção Psicossocial, estabelecendo uma conexão sólida entre ensino e serviço para contribuir com a consolidação do SUS e engajamento dos profissionais na construção de estratégias de cuidado eficazes.

Figura 6 - Rede de ênfase dos objetivos gerais - desenvolvimento de competência dos Programas de Residência em Saúde Mental brasileira.



Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados da pesquisadora, 2023, construída no software ATLAS.ti.

Ao analisar todos esses objetivos dos programas, percebe-se que é enfatizada a importância de integrar as atividades de ensino, gestão, atenção e controle social, voltados para as necessidades de saúde da população e orientados pelos princípios da RPB e políticas públicas. Weber *et al.* (2020) destacam que um dos desafios enfrentados nos programas de residências é reconhecer que o objeto da formação não se reduz à clínica, necessitando de planejamento de estratégias de superação com essa delimitação especificada no PPP.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) a formação para a área da saúde deve envolver quatro importantes áreas: ensino, gestão, atenção e controle social; constituindo o quadrilátero da formação à área da saúde. Para os autores, a formação serve à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde. A PNEPS convoca os sujeitos envolvidos a “refletirem de modo permanente a realidade posta e a buscar soluções criativas para a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualificar as ações no intuito de aumentar a resolubilidade a eficiência do sistema de saúde” (Brasil, 2018).

No que tange aos objetivos específicos (Figura 7), os Programas de Residência em Saúde Mental buscam formar profissionais qualificados para lidar com o campo da Saúde Mental nas áreas de gestão, atenção à saúde e educação, com demandas identificadas a partir dos processos de vigilância em saúde e da integração ensino-serviço-comunidade. Os objetivos específicos identificados apresentam coerência com a EPS, que é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto (Brasil, 2004a). Especifica-se abaixo a descrição dos objetivos específicos a partir dessas áreas:

- Na área de Atenção em Saúde, referente ao cuidado às necessidades de saúde individuais e coletivas, os programas buscam desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes para o cuidado interprofissional, centrado no sujeito e na clínica ampliada, com embasamento nas políticas públicas para identificar e trabalhar com as necessidades de saúde individuais e coletivas da população. Incluem a articulação entre a clínica, a família e as redes sociais, a territorialização e articulação intersetorial para a prática de cuidado ampliado e integral e reabilitação psicossocial, com o planejamento de intervenções e uso de tecnologias em Saúde Mental.

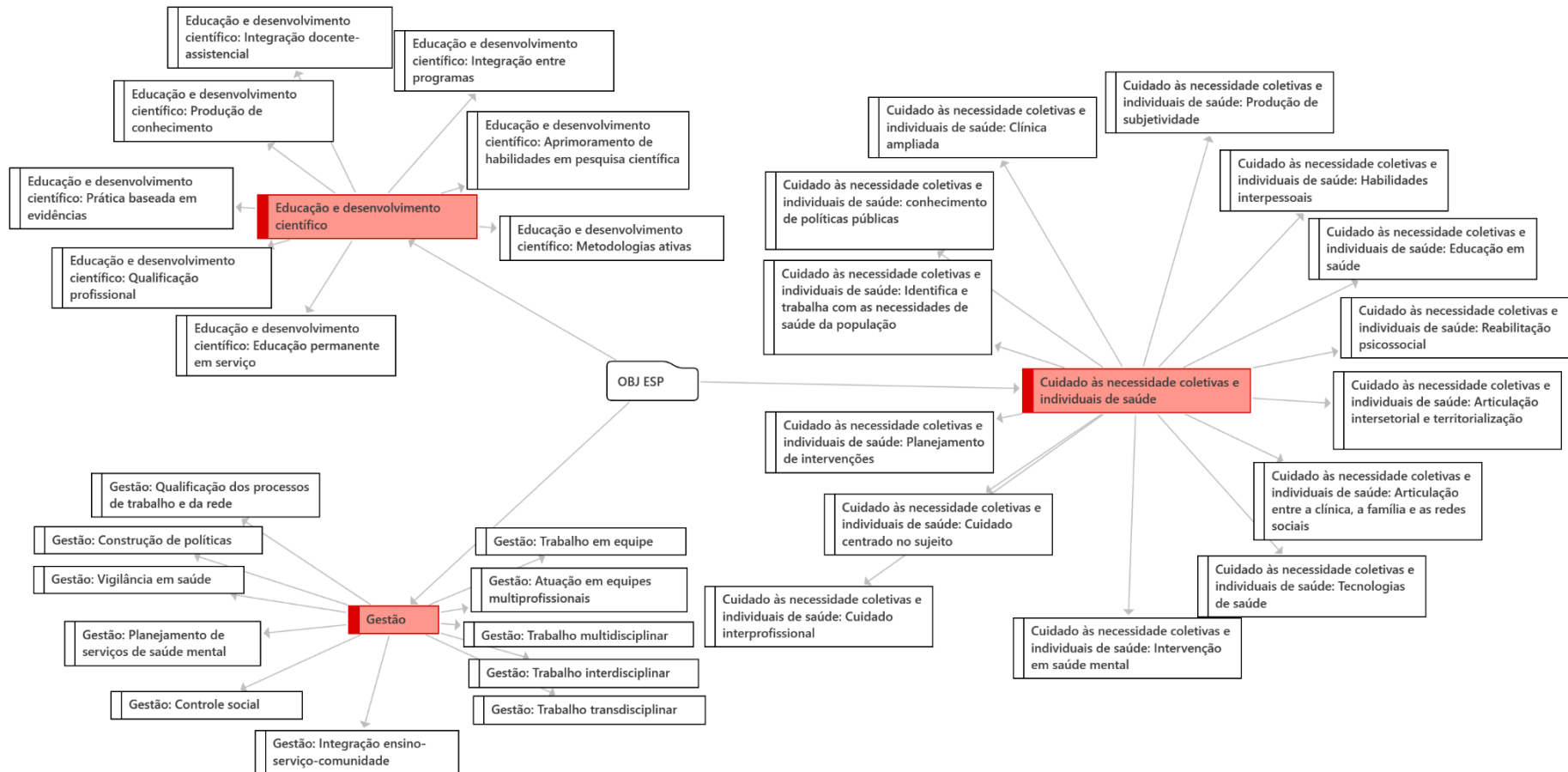
- Na área de gestão, relacionada à organização do trabalho em saúde e cuidado, os programas visam formar profissionais para desenvolver trabalho em equipe multiprofissional e/ou interprofissional, promovendo a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, fortalecendo a participação dos atores envolvidos e promovendo o controle social através da integração ensino-serviço-comunidade. Também buscam qualificar os serviços, processos de trabalho e a rede de Saúde Mental, contribuindo para o planejamento dos serviços de saúde e a construção de políticas públicas, com base na vigilância em saúde e na lógica da atenção psicossocial e das políticas públicas.

- Na área da educação, relacionado à socialização e geração de conhecimentos em saúde, os programas preveem a integração docente-assistencial, a inserção e integração em diferentes níveis de cuidado e entre programas, e a utilização da EPS para a produção e promoção de conhecimentos, assim como desenvolver habilidades de pesquisa e prática baseada em evidências, e qualificar profissionalmente os residentes.

Embora as atividades relacionadas ao controle social tenham sido incorporadas aos objetivos, preconizadas na PNEPS e mencionadas nas conferências de saúde como parte dos processos formativos (Ceccim; Armani; Rocha, 2002), bem como na atuação do profissional

em saúde mental, a presença dessa integração nos Projetos Pedagógicos dos Programas de Residência ainda é tímida. Ceccim, Armani e Rocha (2002) ressaltam que a integração ensino-serviço foi redesenhada com a inclusão da "comunidade", dada a crescente importância do controle social, permitindo o surgimento da integração ensino-serviço-controle social. Sendo os PPPs um projeto também de natureza política, percebe-se a necessidade de incentivar e estabelecer nos PPPs diretrizes mais objetivas para a participação dos profissionais residentes nos espaços de controle social, mesmo que essa inclusão não seja garantia de participação social efetiva. Esse envolvimento poderá facilitar o processo de reflexão sobre as práticas de saúde, compartilhamento de saberes e construção de políticas públicas, sendo uma trajetória ao perfil de competência coerente com os objetivos gerais e específicos delimitados nos programas de residência.

Figura 7 - Rede de ênfase dos objetivos específicos dos Programas de Residência em Saúde Mental brasileira.



Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados da pesquisadora, 2023, construída no software ATLAS.ti.

A partir da discussão sobre os objetivos já é possível identificar ações-chave que conformam o perfil de competência desenhado para a formação profissional. As ações-chave são agrupamentos de desempenhos/atividades que caracterizam o processo de trabalho em Saúde Mental. Uma ação pode ter subações e cada uma delas é representada por um conjunto de desempenhos ou atividades verificáveis e certificáveis.

### **5.2.1 Perfil de competência consolidado do profissional de Saúde Mental**

Nesta etapa da pesquisa, apresenta-se o perfil de competência consolidado que foi planejado para a formação de residente ingressante nos programas de residências em Saúde Mental do Brasil a partir do diagnóstico situacional (Apêndice E). O objetivo aqui não é estabelecer/apresentar um modelo de perfil de competência de excelência, mas discutir o que tem sido delineado na realidade das residências em Saúde Mental ao realizar a análise do perfil do egresso e de competência dos mesmos. Ao longo do texto serão utilizados extratos do consolidado para exemplificar as temáticas em destaque.

Weber *et al.* (2020) refere que através do perfil de competência, perfil geral e específico dos egressos é descrito o perfil esperado (geral, da área de concentração e de cada profissão contemplada no programa) e suas contribuições para qualificação profissional para o SUS, guardando coerência com os objetivos educacionais e indicando os compromissos institucionais em relação às necessidades sociais de saúde.

Na construção de competência para o trabalho em Saúde Mental, Lima (2016) e Amarante (2015) afirmaram que, no processo de transformação da reforma e constituição do paradigma psicossocial, existem dimensões indissociáveis que devem ser abordadas, teorizadas e experimentadas nas práticas de formação, sendo elas: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Costa-Rosa (2000) considera duas esferas: a político-ideológica e a teórica-técnica. Deluiz (2001) destaca que a qualificação de profissionais de saúde deve abordar as dimensões: técnica especializada, ético-política, comunicacional e de interrelações pessoais.

Ao mesmo tempo, Amarante (2015, p.) informa que:

“quando jovens dizem que querem saber, que querem aprender modelos, ou quando pedem para adquirir certas competências, eles devem saber, uma vez mais, que “nós não sabemos nada sobre a loucura”. Porque, somente se continuarmos a repetir que “não sabemos nada sobre a loucura” é que poderemos abrir nosso olhar, abrir nossa mente, abrir nosso corpo, abrir a cidade aos loucos.”



Assim, a experiência de formação em Saúde Mental requer a aceitação do "não saber" como ponto de partida para negar o saber institucionalizado e, dessa forma, alcançar um perfil de competência alinhado com o paradigma psicossocial. De acordo com Silva e Tavares (2003), o modelo de formação em Saúde Mental deve corresponder às necessidades dos usuários, sendo que a principal qualidade do profissional é a capacidade de resolver problemas de saúde, o que requer sua competência para realizar uma de fato clínica ampliada.

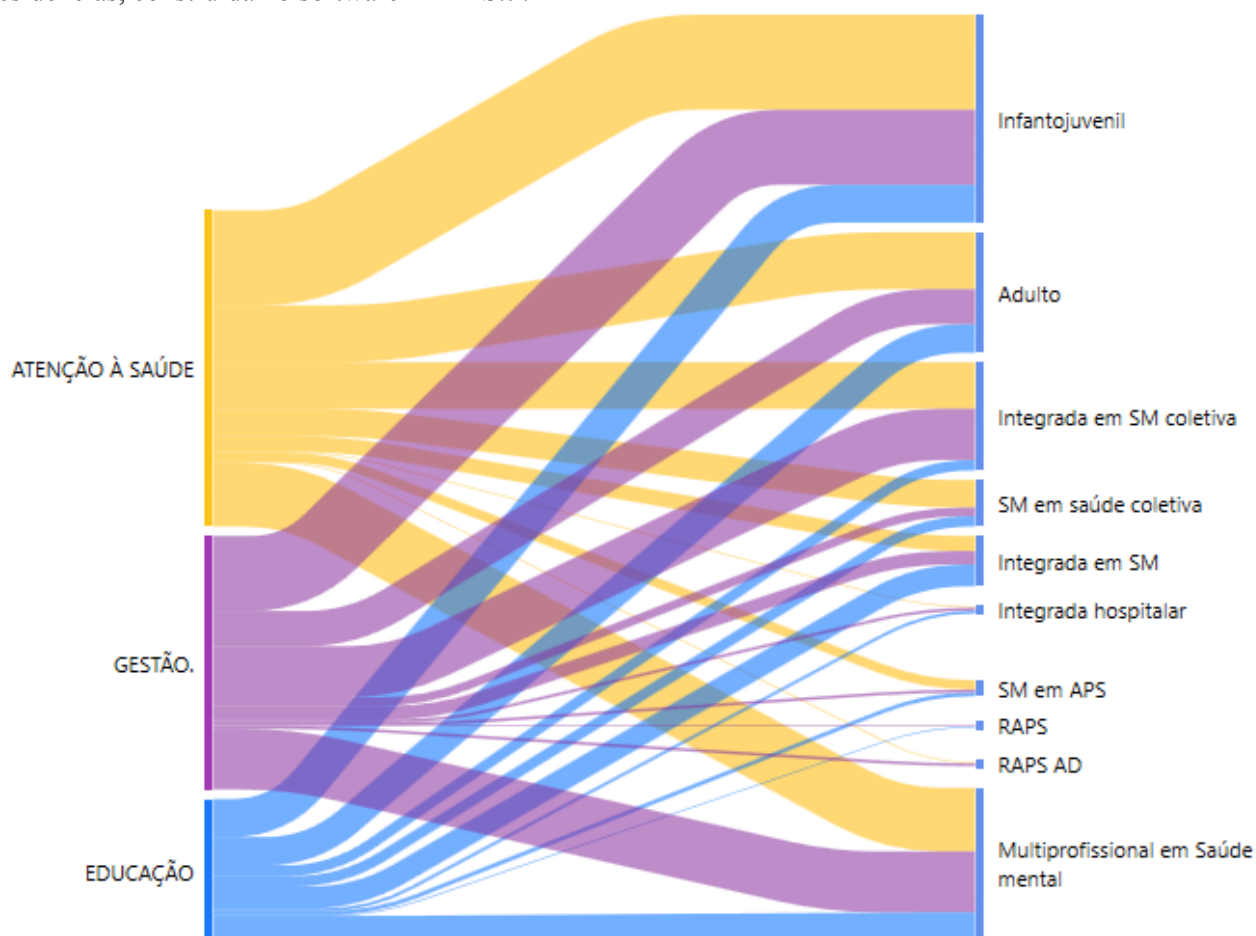
Dentre os 19 documentos de PPPs coletados, somente os PPPs O-RMS e K-RMS não apresentaram a categoria "Perfil do Egresso" no texto. Todavia, destaca-se que o PPP K - RMS está entre os seis PPP que incluem o "Perfil de Competência" no documento norteador do programa. Os outros cinco são: A-RIS, I-RMS, J-RMS, L-RIS e S-RMS, que englobam tanto o "Perfil do Egresso" quanto o "Perfil de Competência".

Dessa forma, para análise dos resultados, houve alinhamento das ações identificadas no perfil do egresso e nos perfis de competência existentes, uma vez que nem sempre ambas as categorias estão presentes, resultando em ações-chave de natureza similar, classificadas em áreas de competência. Nos documentos que apresentam o perfil de competência, A-RIS e K-RMS, essas áreas de competência também foram especificadas. No A-RIS, estas áreas compreendem a Atenção à Saúde, Gestão, Educação e Desenvolvimento Científico. No K-RMS, as áreas de competência abrangem Cuidado à saúde individual e coletivo, Gestão, Educação, e Investigação em saúde. Essas áreas de competências são baseadas a partir da PNEPS, cuja principal diretriz assenta-se na integração, entre outras dimensões, do ensino, do trabalho em saúde e da gestão, como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde (Brasil, 2004a).

Isto posto, o perfil consolidado foi sistematizado em três áreas de competência definidas a partir do agrupamento de ações e subações. Compreende-se que essas ações conformam atividades profissionais do campo da Saúde Mental que podem ser certificáveis e são geralmente executadas de forma integrada, conforme o problema ou desafio a ser enfrentado e racionalidade predominante. Essas áreas são:

- Atenção à Saúde: referente a racionalidade clínico-epidemiológica, ao cuidado às necessidades de saúde individuais e coletivas;
- Gestão em Saúde: envolvendo a racionalidade político-estratégica, a organização do trabalho em saúde e cuidado;
- Educação na Saúde: abrangendo a racionalidade crítico-reflexiva, a socialização e geração de conhecimentos em saúde.

Figura 8 - *Sankey* da análise de código referente às áreas de competência distribuídas nas ênfases das residências, construída no software ATLAS.ti.



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Conforme figura 8, identificou-se uma maior quantidade de ações-chave agrupadas em áreas de competência nos programas com ênfase no ciclo de vida e naqueles sem especificação. Em sua maioria, a área de atenção à saúde se destacou nas diferentes ênfases. A observação de uma maior quantidade de ações-chave em programas pode indicar uma abordagem mais diversificada, detalhada e abrangente na formação de profissionais de Saúde Mental.

Na ênfase “RAPS e em serviços específicos” houve identificação limitada de ações-chave nos perfis do egresso e de competência, não abrangendo as três áreas de competência em todas as ênfases. No entanto, é importante notar que a área de gestão em saúde estava presente nas quatro tipologias mapeadas nessa ênfase de residência. A limitação de ações-chave pode sugerir uma abordagem mais voltada a esse contexto específico de cuidado em Saúde Mental que seja focada nos processos de Gestão em Saúde na RAPS, visto que temos serviços ordenadores do cuidado, como os que compõem o componente da atenção especializada e a APS.

A **Área de Competência “Gestão em Saúde”** no perfil de competência consolidado obteve 183 citações e é caracterizada predominantemente pela abordagem da racionalidade político-estratégica. Ela se expressa por meio de ações-chave que delinham o processo de trabalho, as instituições, as parcerias e os procedimentos relacionados ao cuidado com a saúde de indivíduos e comunidades na área de Saúde Mental. Conforme apontado por Emerich e Onocko-Campos (2019), a avaliação crítica do funcionamento das unidades de saúde e das abordagens clínicas que empregamos deve ser a força motriz dos profissionais de saúde. Isso ocorre porque esses aspectos nunca estão completamente acabados, estão sempre em constante evolução.

É importante observar que na área de competência em Gestão em Saúde, existem ações-chave com menor destaque. Incluem a “Gestão do território”, citada posteriormente, e a “Atenção à Saúde do Trabalhador”, com 4 citações. Essa última ação envolve a competência para que o profissional reconheça as relações de trabalho e seu impacto na saúde dos trabalhadores, buscando acompanhamento profissional para a prevenção de adoecimento relacionados à prática profissional.

Quadro 1 - Recorte da ação-chave da área de competência “Gestão em saúde”: Saúde do trabalhador.

AÇÃO-CHAVE	SUBAÇÕES
<b>Atenção à Saúde do trabalhador</b>	Reconhece as relações de trabalho e a influência na sua saúde, buscando acompanhamento profissional para a prevenção de adoecimento relacionados à prática profissional

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

A atenção à saúde do trabalhador (Quadro 1) é uma ação de extrema relevância, reconhecida como um aspecto crucial na formulação da política nacional de residências em saúde, uma vez que reconhece as relações de trabalho e sua influência na saúde das pessoas. A prevenção de adoecimento relacionado à prática profissional é crucial, assim como considerar a inclusão de mais ações nesse contexto na formação relacionada à saúde do trabalhador.

Conforme as citações dos PPPs, nos espaços de práticas da residência, muitas questões atravessam os residentes: a construção da identidade em relação aos papéis a serem desempenhados, o intenso contato com situações ligadas à Saúde Mental em contextos frequentemente vulneráveis e com relações institucionais complexas. Esses desafios podem levar à adoção de mecanismos de defesa. Muitas vezes, a residência marca o início da atuação como profissional formado, com todos os sentimentos e desafios que daí podem advir (Emerich; Onocko-Campos, 2019).

A integração ensino-gestão, com a sua contribuição na formulação de políticas para formação de profissionais de saúde e para o fortalecimento do SUS, representa uma das inovações promovidas pelos programas de residências em saúde com composição multiprofissional. A análise dos dados apresentados pela área de competência “Gestão em Saúde” revela que a formação em Saúde Mental enfatiza o desenvolvimento de competência voltada para a gestão do cuidado e a promoção da integralidade nos serviços de Saúde Mental. Algumas ações-chave e subações de destaque incluem o Quadro 2.

Quadro 2 - Recorte da ação-chave da área de competência “Gestão em saúde”: gestão do cuidado e a promoção da integralidade.

AÇÃO-CHAVE	SUBAÇÕES
<b>Desenvolve planos de ação e articulação orientados aos problemas do processo de trabalho</b>	<p>Planeja, gerencia e avalia o processo de trabalho em Saúde Mental, sob a perspectiva da integralidade, ética, interprofissionalidade, da reforma psiquiátrica, das diretrizes da atenção psicossocial no contexto de toda a RAPS, no cuidado ao trabalhador, visando a melhoria, a operacionalização, a resolutividade dos problemas e a articulação de ações intra e intersetoriais, e na ativação da RAPS.</p> <p>Atua de forma ativa e propositiva em espaços de reflexão sobre o processo de trabalho, fortalecendo o planejamento e programação da gestão do SUS, como em: reuniões de equipe, momentos de educação permanente, reuniões intersetoriais, reuniões de gestão.</p> <p>Favorece a construção de novas tendências e perspectivas para as políticas e práticas de saúde do SUS, participando do desenvolvimento e implementação de manuais, protocolos e <i>guidelines</i> relacionados à Saúde Mental, implicando uma compreensão ampliada da saúde, carregada de questões éticas, políticas, econômicas, culturais, biológicas; e ainda com um conjunto de valores como solidariedade, equidade, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social e revalorização ética da vida.</p>
<b>Identifica, organiza a gestão do cuidado em Saúde Mental</b>	<p>Identifica problemas na gestão do cuidado, a partir da participação nos processo de trabalho, das necessidades de saúde das pessoas e da comunidade, do controle social em saúde e da perspectiva da produção social da Saúde Mental, compreendendo o indivíduo, a família e a comunidade como sujeitos e corresponsáveis pelo processo de promoção e cuidado à saúde, bem como contemplar as singularidades e subjetividade humana.</p> <p>Contribui para a integralidade do cuidado com trabalho interprofissional com as pessoas em sofrimento psicossocial, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica, compreendendo e se responsabilizando pela coordenação das RAS e linhas de cuidado da região de atuação, pelo cuidado em liberdade.</p> <p>Realiza a gestão do tempo, dos instrumentos e recursos utilizados, evitando intervenções desnecessárias; elabora registro escrito, individualizado e sistemático em prontuário dos usuários.</p>

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Cecílio (2011) argumenta que o cuidado resulta da interseção e complementação de múltiplas dimensões, envolvendo diversos atores em múltiplos espaços, caracterizados como encontros políticos. Nesse aspecto, o autor define que a gestão do cuidado em saúde como o fornecimento ou disponibilização de tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de suas vidas, visando a seu bem-estar, segurança e autonomia para continuar uma vida produtiva. A gestão do cuidado em saúde

ocorre em múltiplas dimensões, que, embora distintas, estão interligadas, formando uma rede complexa de interações, abrangendo as dimensões individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (Cecílio, 2011).

No processo de gestão do cuidado em Saúde Mental, a integração dos diversos componentes da RAPS, de forma coordenada, possibilita o cuidado em liberdade e promove a melhoria e a resolutividade dos problemas em Saúde Mental. No entanto, o cuidado integral e resolutivo não depende apenas de serviços e ações de saúde disponíveis, mas também dos modelos de gestão.

Os dados destacam, assim, a importância da integralidade no cuidado em Saúde Mental, não se restringindo apenas na área de competência em gestão em saúde, mas também na “Atenção à saúde” e “Educação” no perfil consolidado. Conforme Silva (2018), nos programas de residências, a integralidade é abordada numa perspectiva que considera o conceito ampliado de saúde em relação ao ambiente social, cultural e político desses sujeitos, os usuários, o que está alinhado com as práticas psicossociais.

A integralidade é um princípio do SUS que compreende a garantia ao indivíduo de uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, de forma ampliada com relação ao contexto/sujeito e contemplando todos os níveis de atenção. Para a efetividade requer que o profissional de saúde desenvolva postura e ações de acolhimento, vínculo, na responsabilização diante das pessoas em cuidado, de forma articulada a um conjunto de políticas públicas (Silva, 2018; Cecílio, 2011).

Com intuito de alcançar a integralidade do cuidado em saúde, o profissional de Saúde Mental estabelece essas relações com outras práticas sociais, num processo de interdisciplinaridade, interprofissionalidade e intersetorialidade. A integralidade, sustentada por essas premissas, demanda em sua essência (re)situar os usuários na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde. Além disso, os profissionais de Saúde Mental enfrentam desafios diários que exigem autonomia e criatividade, considerando a imprevisibilidade do campo. A cogestão do cuidado é uma abordagem importante para lidar com os problemas da atenção psicossocial, onde a participação ativa dos usuários é fundamental e é efetivado o controle social no cuidado em saúde mental.

Os resultados desta análise destacam a pretensão de estimular os profissionais a atuar de forma ativa e propositiva em espaços de reflexão sobre o processo de trabalho, incluindo reuniões de equipe e momentos de educação permanente. Essas ações são alternativas para fortalecer o funcionamento em equipe, baseando-se em uma colaboração interprofissional, ao estabelecer um ambiente democrático e criar estruturas e mecanismos institucionais que

garantam espaços dentro das equipes que permitam o crescimento de práticas fundamentadas na cooperação entre saberes e ações (Furtado, 2009). Essa abordagem promove a reflexão crítica e o planejamento estratégico em Saúde Mental, aspectos fundamentais para o desenvolvimento da dimensão política da formação.

Esses resultados podem orientar a revisão e o fortalecimento dos programas de formação em Saúde Mental, para desenvolvimento de competência política necessária para implementar a reforma psiquiátrica, assim como previsto por Coelho, Nunes e Barreto (2017). O aspecto político da formação é referido por egressos de residências como indissociáveis do trabalho e do cuidado em saúde (Lima; Barboza; Passos, 2023). Essa competência é fundamental para enfrentar os desafios da atenção psicossocial e promover uma abordagem de cuidado que respeite os direitos e a dignidade dos indivíduos em sofrimento psicossocial. Portanto, a formação em Saúde Mental deve continuar evoluindo para preparar profissionais qualificados e comprometidos com a transformação do cenário da Saúde Mental no país.

Uma importante ação-chave na área de competência em gestão em saúde, mencionada através de 42 citações (Quadro 3), destaca a importância de desenvolver arranjos de trabalho em equipe e colaboração com a rede intersetorial como uma competência essencial para os profissionais da Saúde Mental.

Quadro 3 - Recorte da ação-chave da área de competência “Gestão em saúde”: trabalho em equipe.

AÇÃO-CHAVE	SUBAÇÕES
<p><b>Apoia o desenvolvimento de arranjos de trabalho em equipe e com a rede intersetorial.</b></p>	<p>Desenvolve o trabalho em equipe multidisciplinar na perspectiva interdisciplinar Atua em equipes interdisciplinares, em que haja compartilhamento e articulação dos saberes entre os diversos núcleos profissionais.</p>
	<p>Desenvolve o trabalho em equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar, em que haja compartilhamento e articulação dos saberes entre os diversos núcleos profissionais, com a valorização dos saberes populares e das pessoas envolvidas no processo de cuidado;</p>
	<p>Desenvolve o trabalho em equipe interprofissional</p>
	<p>Demonstra habilidade de trabalhar sob a ótica da transdisciplinaridade e como profissional de referência no manejo do cuidado em Saúde Mental.</p>

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

A referência à atuação em equipe multidisciplinar, interdisciplinar e multiprofissional reflete o reconhecimento da complexidade dos desafios em Saúde Mental, que frequentemente exigem a colaboração de diferentes áreas de conhecimento e setores da sociedade. Porém, também reflete a confusão dos conceitos, citados na análise dos objetivos dos programas de residência analisados.

A atuação integrada nas equipes multiprofissionais, a preocupação dos profissionais em conciliar suas atuações de forma coesa e a colaboração sinérgica entre trabalhadores para alcançar resultados de equipe na atenção à saúde são dimensões inequívocas da

interprofissionalidade. Essas ideias emergem nas descrições das subações, independentemente da nomenclatura inadequada utilizada.

A proposta de trabalho em colaboração interprofissional surge como resposta a vários desafios, incluindo a complexidade dos problemas clínicos, a necessidade de reunir conhecimentos dispersos, a fim de reduzir o isolamento do trabalhador e evitar a duplicação de cuidados (Furtado, 2009). Como diversos autores já citados no desenvolvimento deste estudo, o trabalho em equipe possibilita a prática do cuidado no campo da transversalidade do cuidado em Saúde Mental. Existe uma centralidade no trabalho em equipe no modo psicossocial, onde o trabalho é realizado por equipes interprofissionais, das quais são esperadas intercâmbio de visões teórico-técnicas e de suas práticas, visando superar os especialismos (Costa-Rosa, 2000).

Segundo o *Canadian Interprofession Health Collaborative* (CIHC, 2010), a prática interprofissional possui competências essenciais que são: comunicação interprofissional; cuidado centrado em paciente/família/comunidade; funcionamento em equipe; conhecimento sobre a área específica e dos demais profissionais; utilização de conhecimentos em momentos necessários; liderança colaborativa; e habilidades para resolver conflitos.

Portanto, as subações dessa competência apresentam as diferentes modalidades de trabalho interprofissional, que incluem o trabalho em equipe, a colaboração e a prática colaborativa, indo além das equipes e envolvendo o trabalho em rede com usuários e a comunidade, com todos os sistemas políticos e socioculturais do território. Conforme Oliveira e Daltro (2021), a expansão do trabalho interprofissional integrado à rede psicossocial, intersetorial e às comunidades têm o potencial de consolidar os princípios da RPB no sentido de não restringir as ações das equipes aos serviços de saúde em sentido estrito e favorecer a construção de um novo lugar social para os usuários dos serviços de Saúde Mental. Furtado (2009) afirma que o aumento da colaboração profissional expande a troca na tomada de decisões clínicas e a integralidade dos cuidados, permitindo o aumento da autonomia da equipe como um todo, frente aos problemas enfrentados.

**A área de competência “Atenção à Saúde”** foi o principal foco nos enunciados sobre a formação dos profissionais residentes. O objetivo era preparar um profissional com domínio da racionalidade clínico-epidemiológica para embasar as ações de cuidado em Saúde Mental, tanto para indivíduos quanto para coletivos. Nessa área, que somou um total de 241 citações agrupadas, as ações foram sistematizadas em dois grandes grupos: o cuidado às necessidades individuais de Saúde Mental, com 161 citações, e o cuidado às necessidades coletivas de

saúde, com 80 citações. Observa-se um equilíbrio nas ações-chave esperadas a serem desenvolvidas pelo residente enquanto profissionais de Saúde Mental.

Em “Cuidado às necessidades Individuais de Saúde Mental” há um destaque para as ações-chave “Investiga necessidades Individuais de Saúde Mental, seus condicionantes e determinantes” com 29 citações (Quadro 4), “Atua com profissionalismo” com 27 citações (Quadro 5) e “Incorpora tecnologias e práticas que considere a complexidade dos objetos de intervenção na Saúde mental” com 25 citações (Quadro 6). Além dessas, essa área de competência englobou como ações-chave: favorece o estabelecimento de relação com o usuário, com capacidade de comunicação, vínculo, compromisso e responsabilidade com a saúde; elabora projetos de intervenção em Saúde Mental; executa ações para cuidado integral à Saúde Mental dos indivíduos; realiza comunicação em saúde.

Quadro 4 - Recorte da ação-chave da área de competência “Atenção à Saúde”: Cuidado às necessidades Individuais de Saúde Mental.

AÇÃO-CHAVE	SUBAÇÕES
<p><b>Investiga necessidades individuais de Saúde Mental, seus condicionantes e determinantes</b></p>	<p>Apoia a identificação das características e necessidades singulares de Saúde Mental de indivíduos, nas diferentes fases da vida, lidando com a diversidade, a partir de informações clínico epidemiológicas, demográficas, sanitárias, ambientais, culturais, socioeconômicas e familiar, considerando risco, vulnerabilidades e a dinâmica da transformação dos problemas de saúde. Com foco na atenção integral à saúde e no fortalecimento da RAPS, promovendo práticas substitutivas às instituições excludentes e estigmatizantes e inclusão dos sujeitos em sua dimensão clínica e política.</p> <hr/> <p>Promove a realização do acolhimento, com escuta ética e qualificada para identificação das diferentes necessidades de saúde dos indivíduos, em seu contexto sócio-econômico cultural, proporcionando atendimento humanizado, viabilizando o estabelecimento do vínculo, considerando os usuários e seus familiares sujeitos do seu processo de viver</p>

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Na primeira ação-chave predominante, “Investiga necessidades individuais de Saúde Mental, seus condicionantes e determinantes” (Quadro 4), enfatiza a necessidade de conhecer as necessidades individuais de Saúde Mental, levando em consideração uma série de fatores, como informações clínico-epidemiológicas, demográficas, culturais, socioeconômicas e familiares. Reflete a complexidade do campo da Saúde Mental, o modo psicossocial do cuidado e a importância de uma abordagem singularizada que direciona a promoção da atenção integral (Costa-Rosa, 2020). Esta subação também enfatiza o fortalecimento da RAPS, promovendo práticas substitutivas às instituições excludentes e estigmatizantes, além da inclusão dos sujeitos em sua dimensão clínica e política, alinhado com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização.

O enfoque na EPS e no aprendizado pelo trabalho das RMS destaca a importância de que as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle



social em saúde, sejam a referência para processos de capacitação dos trabalhadores da saúde. Isso visa a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, alinhando-se com a PNEPS.

Quadro 5 - Recorte da ação-chave da área de competência “Atenção à Saúde”: Cuidado às necessidades Individuais de Saúde Mental.

AÇÃO-CHAVE	SUBAÇÕES
<b>Atua com Profissionalismo</b>	Desenvolve atuação crítica-reflexiva, generalista, humanista, com base no rigor científico e intelectual, para atuar de forma integral e interdisciplinar na Atenção psicossocial, nas ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, manutenção da saúde, tratamento e reabilitação
	Apresenta postura de respeito, empatia e de solidariedade para com a população, baseada nos aspectos éticos, legais e humanístico para a assistência
	Compreende a qualidade e as implicações éticas de seu trabalho, desenvolvendo autonomia de ação e compromisso social.
	Busca autoconhecimento e controle emocional ao acompanhar os usuários, estabelecendo limites pessoais entre residente e usuários, além de demonstrar cortesia, respeito, <u>responsabilidade, confiabilidade, assiduidade e pontualidade.</u>
	Atua no SUS com compromisso ético-político, técnico e ideológico, com a reforma psiquiátrica e com seus atores (residentes, profissionais, preceptores, gestores e usuários), para fortalecimento da atenção integral na RAPS e nas ações junto aos usuários e a comunidade.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

A segunda ação-chave, “Atua com profissionalismo” (Quadro 5), enfatiza a importância de que os profissionais de Saúde Mental atuem com compromisso ético-político. Espera-se que a formação possibilite que eles atuem de forma crítica e reflexiva, embasada no rigor científico e no compromisso social. Isso envolve atributos pessoais e atitudinais, como respeito, empatia, solidariedade e ética, que são moldados e aprimorados ao longo do percurso profissional, à medida que são atravessados pelas vivências e destinos dados à experiência. Contribui para a transformação dos próprios profissionais em formação e atuação, promovendo uma (trans)formação profissional para o cuidado em Saúde Mental.

O termo profissionalismo, utilizado como ação-chave em alguns programas, possui na literatura uma variação de definição, representando uma complexidade e sendo multidimensional, com fatores individuais e comportamentais, influenciados por aspectos socioculturais e história de vida. Carneiro *et al.* (2020) definem como “um grupo de atitudes, valores, comportamentos e interações que representa a base do contrato do profissional de saúde com a sociedade”. Para esses autores, na avaliação de profissionalismo os atributos facilitam a análise por características, sendo alguns exemplos: empatia, altruísmo, auto aperfeiçoamento, competência, pontualidade, responsabilidade, respeito, confidencialidade, sigilo e justiça.

Emerich e Onocko-Campos (2019) afirma que a abertura do sujeito, em sua siguralidade, à experiência é um aspecto determinante do processo de ensino-aprendizagem, embora também possa trazer insegurança e vulnerabilidade. Lima, Barboza e Passos (2023) referem que a residência oportuniza ainda um posicionamento profissional e subjetivo frente às desigualdades sociais. Para que a prática profissional em Saúde Mental seja competente, tem sido necessário desenvolver uma formação ampliada com relação às habilidades e atitudes, que permitam maior compreensão e possibilidades de posicionamento nas relações institucionais (Silva; Tavares, 2003; Emerich; Onocko-Campos, 2019).

O engajamento político e o cotidiano das práticas devem ser motivadores do processo formativo de profissionais críticos e reflexivos, atentos às demandas das populações excluídas da sociedade. Os profissionais de Saúde Mental devem ser humildes intelectualmente para estabelecer diálogos com outros campos do conhecimento e melhor preparados para ouvir o sofrimento dos indivíduos (Emerich; Onocko-Campos, 2019).

Silva e Tavares (2003) citam habilidades comuns a profissionais de diferentes formações necessárias ao ambiente de trabalho comunitário definidas por Bugge (1999), sendo elas: comunicação, inter-relacionamento, desenvolvimento de autonomia, avaliação e aconselhamento. Os autores sugerem ainda como atributos (nomeados por competências) necessários aos profissionais de Saúde Mental:

- competências comunicativas - capacidade de expressão e comunicação, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal;
- competências pessoais - capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar a iniciativa, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver autoestima;
- competências de cuidado - capacidade de interagir com o paciente levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir sua própria saúde, a partir de concepção de saúde como qualidade de vida;
- competências sociopolíticas - capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania.

Quadro 6 - Recorte da ação-chave da área de competência “Atenção à Saúde”: Cuidado às necessidades Individuais de Saúde Mental.

AÇÃO-CHAVE	SUBAÇÕES
<b>Incorpora tecnologias e práticas que considerem a complexidade dos objetos de intervenção na Saúde mental</b>	Utiliza tecnologias leves na atenção à saúde, tais como vínculo, acolhimento, escuta qualificada, construção conjunta de PTS, discussões de casos, visitas domiciliares e profissional de referência, que favoreçam a desmistificação da loucura;
	Desenvolve ações psicossociais para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas na perspectiva da abordagem territorial no contexto da Saúde mental, na redução de danos
	Favorece ações que promovam uma cultura de assistência não manicomial;
	Realiza intervenções culturais que problematizam e redimensionam o sofrimento psíquico;

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

A terceira ação-chave na formação, “Incorpora tecnologias e práticas que considerem a complexidade dos objetos de intervenção na Saúde mental” (Quadro 6), enfatiza o uso de tecnologias leves, como o vínculo, acolhimento, escuta qualificada, entre outras, para desmistificar a loucura e promover a atenção integral aos sujeitos. Isso está alinhado com abordagens de redução de danos e uma cultura de assistência não manicomial, conforme as diretrizes do paradigma psicossocial, assim como com a clínica ampliada (Brasil, 2007). Conforme Amarante (2015), na dimensão técnico-assistencial, é fundamental que os profissionais compreendam que as convicções antimanicomiais decorrem do conhecimento, o qual é essencial para uma postura crítica e reflexiva sobre as práticas em Saúde Mental a serem desenvolvidas.

Nesta ação-chave (Quadro 6) também é importante ressaltar o trabalho colaborativo em equipe, discutido na área de competência “Gestão em Saúde”, que inclui as tecnologias mencionadas neste tópico como estratégias para fortalecer e garantir a integralidade. Especificamente sobre o trabalho em equipe de referência, Furtado (2009), citando Campos (1999), associa esse formato com o processo de organização do trabalho em saúde. Essa integração é relevante para aumentar o poder, a co-gestão e a vinculação aos membros dessa mesma equipe na busca por superar o modelo médico hegemônico e a fragmentação das ações em saúde (Brasil, 2007). Uma das características desse modelo de funcionamento envolve a formulação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), a partir de várias perspectivas e da interação entre o usuário e os profissionais de referência.

Assim como exposto na pesquisa de Lima e Passos (2019), o PTS emerge como ação esperada para o profissional de Saúde Mental, possibilitando a diversificação das estratégias de cuidado. Na pesquisa referenciada, o PTS é apresentado como um elemento central na organização teórico-pedagógica do programa, entendido como dispositivo orientador da formação na rede. O PTS é um instrumento que propicia a atuação integrada da equipe,

valorizando a integralidade e singularidade do sujeito, e deve ser construído em uma relação de cogestão, envolvendo a equipe e os usuários. Vale ressaltar que o PTS não se limita aos indivíduos, mas também pode ser direcionado a grupos ou famílias, podendo estar no bloco do cuidado coletivo nesta área de competência. A elaboração do projeto busca a singularidade de cada indivíduo como elemento central de articulação, uma vez que os diagnósticos tendem a nivelar os sujeitos e minimizar suas particularidades (Brasil, 2007). Nesse contexto, os usuários assumem o papel protagonista, enquanto os profissionais devem estar ao lado deles, acompanhando os caminhos que trilharam para suas vidas (Lima, Passos, 2019).

Nas três ações-chave apresentadas como destaque, o acolhimento emerge como uma postura, um desempenho e um recurso. A formação do profissional de Saúde Mental tem planejado a priorização do acolhimento e da escuta ética para identificar as necessidades de saúde em um contexto socioeconômico e cultural. Segundo Ceccim (2018) e Brasil (2007), o acolhimento propicia uma mudança no foco da atenção, deslocando-o da consulta médica para o atendimento da equipe multiprofissional. Nesse modelo, um profissional de referência pode assumir a responsabilidade pela escuta do usuário e compromete-se com a orientação institucional para atender às suas demandas.

A subação “Realiza intervenções culturais que problematizam e redimensionam o sofrimento psíquico” (Quadro 6) transcende o âmbito individual do cuidado. Está em consonância com a dimensão sociocultural, definida por Amarante (2015) como o conjunto de práticas sociais que visam a transformar o imaginário social da loucura, alterando as relações entre a sociedade e loucura, doença mental e anormalidade.

Com menos ênfase e alcance no perfil de competência consolidado na formação dos residentes enquanto profissional de Saúde Mental, encontra-se a atenção à família. Na atenção psicossocial, a unidade familiar, em toda sua complexidade, é considerada como um componente essencial no tratamento, recuperação e processo de reabilitação psicossocial (Costa-Rosa, 2000). O paradigma psicossocial traz novas demandas aos profissionais, usuários, famílias e sociedade na construção do cuidado em Saúde Mental. Entre essas demandas, destacamos o desafio de promover a participação da família no planejamento e execução do cuidado em Saúde Mental, muitas vezes exigindo uma nova organização familiar (Santin; Klafke, 2011; Costa-Rosa, 2000). A formação deve desenvolver competência profissional para lidar com as famílias não apenas como “parentes” ou “cuidadores”, mas como agentes sociais e sujeitos políticos, visando superar as posturas assistenciais e orientadoras do modo asilar (Amarante, 2015; Costa-Rosa, 2000).

Paya (2017) aponta que, com a RPB, na década de 1980, a família ganha mais importância no cenário da Saúde Mental, levando a uma evolução nas abordagens e práticas familiares. Desde então, como apontam Santin e Klafke (2011), às famílias passaram a ser vistas de diversas formas: como mais um recurso, mais um lugar de possível convivência do usuário de Saúde Mental, como sofredora e foco de assistência e suporte social, como um agente de ação política e coletiva, e como provedora de cuidado. A literatura (Paya, 2017; Santin; Klafke, 2011) destaca que as intervenções familiares devem proporcionar acolhimento e orientação, compreender e respeitar a cultura de cada família, identificar e valorizar as potencialidades familiares, e evitar julgamentos e preconceitos. Além disso, é fundamental ressaltar a importância da articulação intersetorial para promover a proteção social e reduzir as vulnerabilidades.

Historicamente, tem havido dificuldades em construir redes sociais fortalecidas e prevalecem laços frágeis. O fortalecimento do usuário e de suas famílias no território requer estratégias que encorajem, auxiliem, orientem e, sobretudo, criem conexões com os recursos locais. A partir dessa construção, as relações marcadas por estigmas e medo das crises cedem espaço à solidariedade e a trocas sociais mais eficazes, possibilitando a (re)criação de laços familiares.

Quadro 7 - Recorte da ação-chave da área de competência “Atenção à Saúde”: Cuidado às necessidades coletivas de saúde.

AÇÃO-CHAVE	SUBAÇÕES
<b>Apoio a integração da rede e território</b>	<p>Conhece os serviços da rede intersetorial, saúde e dos órgãos de direitos e os recursos disponíveis no território e no município, promovendo assim o acesso da população atendida nos serviços de Saúde mental</p> <hr/> <p>Realiza articulação com dispositivos da rede, grupos comunitários e realiza ações no território, visando o desenvolvimento de políticas intersetoriais e a potencialização das ações dos serviços de Saúde Mental</p>

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Em “Cuidado às necessidades coletivas de saúde” observamos uma considerável ênfase no "Apoio à integração da rede e território" (Quadro 7). Essa ênfase enfatiza a importância de formar profissionais que não apenas conheçam os serviços da rede intersetorial, de saúde e outros recursos no território, mas também promovam ativamente a integração com dispositivos da rede e grupos comunitários. Esta competência é fundamental para o desenvolvimento de políticas intersetoriais e para a potencialização das ações dos serviços de Saúde Mental, sublinhando a relevância da integração interinstitucional e com a comunidade.

Essa capacidade pode ser crucial para o fortalecimento do sistema de Saúde Mental e a promoção da atenção integral, em conformidade com os princípios da RPB. Um desses

princípios fundamentais é a promoção do cuidado em Saúde Mental no contexto da comunidade, destacando a desinstitucionalização, a reabilitação psicossocial e a integração dos serviços em uma rede de atenção à Saúde Mental. Isso implica na transição da atenção psiquiátrica centrada em hospitais para uma abordagem mais integrada, inclusiva e centrada na comunidade, do modo asilar ao psicossocial, com o profissional como agente de transformação.

Quadro 8 - Recorte da ação-chave da área de competência “Atenção à Saúde”: Cuidado às necessidades coletivas de saúde.

AÇÃO-CHAVE	SUBAÇÕES
<b>Planeja, executa e avalia ações para cuidado integral à Saúde Mental coletiva</b>	Elabora projetos de intervenção em Saúde Mental
	Desenvolve ações com a rede e em território, numa perspectiva ampliada de Saúde Mental, que envolvam construção de espaços de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde dirigidas à população do território delimitado e no campo da saúde ambiental;
	Coordena grupos terapêuticos, de convivência, de educação em saúde e oficinas, nos serviços e nas comunidades, com usuários e familiares;
	Avalia as ações de cuidado em Saúde Mental coletiva

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Como ação-chave também com grande ênfase, “Planeja, executa e avalia ações para cuidado integral à Saúde Mental coletiva” (Quadro 8), inclui-se a elaboração de projetos de intervenção em Saúde Mental e o desenvolvimento de ações em território, visando a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde. Isso abrange a coordenação de grupos terapêuticos e a avaliação das ações, que são aspectos essenciais desse processo de transformação do sistema de Saúde Mental.

No contexto da Saúde Mental, o termo “território” é utilizado em documentos do campo científico e oficiais do SUS, com capacidade indutora de práticas e na organização tecnoassistencial das iniciativas de Saúde Mental no SUS e seus demais parceiros. O termo adquiriu significativa importância com a implementação da RPB e com a contraposição entre serviços centrados no hospital psiquiátrico e serviços substitutivos comunitários. No entanto, essa adoção do termo "território" na terminologia da Saúde Mental não resultou em conceitos, princípios e modos de operação compartilhados por todos os envolvidos, como destacado em estudos anteriores (Lima, Yasui, 2014; Dutra, Oliveira, 2015).

Conforme Furtado *et al.* (2016), os conceitos de "território" referem-se a duas dimensões. A primeira é a dominância funcional, que se refere à área de cobertura e ação de serviços extra-hospitalares, recursos terapêuticos e à organização da rede de atenção à saúde. A segunda é a dominância simbólica, que considera a perspectiva dos usuários e as múltiplas

relações materiais e imateriais de poder. Essa dimensão inclui a definição do território existencial, sistema de objeto e ações.

No contexto das ações que compõem o perfil de competência consolidado, o conceito de território vai além da mera definição funcional como área de cobertura e ação de serviços extra-hospitalares. É compreendido como um conjunto de recursos terapêuticos que resultam de interações potenciais, a serem explorados e articulados pelos profissionais de saúde em instâncias que não estão diretamente ligadas aos serviços de saúde, promovendo a organização da RAPS. Mas são ações que se limitam à dimensão funcional citado por Furtado *et al.* (2016). O território também é percebido como um "lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares" (Furtado *et al.*, 2016). Essa abordagem amplia a compreensão do território além da mera funcionalidade.

Furtado *et al.* (2016) também destacam a necessidade de uma definição de território que envolva uma dimensão política, fundamental para uma compreensão crítica das relações de poder e resistência à inserção social de pessoas com transtorno mental grave. O território deve ser entendido de acordo com sua dominância simbólica, na perspectiva dos usuários, como um espaço de construções simbólicas e de pertencimento, conectando aspectos éticos, subjetivos, sociológicos e geográficos.

Essas diversas concepções de território podem ser integradas na ação-chave intitulada "Investiga necessidades coletivas de saúde, seus condicionantes e determinantes", que possui 11 citações e abrange as seguintes subações: identifica problemas coletivos de saúde; estabelece novas relações com o contexto social, com capacidade de comunicação, vínculo, compromisso e responsabilidade com a saúde da população adscrita; compreende a dimensão coletiva da produção da saúde, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões. As subações são coerentes com a definição de clínica ampliada, com o compromisso e responsabilidade com o sujeito em sofrimento, de maneira singular e ética, exigindo o trabalho intersetorial e interdisciplinar ao reconhecer os limites do conhecimento e das tecnologias dos profissionais (Brasil, 2007; Zaniani; Luzio, 2014).

De maneira geral, as práticas territoriais envolvem os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, a construção coletiva de soluções, as trocas entre as pessoas e a ideia de cuidado. É fundamental reconhecer que a inclusão social e a reabilitação psicossocial são elementos essenciais da reforma psiquiátrica e da transformação do modelo de assistência em Saúde Mental no Brasil (Costa-Rosa, 2000). Por outro lado, a ação-chave "Promove ações de inclusão social e reabilitação psicossocial" (Quadro 9), que registrou 4 citações, emergiu

como uma ênfase de menor intensidade no perfil de competência consolidado do eixo de cuidado coletivo.

Quadro 9 - Recorte da ação-chave da área de competência “Atenção à Saúde”: Cuidado às necessidades coletivas de saúde.

AÇÃO-CHAVE	SUBAÇÕES
<b>Promove ações de inclusão social e reabilitação psicossocial.</b>	<p>Conhece e aplica conceitos de economia solidária, geração de renda, formação e coordenação de grupos/oficinas com foco no trabalho e inserção na rede formal de trabalho.</p> <hr/> <p>Promove ações de contratualidade social, promoção de cidadania, para garantia de direitos, ações de sociabilidade, reinserção social e comunitária e transformação social</p> <hr/> <p>Aprimora a percepção clínica das habilidades funcionais do indivíduo e contextualiza o sujeito, a família, a comunidade quanto a perspectiva social, privilegiando aspectos relacionados à inclusão social, o desempenho de atividades e a participação do indivíduo na família, comunidade e sociedade;</p>

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Essa ação-chave (Quadro 9) possui princípios fundamentais na formação de profissionais de Saúde Mental no paradigma psicossocial, visto que devem promover a reintegração social e o empoderamento dos indivíduos, em consonância com a reforma psiquiátrica e com a clínica ampliada (Brasil, 2007; Costa-Rosa, 2000). Afinal, essa reforma exige a desconstrução de práticas manicomial, nas quais o isolamento e o controle dos corpos eram predominantes, assim como promover a recuperação da cidadania. Destaca-se que a inclusão social dos excluídos e a sua emancipação da tutela não são garantidos apenas com a extinção de espaços de confinamento, tais como os hospitais psiquiátricos. Como alertam Lima e Yasui (2014, p. 599), fazendo referência a Deleuze (1992), "do asilo aos novos serviços substitutivos (...) poderíamos apenas passar de uma prática disciplinar para uma prática de controle".

Conscientes de que a instituição a ser superada transcende o hospital psiquiátrico, devemos associar a luta pela liberdade à busca por recursos que viabilizem as trocas sociais e permitam a análise dos modos de vida que estão sendo produzidos, bem como a clínica que se torna factível. É no território que se depara com o poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, tornando-se um espaço de inscrição e resistência da racionalidade dominante (Lima; Yasui, 2014).

Nesse sentido, os princípios da RPB, ao considerar a inclusão territorial, devem ser direcionados não apenas à noção funcional de território, mas também à noção simbólica do território como um espaço de exercício de poder. Essa abordagem permite fazer distinção entre a inserção social, resultante da integração na rede de atenção socioassistencial e de saúde, e a inserção nos âmbitos físicos, sociais e relacionais (Furtado *et al.*, 2016).

Dentro da área de competência "Gestão em Saúde", a ação-chave “Gestão do território” (Quadro 10) emerge como uma das ações-chave com menor ênfase. No entanto, é



de extrema importância para a organização da atenção em Saúde Mental, conforme preconizado pela PNSM. Ainda que essa ação-chave seja mencionada, nota-se que ela não possui grande relevância na formação da área de gestão. Isso pode indicar a necessidade de fortalecer a compreensão da territorialização e suas implicações na gestão dos serviços de Saúde Mental, bem como na formulação de projetos terapêuticos individuais que estejam em sintonia com o território.

Quadro 10 - Recorte da ação-chave da área de competência “Gestão em Saúde”: Território.

AÇÃO-CHAVE	SUBAÇÕES
<b>Gestão do território</b>	Compromissado com a qualidade e integralidade da assistência de modo a contribuir para o impacto social e sanitário requerido e necessário para as transformações dos perfis epidemiológicos, discutindo a territorialização.
	Identifica atores e dispositivos do território e da RAS para o cuidado em Saúde Mental

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Dessa maneira, torna-se imperativo cultivar a competência relacionada ao trabalho territorial e à inserção social, com base nos cenários de prática identificados nos PPPs: a RAPS (Coelho; Nunes; Barreto, 2017). Essa rede se pauta por diretrizes que preconizam o desenvolvimento da clínica ampliada, com atividades no território, favorecendo, assim, a inclusão social e objetivando o fomento da autonomia e do exercício pleno da cidadania (Brasil, 2007). Há um destaque especial para a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, nos quais a participação ativa e o controle social dos usuários e seus familiares figuram como peças fundamentais (Brasil, 2011b).

Contudo, os dados desta pesquisa evidenciam que 73,58% dos programas de formação estão inseridos em cenários de aprendizagem ligados ao componente atenção hospitalar da RAPS, dos quais uma parte pode ser o hospital psiquiátrico. Este último, na tentativa de obscurecer a identificação como instituições psiquiátricas tradicionais, aparecem nos PPPs com outros nomes e uma nova roupagem. São serviços que utilizam do modo asilar apesar de reformas democratizantes, intermitentes. Apresentam nas entrelinhas a tendência de focar no cuidado biomédico e fragmentado, promover a violação de direitos, a segregação e controle dos sujeitos, mesmo que utilize os recursos multiprofissionais para divisão do trabalho (Costa-Rosa, 2020). Esta realidade pode contribuir para a formação de competência profissional no âmbito da Saúde Mental que não se coadunam com as políticas públicas de Saúde Mental e os preceitos da RPB.

Como Amarante (2015) reforça, o manicômio é historicamente o lugar de produção e reprodução do conhecimento predominante, seja ele transformado ou tradicional, e continua sendo o local de formação por excelência do modelo psiquiátrico clássico. Portanto, há a necessidade de questionar essas práticas e promover uma mudança significativa no sistema de

formação de profissionais de Saúde Mental. Lima, Barboza e Passos (2023) informam que ex-residentes consideram que as residências em Saúde Mental, desde que incluam diversas especialidades e não sejam realizadas em hospitais psiquiátricos, representam a melhor alternativa para a formação para o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. A manutenção ou inserção desses cenários, com características manicomial, nos programas de residências pode ter sido reforçada a partir dos retrocessos políticos.

A Portaria n.º 3.588/2017, revogada em 2023, representou essa reintrodução do modelo manicomial (hospital psiquiátrico) na RAPS, fortalecendo a atenção especializada, hospitalocêntrica e ambulatorial em detrimento de uma atenção predominantemente extra-hospitalar, de base territorial e estratégica. É importante destacar que essa análise não implica na desconsideração da participação e relevância dos dispositivos hospitalares da RAPS, que fazem parte dos componentes de atenção de urgência e emergência e da atenção hospitalar. Esses dispositivos contribuem para a integralidade do cuidado em momentos de atenção à crise e/ou nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com preceitos para garantir o respeito às determinações da Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, e para acolher os usuários em regime de curtíssima ou curta permanência (Brasil, 2011b).

Em relação aos cenários territoriais de residência identificados nos programas, constata-se que uma proporção significativa se relaciona com a atenção psicossocial especializada (94,74%), à APS (84,21%) e à reabilitação psicossocial, incluindo estratégias de desinstitucionalização e atividades territoriais (47,37%). Ainda assim, é imperativo reconsiderar a presença de cenários relacionados à atenção hospitalar, especialmente quando se trata de hospitais psiquiátricos, a fim de garantir que a formação esteja alinhada com os princípios da reforma psiquiátrica e que os respeite na implementação das políticas públicas.

A formação de recursos humanos para atuação em cenários hospitalares da RAPS deve propiciar o desenvolvimento de capacidades e atributos necessários para o desempenho de atividades relacionadas ao cuidado em situações de crise e outras demandas de urgência e emergência que envolvam internação ou manejo de curta duração em leitos em hospital geral. Embora essa modalidade de leitos seja ainda limitada no Brasil, ela se mostra importante como forma de substituição à lógica hospitalar manicomial.

Na **área de competência em “Educação na Saúde”**, observa-se que as ações-chave não possuem a mesma ênfase que as demais áreas do perfil de competência consolidado. Nessa área, foram identificadas 104 citações. Amarante (2015) enfatiza que a dimensão

teórico-conceitual, onde os profissionais devem aprender a refletir sobre os conceitos e processos da Saúde Mental, recebeu menos atenção até então nos processos formativos. O autor utiliza a metáfora “não se ensina a nadar se não se ensina a fazer caminhos, a construir percursos e trajetórias” (Amarante, 2015, p. 69). Portanto, a formação em Saúde Mental deve incluir aspectos teóricos e conceituais para melhor preparar os profissionais de Saúde Mental.

A RMS adota a EIP como diretriz fundamental para a integração ensino-serviço-comunidade, apesar da regulamentação ter como eixo norteador apenas a integração ensino-serviço (Brasil, 2021). A EIP é comprometida com a transformação social e visa o desenvolvimento de habilidades necessárias para o trabalho coletivo, colaborativo e em equipe, buscando superar a fragmentação e aprimorar a qualidade da assistência em saúde (Lima; Passos, 2019; Peduzzi *et al.*, 2020). Essa abordagem, conforme Reeves (2016), tem demonstrado alterações significativas nas atitudes, crenças, conhecimentos e habilidades colaborativas, influenciando até mesmo a prática organizacional e o cuidado em saúde.

Por meio da racionalidade crítico-reflexiva, os profissionais envolvidos nas residências desempenham um papel essencial na troca de conhecimento com outros profissionais de saúde e no planejamento de iniciativas educacionais para a comunidade e para seus colegas. As produções de conclusão da residência, um requisito obrigatório conforme Resolução n.º 5, de 7 de novembro de 2014 (Brasil, 2014), são um exemplo do estímulo à racionalidade crítico-reflexiva e à educação na saúde, havendo a necessidade desse reconhecimento no processo de construção do perfil de competência.

As ações-chaves identificadas nesta área tiveram as citações em números próximos, sendo elas: “Promove e avalia ações educacionais” com 28 citações, “Promove pesquisa aplicada e o pensamento científico” com 33 citações e “Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletivas” com 43 citações. Indicam um foco na capacitação contínua e no desenvolvimento de habilidades científicas para a prática clínica em Saúde Mental, além de do apoio a produção de novos conhecimentos.

As residências em saúde buscam superar a educação tradicional ao envolver ativamente os atores no processo de produção de conhecimento, enfatizando a problematização da realidade e a adoção de diretrizes de EPS. Isso envolve a aplicação de metodologias ativas para aprimorar a aprendizagem e potencializar a aprendizagem significativa e dialógica, o protagonismo dos estudantes e pressupõe a existência de gestão democrática. Esse enfoque busca fortalecer a articulação entre ensino, trabalho e cidadania, além da vinculação entre formação, gestão, atenção e participação social, a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional, reconhecendo as particularidades das bases

locorregionais em relação aos problemas de saúde e a necessidade de estratégias de formação profissional adaptadas a essas realidades (Emerich; Onocko-Campos, 2019).

A ação-chave com maior destaque na formação foi “Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletivas”, com 43 citações distribuídas nas seguintes subações conforme quadro 11.

Quadro 11 - Recorte da ação-chave da área de competência “Educação na Saúde”.

AÇÃO-CHAVE	SUBAÇÕES
Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletivas	Realiza busca de informações em bases de dados e analisa criticamente fontes e informações obtidas, a partir de princípios e evidências científicas.
	Utiliza a realidade do trabalho para disparar processos de aprendizagem e de pesquisa, utilizando o método científico para propor soluções e melhoria da qualidade da atenção, visando a integralidade na Atenção à Saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.
	Demonstra, analisa e compreende conhecimento, mantendo-se atualizado, sobre: regulamentações dos programas de residências em saúde, o modelo da Atenção psicossocial, da política nacional em Saúde Mental, as diretrizes estabelecidas no Humaniza SUS para a atenção secundária no serviço ambulatorial, o manejo dos usuários e funcionamento dos componentes da RAPS, as principais terapias medicamentosas, o conceito de território e as técnicas de trabalho, e as diferentes linguagens culturais, educacionais e sociais, para atuar de forma crítica e reflexiva que vise a integralidade e resolutividade do cuidado.

Fonte: elaborado pela autora, 2023

O número de citações da ação-chave do quadro 11 evidencia a importância atribuída a essa competência na qualificação dos profissionais e reflete um compromisso com a constante busca por aprimoramento e a aplicação de práticas baseadas em evidências científicas na área de Saúde Mental. A formação incentiva os profissionais a utilizar a própria realidade do trabalho como ponto de partida para processos de aprendizagem e pesquisa, demonstrando a importância de abordar os desafios e oportunidades encontrados no cotidiano profissional como estímulos para o desenvolvimento contínuo, para uma atuação de forma crítica e reflexiva, com foco na integralidade e resolutividade do cuidado.

Com 28 citações, a menor ação-chave nesta área, temos ainda como ação-chave “Promove e avalia ações educacionais”, envolvendo competência de participação no planejamento de iniciativas educacionais, facilitação de processos de ensino aprendizagem, promoção EPS e Educação interprofissional, e participação e avaliação de atividades acadêmicas baseadas na prática.

Os resultados sugerem que, embora haja áreas de destaque na formação em serviço em Saúde Mental, como a identificação de necessidades de aprendizagem, ainda existem oportunidades para fortalecer a área de competência educação na saúde, na produção de conhecimento e na pesquisa aplicada. Essas áreas desempenham papéis cruciais na promoção da Saúde Mental e no aprimoramento dos serviços de Saúde Mental. Portanto, os programas

de formação podem considerar o reforço desses aspectos para uma formação mais abrangente e eficaz, bem como incluir no perfil de competência o aprimoramento por metodologias ativas e problematização da prática de trabalho e problemas reais, além da valorização da educação interprofissional.

Apesar do consolidado do perfil de competência que os PPPs possibilitaram, apenas três PPP citam currículo orientado por competência: A - RIS, K - RMS, L - RIS. É importante notar que a formação em Saúde Mental orientada por competência possui limitação em termos de produções científicas. Uma pesquisa inicial em bancos de dados sobre competência em Saúde Mental revelou a experiência do Programa de Residências Integradas em Saúde Mental PBH/UFOP, que, de forma adaptada para o contexto da RAPS de Belo Horizonte, adota um desenho metodológico de formação baseado no modelo de competências da *Canadian Medical Education Directions for Specialists - CanMeds* para a educação em serviço em nível de pós-graduação (Lima; Passos, 2019). Este PPP apresenta sete domínios de competência: a expertise profissional; a capacidade de comunicação; o cuidado colaborativo, à prática em equipe e em rede; à gestão do sistema, das redes e dos dispositivos de cuidado; à promoção e defesa da saúde de indivíduos e populações; à ética geral e profissional; e à formação permanente, incluindo competências relacionadas à pesquisa, análise crítica e aplicação do conhecimento na prática. Tais ações-chaves, também nomeadas pelos autores como competências, são coerentes com os achados deste estudo.

Segundo Lima (2005), os currículos e programas educacionais orientados por competência selecionam os conteúdos legítimos e relevantes para a formação. Portanto, a escolha do currículo por competência recai também na concepção dialógica de competência, que envolve com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e atitudinais) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional (Lima, 2015).

Ao estabelecer o estado da arte dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil, bem como apresentar a caracterização e perfil de competência consolidado, não se elaborou um perfil de competência ideal para implementação. Os produtos e resultados deste estudo fornecem uma visão abrangente da situação atual de formação para contribuir na elaboração de caminhos e estratégias futuras, que envolva a discussão dos perfis de competência estabelecidos nos PPPs desses programas, visando aprimorar a formação dos profissionais de Saúde Mental. A definição de perfil de competência pode reorientar as práticas clínicas e de gestão, a certificação profissional e a

avaliação de desempenho (Lima, Ribeiro, 2022), sendo essa ainda incipiente a partir do conceito de competência.

Sugere-se que os programas possam construir um perfil de competência profissional a partir de uma proposta metodológica confiável que tenha validação dos produtos por profissionais especialistas na área. Recomenda-se a utilização da Nota Técnica nº 01 - Processo de construção de perfil de competência de profissionais, do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (LIMA *et al*, 2014).

## 6. PRODUTO TÉCNICO: ULTRAPASSANDO BARREIRAS DA CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO

A partir deste estudo, foi desenvolvido o “Relatório de Mapeamento dos Programas de Residências em Saúde Mental do Brasil até 2022” (Apêndice D). Este relatório fornecerá uma compilação de todos os Programas de Residência em Saúde Mental existentes no Brasil até 2022, incluindo informações como contato, endereços de e-mail ou websites, bem como dados sobre a localidade destes programas. Esse relatório se configura como uma fonte inestimável de informações para estudantes e profissionais que desejam ingressar em Programas de Residência em Saúde Mental ou aos residentes que apresentam interesse em desenvolver estágios optativos em outros programas desse campo de concentração. Destaca-se, também, que esse mapeamento proporciona um diagnóstico e publicização da concentração das iniciativas de formação em Saúde Mental nos estados e regiões do Brasil, informações aqui sistematizadas e que se configuraram de difícil acesso ao longo do delineamento desta pesquisa. Este produto busca facilitar o acesso a tais dados, assim como disponibilizá-los de forma organizada.

Ainda como produto técnico resultante desta dissertação de mestrado, apresenta-se o “Consolidado do Perfil de Competência do Profissional de Saúde Mental” (Apêndice E). Esse produto consiste em um documento que sintetiza o perfil de competência planejado para profissionais de Saúde Mental em formação em programas de residência. Esse consolidado ajudará a orientar a formação e o desenvolvimento de profissionais nesse campo.

Esses produtos técnicos, foco essencial dos programas profissionais *stricto sensu*, têm o potencial de servir como valiosas contribuições para o campo da Saúde Mental, oferecendo informações concretas, diretrizes, estratégias e atualizações para o aprimoramento dos programas de residência propostos e a promoção da prática interprofissional na área. Eles serão igualmente relevantes tanto para profissionais em formação quanto para os responsáveis pela gestão e coordenação dos Programas de Residência em Saúde Mental no Brasil.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo principal conhecer o estado da arte dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil. Para isso, a pesquisa mapeou e caracterizou os programas ativos, bem como discutiu os perfis de competência e perfil do egresso estabelecidos nos PPPs desses programas. Ao longo deste estudo, foram realizadas análises dos editais e PPPs dos programas de residência multiprofissionais, abordando diversas dimensões da formação em Saúde Mental. Ao explorar a questão “De que formação falamos?”, este estudo não se propôs a apresentar um modelo de formação. Em vez disso, buscou-se utilizar os dados coletados e os produtos elaborados para enriquecer discussões que auxiliem na atualização dos programas ativos e no desenvolvimento de novas iniciativas. Esses debates podem ser orientados pelo perfil de competência, indicando uma formação em Saúde Mental adequada, de excelência e articulada com a PNSM, a partir dos princípios da reforma psiquiátrica.

Diante desse desafio, a análise dos dados revelou um cenário diversificado e desigual em relação à oferta de vagas dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com a distribuição geográfica e a densidade populacional do País. Notou-se que a pandemia de COVID-19 impactou no quantitativo de ofertas e, apesar de retrocessos políticos na área de Saúde Mental recentes, o crescimento desses programas foi retomado lentamente após período pandêmico. Esta pesquisa também identificou a ausência de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental em estados como Acre, Amazonas, Rondônia, Mato Grosso, Alagoas, Piauí e Maranhão. Essa disparidade sublinha a necessidade de alinhar a oferta de vagas de residência com as realidades locais e políticas públicas, que influencia significativamente na disponibilidade dessas vagas e, logo, de profissionais qualificados para ocupar os serviços estratégicos da RAPS. A desigualdade nessa distribuição pode acarretar diversas implicações na execução de políticas de saúde e no acesso da população a serviços de Saúde Mental de qualidade, tornando-se um problema crítico, especialmente em um contexto global pós-pandemia, em que a Saúde Mental se tornou uma prioridade.

A avaliação da composição profissional dos programas forneceu informações críticas sobre sua estruturação. É crucial destacar que esses dados refletem sobre a oferta de vagas nos editais, não necessariamente o número efetivo de inscrições e de conclusão dos programas. Diante disso, é notável que o aumento de vagas em 2022 abrangeu uma variedade de categorias profissionais, indicando um esforço para diversificar a formação. No entanto, a predominância de Psicologia, Enfermagem e Serviço Social em muitos programas sinaliza à



necessidade de avançar em direção a uma lógica de formação e trabalho interdisciplinar e interprofissional que contemplem a complexidade do campo da Saúde Mental. Essa formação e prática demandam a integração e articulação entre diferentes categorias profissionais, sendo fundamental para uma prática de Saúde Mental eficaz, em uma perspectiva de cuidado integral e psicossocial. Além da composição, esta pesquisa identifica que a presença de programas de residência integrada em saúde mental, embora ainda não seja amplamente adotada, representa uma oportunidade para promover a formação transdisciplinar e interprofissional. Esse modelo traz consigo a integração de diversas categorias profissionais na organização e implementação da formação através do trabalho, visando alcançar a integralidade em saúde.

Contudo, há a inexistência de estudos que demonstrem estratégias para a inserção dos profissionais no SUS, conforme preconizadas pela RMS, o que poderia oportunizar a implantação de novos serviços da rede e, logo, inserção de profissionais para formação em serviço. A cooperação entre os sistemas de saúde e as IES é essencial para garantir a absorção desses profissionais no mercado de trabalho. Sugere-se a investigação futura sobre a ociosidade na ocupação das vagas ofertadas, assim como sobre a absorção dos egressos pelo sistema de saúde.

A integração fomentada pelos programas de residências, no âmbito do ensino-serviço-comunidade, contribui para a superação de práticas obsoletas ainda presentes nos serviços de saúde, favorecendo a desterritorialização dos saberes e a descentralização das práticas. Isso estimula a construção e transformação dos cenários de prática, impulsionando a (re)construção da práxis em Saúde Mental, resultando em novos processos de trabalho, articulados com as instituições formadoras e com o sistema de saúde.

A análise dos PPPs revelou que as informações pedagógicas disponibilizadas nos editais de seleção são frequentemente limitadas, o que pode dificultar o conhecimento prévio dos programas pelos interessados. Os PPPs variam quanto ao ano de elaboração, refletindo a necessidade de atualização e adaptação para atender às mudanças frequentes das políticas de saúde e realidades locais.

Os cenários de prática dos programas variam, possuem foco na RAPS e refletem a sua complexidade. O componente atenção psicossocial especializada é fortemente utilizado em muitos programas, destacando sua importância no cuidado em Saúde Mental. Alguns componentes da RAPS, como atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, são menos explorados nos programas, apesar de seu papel fundamental na promoção da autonomia e

cidadania dos usuários. A análise aponta para a necessidade de uma maior integração e diversificação de cenários de prática, especialmente em relação aos componentes menos explorados da RAPS, para garantir que os futuros profissionais de Saúde Mental estejam preparados para a atuação em rede.

A partir dos resultados, também sugere-se a necessidade de reavaliar a presença de cenários relacionados à atenção hospitalar que se referem a hospitais psiquiátricos. Esses cenários podem contribuir para a formação de competências que não estejam devidamente alinhadas com as políticas públicas de Saúde Mental e a reforma psiquiátrica, não condizentes com as propostas descritas pelos programas.

Os programas de residência analisados têm objetivos bem definidos que envolvem principalmente a formação de profissionais de Saúde Mental, com foco na reorientação do modelo assistencial e na melhoria da gestão, organização do trabalho, educação na saúde, cuidados terapêuticos e qualidade de vida dos indivíduos envolvidos. O processo de qualificação da RAPS e a promoção de metas para o SUS, bem como a metodologia de aprendizagem possuem menor magnitude, apesar da perspectiva da EPS estar presente nos objetivos gerais, promovendo o aprendizado contextualizado e relevante para as situações reais de trabalho.

Sobre o perfil de competência consolidado, é notável a diversidade e a riqueza de ações-chave encontradas nos PPPs desses programas. Essas ações-chave foram agrupadas em três grandes áreas de competência - Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação na Saúde - que estiveram presentes com predominâncias diferentes. Houve destaque para formação com foco na Atenção à Saúde, referente a racionalidade clínico-epidemiológica ao cuidado às necessidades de saúde individuais e coletivas.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Brasil buscam preparar profissionais para uma atuação crítica, reflexiva, ética, com visão humanista e propositiva no âmbito técnico e político. Também enfatizam o papel do profissional de Saúde Mental como um agente de mudança, não apenas no nível individual, mas também no contexto sociocultural, buscando desmistificar a loucura e promover a inclusão e a assistência não manicomial. Além disso, a integração com a rede e o território foi destacada como uma competência fundamental para os profissionais de Saúde Mental.

Os dados indicam que a formação em Saúde Mental através das residências enfatiza a integralidade do cuidado, a interdisciplinaridade, a interprofissionalidade e a intersetorialidade, mas também apontam áreas que podem e precisam ser aprimoradas, como a atenção à saúde do trabalhador e a gestão do território. Esses resultados podem orientar a

revisão e o fortalecimento dos programas de formação em Saúde Mental, visando preparar profissionais altamente qualificados e comprometidos com a transformação do cenário da Saúde Mental no país, em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial.

Esta dissertação adotou um desenho que possibilitou apresentar um retrato abrangente e diagnóstico, embora estático (transversal no tempo), do estado da arte dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil. Apesar da limitação, revela a possibilidade que este estudo se torne uma película dinâmica que favoreça a qualificação dos Programas de Residência em Saúde Mental no Brasil para formar profissionais de excelência para o SUS e para a RAPS, com um perfil de competência para a atuação de forma interprofissional, com prática colaborativa e em equipe, e que seja um direcionamento às instituições formadoras em conjunto com o SUS e o território.

Os resultados aqui expostos fornecem uma base para futuras investigações e políticas na área de residências multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil. A continuidade deste estudo possibilitará o desenvolvimento de pesquisas que consigam avaliar a efetividade da formação da residência para a implementação da RPB e possibilitará a construção de perfil de competência do profissional de Saúde Mental condizente com seus princípios.

Sugere-se que esses produtos técnicos sejam apresentados em fóruns de discussão voltados a grupos e indivíduos envolvidos com Programas de Residência em Saúde Mental. Tais espaços devem abranger uma ampla gama de categorias profissionais e partes interessadas, podendo ser alcançado a câmara técnica interprofissional da CNRMS ou outro fórum relevante que represente a totalidade dos programas de residência. A ideia é que a partir desses produtos, seja possível contemplar a elaboração de um perfil de competência de acordo com as diretrizes estabelecidas pela CNRMS. Isso visa promover discussões de natureza interdisciplinar, visando à consolidação da formação para a prática interprofissional no campo da Saúde Mental, por meio do estímulo à colaboração e do desenvolvimento do perfil de competência nessa área.

É importante destacar que a definição de um perfil profissional é uma construção social constante, que evolui ao longo do tempo e em consonância com as dinâmicas culturais e sociais. Cabe enfatizar que as escolhas em educação não são neutras e os conceitos expressam as características e os interesses dos grupos e das forças sociais que os elaboram. A noção de competência para o profissional de Saúde Mental é uma construção social, e por isso alvo de disputas políticas em torno do seu significado social.

Este estudo também evidenciou algumas limitações como a escassez de informações detalhadas em alguns PPPs e a falta de atualização desses documentos. O caminho metodológico proposto restringiu a coleta de informações reais e vivas da inserção e execução da residência como processo de formação de profissionais de excelência e para a consolidação e ampliação da RAPS em âmbito nacional. Entendemos, que as informações apresentadas em um PPP não encerram as possibilidades de sua execução prática, e que sua explicitação indica caminhos imaginados que poderão ser percorridos de formas diferentes. Como estratégia para abordar essas limitações, sugere-se a condução de estudos futuros que possibilitem a aproximação com informações reais e com os atores envolvidos com as residências, em vez de depender exclusivamente de documentos formais.

É imprescindível enfrentar o desafio de propor alternativas ao modelo predominante de educação profissional, que em grande parte se concentra em objetivos de aprendizado e é fundamentado em uma noção de competência que não é crítica. Essas alternativas devem enfrentar e responder às dinâmicas e mudanças no mundo do trabalho, alinhando-se com os interesses das partes envolvidas, incluindo trabalhadores, usuários e políticas públicas de cuidado. Portanto, a (re)definição do perfil de competência dos profissionais de Saúde Mental é uma tarefa vital e urgente.

Com base nas discussões deste estudo, destaca-se que as melhores práticas para o enfrentamento de problemas ou desafios profissionais exigem não apenas capacidades cognitivas, mas também a integração com capacidades atitudinais e psicomotoras. Essa integração, de maneira coerente e contextualizada, compõem o desempenho que caracteriza e qualifica as atividades do profissional de Saúde Mental em cada área de competência. Dessa forma, é necessário a organização curricular dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental para promover o desenvolvimento dessas capacidades que são necessárias para uma prática eficaz, surgindo como possibilidade a adoção do currículo orientado por competência na formação em Saúde Mental.

Concluimos esta dissertação, retomando as indagações de Amarante (2015) a partir dos resultados desta pesquisa e algumas reflexões:

- *Quem estamos pretendendo formar?* profissionais de Saúde Mental comprometidos com a inovação e que serão agentes da transformação na atenção em Saúde Mental e nos serviços do SUS.
- *Para que estamos pretendendo formar?* para mudar a realidade, promover a integralidade do cuidado, a inserção social e a redução do estigma em Saúde Mental, para implementar e sustentar a reforma psiquiátrica

- *Para quem estamos formando?* para o território e atores que o transformam, suas famílias e a sociedade como um todo. Para o SUS de qualidade.
- *Qual o objetivo de nossa formação?* capacitar profissionais que possam atuar de forma colaborativa, compreendendo a complexidade das demandas em Saúde Mental e promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde. Uma sociedade mais igualitária e inclusiva.
- *O que pretendemos mudar ou introduzir a partir de nossa formação?* uma abordagem mais humanizada, centrada no usuário e baseada em evidências, na prática em Saúde Mental. Estamos moldando agentes de mudança e de resistência, capazes de desafiar as normas vigentes, reduzir o estigma e promover uma sociedade mais acolhedora para aqueles que enfrentam desafios em Saúde Mental.

## REFERÊNCIAS

- AUBERT *et al.* **Aprendizagem dialógica na Sociedade da Informação**. Barcelona: Hipatia, 2008.
- AMARANTE, P.. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da Saúde Mental. *In: Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro, Laps, 2015, p. 65-80.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O.. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, 2018p. 2067-2074.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.
- BRASIL. 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, 19 set. 1990. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vpdf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf)
- BRASIL. **Portaria n. 198/GM/MS**, 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; 2004b.
- 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. Brasília, DF, 2005a
- BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005**. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. 2005b
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005c
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e

da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Portaria Interministerial MEC/MS 1.077/2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissionais da Saúde e Comissão Nacional da Residência Multiprofissional em Saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Processo seletivo**: Despacho orientador para a COREMU sobre a elaboração do edital de seleção de residente em Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Comissão Nacional De Residência Multiprofissional Em Saúde – CNRMS. ABRIL/2011a. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=7832-despa-cho-orientador-sesu-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7832-despa-cho-orientador-sesu-pdf&Itemid=30192)

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. Brasil, 2011b, Republicada por ter saído, no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38.

BRASIL. **Resolução CNRMS Nº 1, de 30 de Janeiro de 2012**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2012a. Seção I, p.29-30.

BRASIL. Comissão Nacional De Residência Multiprofissional em Saúde Resolução. **CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012**. 2012b. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. **Resolução CNRM 5, de 23 de novembro de 2012**. 2012c. Disponível em: [http://www.editoramagister.com/legis\\_23997117\\_RESOLUCAO\\_N\\_5\\_DE\\_23\\_DE\\_NOVEMBRO\\_DE\\_2012.aspx](http://www.editoramagister.com/legis_23997117_RESOLUCAO_N_5_DE_23_DE_NOVEMBRO_DE_2012.aspx)

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014**. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília: Ministério da Educação, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados 12**. Ano 10, nº 12, outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. **Portaria N° 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html).

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS n° 7, de 16 de setembro de 2021.** Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS de que trata o art. 14 da Lei n° 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil.** Brasília, DF; 2020. (Nota Técnica; N° 3/2020DESF/SAPS/MS). Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS n° 3, de 14 de abril de 2022.** Dispõe sobre a estrutura e funcionamento das Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2022a, edição 73, seção 1, p. 152, 18 de abril de 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manuais para o fortalecimento das residências em saúde / Ministério da Saúde,** Universidade Federal de Goiás. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022b. 5 v. : il.

BRASIL. **Portaria GM/MS N.º 635, de 22 de maio de 2023.** Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Publicado em: 22/05/2023 | Edição: 96-B | Seção: 1 - Extra B.

CAMPOS, G. W. S.. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 5, p. 219-230, 2000.

CARNEIRO, M. A. et al.. O profissionalismo e suas formas de avaliação em estudantes de Medicina: uma revisão integrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v. 24, p. e190126, 2020.

CIHC. Canadian Interprofessional Health Collaborative. **A National interprofessional competence framework** [Internet]. CIHC; 2010 [citado 28 Set 2023]. Disponível em: <https://www.corhealthontario.ca/02-CIHC-IPCompetencies-Feb12101.pdf>

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação,** v. 22, p. 1739-1749, 2018.

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: Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. Rede UNIDA, 2010, p. 127-144.*

CECCIM, R. B. *et al.* **Formação de formadores para residências em saúde: Corpo docente-assistencial em experiência viva.** 2018. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/formacao-de-formadores-para-residencias-em-saude-corpo-docente-assistencial-em-experiencia-viva-pdf>

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F.. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 373–383, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**: 2004, v. 14, p. 41-65.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. *In: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* 2003. p. 211-226.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE. *In: CECCIM, Ricardo Burg [et al.]Org. In: EnSiQlopedia das residências em saúde [recurso eletrônico].* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 366 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 589-599, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>

CELLARD, A. A análise documental. *In: Poupart J. et al.. (Orgs.) A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.* Petrópolis: Vozes, 2012.

COELHO, T.A.D., NUNES, M.O., BARRETO, S.M.G . **Residência em Saúde Mental: educando trabalhadores para a atenção psicossocial.** Salvador : Edufba ; 2017

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In: Amarante, P., org. Ensaio: subjetividade, Saúde Mental, sociedade [online].* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Bol Tec Senac** [Internet]. 2001 [citado 10 Març 2023]; 27(3):12-25. Disponível em: <https://www.bts.senac.br/bts/article/view/572> » <https://www.bts.senac.br/bts/article/view/572>

DF. **Lei Complementar Nº 840, De 23 De Dezembro De 2011.** (Autoria do Projeto: Poder Executivo). Publicada no DODF nº 246, de 26/12/11

DUTRA, V.F.D., OLIVEIRA, R.M.P. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em Saúde Mental. **Aquichan**, v. 15, n. 4, p. 529-540, 2015.

EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R.. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

FERNANDES, C.J *et al.* Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPs) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

FERREIRA, L. A. S.; DAMICO, J. G.S.; FRAGA, A. B. Entre a composição e a tarefa: estudo de caso sobre a inserção da educação física em um serviço de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 39, p. 176-182, 2017.

FLOR, T. B. M. *et al.* Inserção de egressos de Programas de Residência Multiprofissional no SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.

FURTADO, J. P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 178-189, 2009.

FURTADO, J. P. *et al.* A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>

GARCIA JR, C. A. S; YASUI, S. Reflexões sobre a formação para o SUS e sua articulação com a pesquisa e a in (ter) venção nos cenários das práticas e dos serviços. **Interação em Psicologia**, v. 22, n. 3, 2018.

GIL, A. C. *et al.* **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

HAGER, P.; GONCZI, A. *What is competence?*. **Medical teacher**, v. 18, n. 1, p. 15-18, 1996.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2022**. Rio de Janeiro: 2023. Disponível em <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4709#/n1/all/n2/all/n3/all/v/all/p/all/d/v10605%202/l/p,v,t/resultado>

LIMA, I. C. B. F. **Residências multiprofissionais em Saúde Mental na Região Metropolitana de Belo Horizonte**: músculos com a perspectiva da atenção psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

LIMA, I. C. B. F.; BARBOZA, M. A.G.; PASSOS, I. C. F.. Potencialidades e desafios da formação em Programas de Residência em Saúde Mental realizados integralmente em serviços abertos e de base comunitária. **Saúde em Redes**, v. 9, n. 1, p. 3820-3820, 2023.

LIMA, I. C. B. F.; PASSOS, I. C. F.. Residências integradas em Saúde Mental: para além do tecnicismo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, p. e0020940, 2019.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 593-606, 2014.

LIMA, V. V.. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005.

LIMA, Valeria, et al. **Nota técnica nº 1 - Processo de construção de perfil de competência de profissionais**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014

LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C. O.. Abordagem dialógica de competência: pressupostos e percurso metodológico para a construção de perfis na área da Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210737, 2022.

LOBOSQUE, A. M. Uma experiência de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: desterritorializando saberes, descentralizando práticas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 4, n. 10, p. 197-200, 2012.

MINAYO, M. C. de L. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.

MOURA, A. S.; RICCI, É. C.; FERIGATO, S. H. Programas de residência multiprofissional em saúde mental e a terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, p. e2951, 2021.

MS. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. SAPS, 2022. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>

MS. **Recomendação nº 018 de 26 de março de 2020**. Conselho Nacional de Saúde (2020b). Parecer técnico nº 106 de 2020 CNS para as residências multiprofissionais. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020>

NEVES *et al.*. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para atenção primária em saúde. **Rev.Rene**, v. 13, no. 1, p. 53-56, 2012.

OLIVEIRA, A. G. B.. **A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental**. 2003. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-15032004-083412/publico/00-Pags\\_iniciais.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-15032004-083412/publico/00-Pags_iniciais.pdf)

OLIVEIRA, G. M.; DALTRO, M. R.. ‘Coringas do cuidado’: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 82-94, 2021.

ONOCKO-CAMPOS R, EMERICH BF, RICCI EC. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo . **Interface** (Botucatu). 2019; 23: e170813

PAHO. Pan American Health Organization. **Mental Health Atlas of the Americas 2020**. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Available from: <https://doi.org/10.37774/9789275127193>

PASINI, V. L. *et al.* Perfil de Egressos de Residências Multiprofissionais em Saúde no Rio Grande do Sul. **Revista Polis e Psique**, v. 10, n. 3, p. 205-225, 2020.

PAYA, Roberta. **Intervenções Familiares para Abuso e Dependência de Álcool e outras Drogas**. São Paulo: Editora Roca, 2017.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0024678, 2020.

REEVES, Scott. Por que precisamos de educação interprofissional para melhorar a prestação de cuidados seguros e eficazes. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação** , v. 20, p. 185-197, 2016.

RIBEIRO, E.C.O.; LIMA, V.V.; PADILHA, R.Q. Formação orientada por competência. *In*: LIMA, V.V.; PADILHA, R.Q. (org). Série Processos Educacionais na Saúde vol1 – **Reflexões e inovações na Educação de Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018 (25-36).

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**, n. 34, p. 146-160, 2011.

SANTOS, J. S.; SANTOS, P. M. N.. Residências em saúde: análise de uma política estadual de formação de profissionais para o SUS. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 516-530, 2023.

SARMENTO, L. F. *et al.* A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 415-424, 2017.

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

SILVA, L. A. J.; LEÃO, M. B. C.. O software Atlas. ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. **Ciência & Educação**, v. 24, n. 3, p. 715-728, 2018.

SILVA, N. S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 280-288, 2012.

SILVA, J. P. L.; TAVARES, C. M. M. Educação permanente de profissionais de Saúde Mental: competências para o trabalho interdisciplinar. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 290-301, 2003.

SIQUEIRA, M. M. As competências em saúde mental das equipes dos serviços de saúde: o caso NEAD-UFES. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 5, n. 2, p. 1-14, 2009.

TAVARES, C. *et al.* Competências específicas do enfermeiro de saúde mental enfatizadas no ensino de graduação em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental**, 25-32, 2016.

WEBER, B. *et al.* **Manual de apoio às instituições proponentes de Programas de Residência em Área Profissional de Saúde: uniprofissional e multiprofissional**. São Paulo: HCor, 2020. (Projetos de Apoio ao SUS).

WEBER, R. (org). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01 / Desinstitute**, Brasília: [s.n.], 2021. – 84 p.

WHO. World Health Organization. **Mental health atlas 2020**. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ZANIANI, E. J. M.; LUZIO, C. A. A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Psicologia em Revista**, p. 56-77, 2014.

ZERBETTO, S. R. *et al.* O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 99-109, 2011.

**APÊNDICE A - FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS**

- Ano do Documento
- Modalidade da residência: ( ) uniprofissional, ( ) multiprofissional, ( ) integrado;
- Instituição responsável;
- Estado brasileiro e região geográfica;
- Profissões em formação e número de vagas: ( ) Biomedicina, ( ) Ciências Biológicas, ( ) Educação Física, ( ) Enfermagem, ( ) Farmácia, ( ) Fisioterapia, ( ) Fonoaudiologia, ( ) Medicina Veterinária, ( ) Nutrição, ( ) Odontologia, ( ) Psicologia, ( ) Serviço Social, ( ) Terapia Ocupacional, ( ) Saúde Coletiva, ( ) Física Médica, ( ) TOTAL

## APÊNDICE B - E-MAIL CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

Prezado (a)

Gostaríamos de convidar o Programa de Residência em Saúde Mental para participar da nossa pesquisa, “*AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL NO Brasil: FOCO NO PERFIL DE COMPETÊNCIA E FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS*”, que tem como objetivo refletir sobre o perfil de competência previstas para a formação de profissionais em Saúde Mental em programas de residências multiprofissionais da área no Brasil.

Trata-se de uma pesquisa de Mestrado Profissional de pós-graduação em Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), orientada pela Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi e Dra. Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo e com a pesquisadora mestranda Dalilla Matilde Ferreira de Rezende.

A participação na pesquisa será por meio da disponibilidade do Projeto Político Pedagógico atual do programa, desde que o mesmo esteja ativo no ano de 2021 ou 2022 e seja da área de concentração em Saúde Mental ou atenção psicossocial. A participação é voluntária. O período de envio do PPP será de agosto de 2022 a outubro de 2022.

A formação em Saúde Mental é um dos grandes desafios enfrentados para a efetiva implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo os trabalhadores uma das principais forças motrizes de sua constituição, sustentação, crítica e transformação. Na literatura existe escassez de estudos que determinam quais as competências específicas do profissional de Saúde Mental em formação para que se habilite a realizar profundo desmonte de valores; a inserção em novas práticas discursivas totalmente diferentes das já existentes e uma ética que exclua os reducionismos. Da mesma forma, não foram encontrados documentos e estudos sobre o perfil de competência para o profissional de Saúde Mental em formação em residências multiprofissionais. Pretende-se que através desta pesquisa haja contribuição na formação de profissionais de Saúde Mental para o SUS, em modalidade de residência multiprofissional e/ou integrada, por meio do consolidado e análise do perfil de competência do profissional em Saúde Mental. Sua contribuição será importante nesse processo.

Caso tenha interesse em participar, clique [AQUI](#) e você será direcionado para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que contém mais informações sobre a pesquisa. Se após a leitura do TCLE você decidir participar da pesquisa, responda à pergunta e você será direcionado para anexar o PPP no próprio Formulário Google ou poderá disponibilizá-lo por e-mail.

Ressaltamos que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCAR em 08 de agosto de 2022– CAAE: 58902322.7.0000.5504 – Número do Parecer: 5.569.638.

Disponibilizo contato da pesquisadora para esclarecimentos: (61) 983106583, assim como contato via e-mail. Conto com sua colaboração.

Agradecemos o seu tempo e atenção.

Dalilla Matilde Ferreira de Rezende  
Terapeuta Ocupacional  
Mestranda em Gestão da Clínica pela UFSCar

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Resoluções 510/2016 do CNS e Carta Circular CONEP/SECNS/MS nº 1/2021)****AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL NO Brasil: FOCO NO  
PERFIL DE COMPETÊNCIA E FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS**

Eu, DALILLA MATILDE FERREIRA DE REZENDE, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, o (a) convido a participar da pesquisa “*AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: FOCO NO PERFIL DE COMPETÊNCIA E FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS*”, orientado pelas Prof<sup>as</sup>. Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi e Prof<sup>a</sup>. Dra. Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo.

Você foi selecionado (a) por caracterizar um Programa de Residência Multiprofissional e/ou Integrada em Saúde Mental brasileiro, ativo no ano de 2021 ou 2022, na área de concentração em Saúde Mental ou atenção psicossocial.

A proposta deste estudo é refletir sobre o perfil de competência previstas para a formação de profissionais em Saúde Mental em programas de residências multiprofissionais da área no Brasil, com os seguintes objetivos específicos: mapear e caracterizar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental ativos no Brasil; mapear e caracterizar as competências estabelecidas nos PPPs de programas de residências para formação dos profissionais de Saúde Mental.

Trata-se de uma pesquisa exploratória e documental para produção e análise dos dados. A partir das análises a serem realizadas pela pesquisa busca-se contribuir para a formação de profissionais de Saúde Mental no âmbito das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental brasileiras, proporcionando maiores informações e discussões sobre competência do profissional de Saúde Mental. Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos e acadêmicos.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e consistirá em:

1) fornecimento do Projeto Político Pedagógico (Via Google Formulário ou e-mail) do programa de residência a que está vinculado. As pesquisadoras se comprometem em respeitar a originalidade dos dados coletados e com a privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais dos participantes que fornecerem a documentação. A instituição em que você trabalha será identificada na pesquisa apenas na caracterização dos programas de residências multiprofissionais, mediante prévia autorização, mas seu nome ou qualquer característica que



o identifique não serão expostos. Na caracterização sobre competência estabelecida nos PPPs, segundo objetivo específico, será assegurado o sigilo da identidade dos participantes e instituições envolvidas, caso haja menção a nomes das instituições, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Garantimos que no momento de divulgação científica da produção de conhecimento advindo do projeto, os aspectos éticos envolvidos na pesquisa serão mantidos.

2) produção técnica com a proposição de espaço digital para participação dos programas de residências em Saúde Mental que aceitarem o convite para debate, troca de experiências e reflexão sobre as competências encontradas durante a pesquisa e discussão ampliada sobre a formação para Saúde Mental no Brasil. Será um recurso de participação voluntária e colaborativa, após a conclusão desta pesquisa, e como organização de movimento social das residências na área de concentração, além de ser estratégia para apresentar o perfil de competências consolidado neste trabalho. Visa o fortalecimento e integração dos programas executados no Brasil.

A pesquisadora cuidará dos aspectos de estigmatização e exposição que possam vir a ocorrer juntamente com a equipe ou individualmente, se for o caso. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer.

Esclareço que, apesar de ser uma pesquisa documental, a participação pode gerar desconforto, desgaste físico e mental relacionado ao tempo para envio do PPP por via eletrônica ou do risco de comprometer a confidencialidade. Diante dessas situações, buscamos estratégias digitais que possam minimizar os riscos e facilitar a participação na pesquisa. O armazenamento dos dados coletados será realizado em um dispositivo local da pesquisadora principal após a finalização da coleta, apagando os dados da nuvem ou ambiente compartilhado, e serão de acesso apenas dos pesquisadores. Também o (a) senhor (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre a formação em Saúde Mental na modalidade de residência multiprofissional e/ou integrada.

Sua participação não haverá compensação financeira pela sua participação. Você receberá assistência imediata e integral e terá direito à indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos. Caso não concorde, poderá não realizar o preenchimento do formulário fechando o navegador.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (61)98310-6583. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Número do Parecer: 5.569.638, que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de

todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

Pesquisador Responsável: Dalilla Matilde Ferreira de Rezende

Endereço: COREMU/ESCS, SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 - Edifício FEPECS - Brasília/DF- Brasil

Contato telefônico: (061) 98310-6583      E-mail: dalilla@estudante.ufscar.br

**Ao responder ao formulário Google, você declara que entendeu os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e concorda com a participação neste estudo.**

Local e data: \_\_\_\_\_

---

Dalilla Matilde Ferreira de Rezende  
Pesquisadora

---

Nome do Participante

---

Assinatura do Participante

## APÊNDICE D - RELATÓRIO DE MAPEAMENTO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL DO BRASIL ATÉ 2022.

Disponibiliza-se link para acesso de diversas formas:

[Relação de residências em saúde mental do Brasil \(2023\).pdf](#)

QR Code:



## APÊNDICE E - CONSOLIDADO DO PERFIL DE COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL

<b>ÁREA DE COMPETÊNCIA: ATENÇÃO À SAÚDE</b>		
<b>Cuidado às necessidades Individuais de Saúde Mental</b>		
<b>AÇÃO-CHAVE</b>	<b>SUBAÇÕES</b>	<b>Frequência de citação relacionadas</b>
<b>Investiga necessidades individuais de Saúde Mental, seus condicionantes e determinantes</b>	Apoia a identificação das características e necessidades singulares de Saúde Mental de indivíduos, nas diferentes fases da vida, lidando com a diversidade, a partir de informações clínico epidemiológicas, demográficas, sanitárias, ambientais, culturais, socioeconômicas e familiar, considerando risco, vulnerabilidades e a dinâmica da transformação dos problemas de saúde. Com foco na atenção integral à saúde e no fortalecimento da RAPS, promovendo práticas substitutivas às instituições excludentes e estigmatizantes e inclusão dos sujeitos em sua dimensão clínica e política.	25
	Promove a realização do acolhimento, com escuta ética e qualificada para identificação das diferentes necessidades de saúde dos indivíduos, em seu contexto sócio-econômico cultural, proporcionando atendimento humanizado, viabilizando o estabelecimento do vínculo, considerando os usuários e seus familiares sujeitos do seu processo de viver	4
<b>Favorece o estabelecimento de relação com o usuário, com capacidade de comunicação, vínculo, compromisso e responsabilidade com a Saúde Mental</b>	Desenvolve relação com o usuário, com vínculo e disponibilidade, baseada em humanismo, compaixão, integralidade, respeito, ética, autonomia, confidencialidade e responsabilidade no cuidado à saúde-mental, com comunicação efetiva e desenvolvendo uma prática humanizada e com excelência, proporcionando o engajamento clínico e político nos casos.	8
	Interage com o indivíduo no processo de cuidado, respeitando e favorecendo a capacidade de tomar decisões e a autonomia dos cidadãos, bem como os princípios éticos envolvidos na atenção à saúde, evitando julgamentos morais.	6
<b>Elabora projetos de intervenção em Saúde Mental</b>	Elabora um PTS em conjunto com o usuário, família e em equipe, que considere a autonomia, o consentimento, as condições socioculturais e a singularidade do sujeito em adoecimento;	7
	Constrói propostas terapêuticas/intervenções para atendimentos psicossociais individuais, adequadas às necessidades do usuário;	8
<b>Executa ações para cuidado integral à Saúde Mental dos indivíduos</b>	Promove ações de cuidado integral e interdisciplinar estabelecidas a partir das necessidades singulares de cada indivíduo e família, bem como os fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos, visando construir práticas em consonância aos princípios e diretrizes do SUS e dos pressupostos da atenção psicossocial,	8
	Desenvolve ações de Saúde Mental individuais que envolvam promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde	10
	Desenvolve ações de saúde individual articuladas com a rede e em território, numa perspectiva ampliada de Saúde Mental, que envolvam construção de espaços de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde e no campo da saúde ambiental;	3
	Promove a inserção social dos usuários por meio de ações colaborativas e intersetoriais, abordando diferentes aspectos da vida dos pacientes para melhorar seu bem-estar e qualidade de vida e ampliação da rede de cuidados, envolvendo integração com a RAPS e acompanhamento da evolução do quadro por meio de busca ativa e discussão com a rede.	3
	Atua garantindo segurança na atenção ao usuário, eficiência na utilização dos recursos da instituição e melhoria da qualidade assistencial.	3

<b>Avalia ações para cuidado integral à Saúde Mental dos indivíduos</b>	Avalia as ações de cuidado em Saúde Mental coletiva: em equipe, monitora e reavalia periodicamente o PTS, através de discussões de casos e acompanhamento longitudinal, trabalhando com o sujeito as possibilidades de alta do serviço, mediante encaminhamento implicado com articulação das redes de cuidado em saúde e proteção.	6
<b>Incorpora tecnologias e práticas que considere a complexidade dos objetos de intervenção na Saúde mental</b>	Utiliza tecnologias leves na atenção à saúde, tais como vínculo, acolhimento, escuta qualificada, construção conjunta de PTS, discussões de casos, visitas domiciliares e profissional de referência, que favoreçam a desmistificação da loucura;	15
	Desenvolve ações psicossociais para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas na perspectiva da abordagem territorial no contexto da Saúde mental, na redução de danos	8
	Favorece ações que promovam uma cultura de assistência não manicomial;	1
	Realiza intervenções culturais que problematizam e redimensionam o sofrimento psíquico;	1
<b>Favorece o acolhimento, o conhecimento das relações e a integração familiar no processo de cuidado.</b>	Acolhe dinâmicas psíquicas e familiares complexas; e identifica demandas e as principais reações de famílias diante do sofrimento psíquico, estruturando a intervenção do profissional;	2
	Demonstra aos familiares do paciente conhecimento e informa sobre a situação clínica, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, respeitando seus direitos e sua autonomia;	5
<b>Planeja o cuidado e realiza abordagem familiar</b>	Planeja estratégias de inserção da família no processo de cuidar e proporciona integração com a equipe multidisciplinar;	1
	Realiza gestão de conflitos entre os pacientes, familiares dos usuários, na equipe interprofissional e entre seus colegas de residência;	2
	Conhece e aplica os instrumentos de abordagem familiar	1
<b>Realiza comunicação em saúde</b>	Desenvolve a prática do diálogo e da comunicação eficaz, adequando sua linguagem à cultura e nível de escolaridade dos usuários e familiares, incentivando-os a participar das decisões do cuidado.	9
<b>Atua com Profissionalismo</b>	Desenvolve atuação crítica-reflexiva, generalista, humanista, com base no rigor científico e intelectual, para atuar de forma integral e interdisciplinar na Atenção psicossocial, nas ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, manutenção da saúde, tratamento e reabilitação	10
	Apresenta postura de respeito, empática e de solidariedade para com a população, baseada nos aspectos éticos, legais e humanístico para a assistência	7
	Compreende a qualidade e as implicações éticas de seu trabalho, desenvolvendo autonomia de ação e compromisso social.	3
	Busca autoconhecimento e controle emocional ao acompanhar os usuários, estabelecendo limites pessoais entre residente e usuários, além de demonstrar cortesia, respeito, responsabilidade, confiabilidade, assiduidade e pontualidade.	3
	Atua no SUS com compromisso ético-político, técnico e ideológico, com a reforma psiquiátrica e com seus atores (residentes, profissionais, preceptores, gestores e usuários), para fortalecimento da atenção integral na RAPS e nas ações junto aos usuários e a comunidade.	4

<b>ÁREA DE COMPETÊNCIA: ATENÇÃO À SAÚDE</b>		
<b>Cuidado às necessidades coletivas de saúde</b>		
<b>AÇÃO-CHAVE</b>	<b>SUBAÇÕES</b>	<b>Frequência de citação relacionadas</b>
<b>Investiga necessidades coletivas de saúde, seus condicionantes e determinantes</b>	Identifica problemas coletivos de saúde	5
	Estabelece novas relações com o contexto social, com capacidade de comunicação, vínculo, compromisso e responsabilidade com a saúde da população adscrita	3
	Compreende a dimensão coletiva da produção da saúde, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões.	3
<b>Planeja, executa e avalia ações para cuidado integral à Saúde Mental coletiva</b>	Elabora projetos de intervenção em Saúde Mental	5
	Desenvolve ações com a rede e em território, numa perspectiva ampliada de Saúde Mental, que envolvam construção de espaços de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde dirigidas à população do território delimitado e no campo da saúde ambiental;	8
	Coordena grupos terapêuticos, de convivência, de educação em saúde e oficinas, nos serviços e nas comunidades, com usuários e familiares;	5
	Avalia as ações de cuidado em Saúde Mental coletiva	5
<b>Promove ações de inclusão social e reabilitação psicossocial.</b>	Conhece e aplica conceitos de economia solidária, geração de renda, formação e coordenação de grupos/oficinas com foco no trabalho e inserção na rede formal de trabalho.	1
	Promove ações de contratualidade social, promoção de cidadania, para garantia de direitos, ações de sociabilidade, reinserção social e comunitária e transformação social	3
	Aprimora a percepção clínica das habilidades funcionais do indivíduo e contextualiza o sujeito, a família, a comunidade quanto a perspectiva social, privilegiando aspectos relacionados à inclusão social, o desempenho de atividades e a participação do indivíduo na família, comunidade e sociedade;	1
<b>Apoio a integração da rede e território</b>	Conhece os serviços da rede intersetorial, saúde e dos órgãos de direitos e os recursos disponíveis no território e no município, promovendo assim o acesso da população atendida nos serviços de Saúde mental	4
	Realiza articulação com dispositivos da rede, grupos comunitários e realiza ações no território, visando o desenvolvimento de políticas intersetoriais e a potencialização das ações dos serviços de Saúde Mental	25

<b>ÁREA DE COMPETÊNCIA: GESTÃO EM SAÚDE</b>		
<b>AÇÃO-CHAVE</b>	<b>SUBAÇÕES</b>	<b>Frequência de citação relacionadas</b>
<b>Atenção à Saúde do trabalhador</b>	Reconhece as relações de trabalho e a influência na sua saúde, buscando acompanhamento profissional para a prevenção de adoecimento relacionados à prática profissional	4
	Inclui e favorece o diálogo entre os sujeitos implicados no processo de produção da saúde na organização do trabalho.	2
<b>Fortalecimento da gestão participativa e da cogestão no SUS.</b>	Formula e utiliza estratégias que facilitem a participação social nas decisões sobre as práticas dos serviços de saúde, atuando em conjunto com os movimentos populares e as lideranças comunitárias locais, objetivando a melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente numa gestão democrática, permeada pela educação popular e a construção de práticas emancipatórias entre usuários, familiares e trabalhadores de saúde.	6
	Apoia e participa de espaços de controle social.	3
<b>Realiza ações de vigilância à saúde, envolvendo os indivíduos, as famílias, a comunidade e a sociedade.</b>	Realizar o diagnóstico e monitoramento da situação de Saúde Mental, a avaliação dos riscos e vulnerabilidades do território, da população adscrita e da comunidade, seus respectivos condicionantes e determinantes; tendo como base os instrumentos da epidemiologia, com vistas à prevenção de agravos, promoção, proteção e reabilitação da saúde nos eixos clínico, afetivo e cultural.	20
	Desenvolve planejamento integrado da atenção em Saúde Mental, a partir das ações de vigilância associado a assistência à saúde, como ferramenta para a definição de prioridades comuns para atuação conjunta, que considerem a utilização dos recursos sociais disponíveis, articulando e promovendo, permanentemente, possíveis propostas de ações integradas para a melhoria constante da qualidade de vida da população;	2
<b>Gestão do território</b>	Demonstra compromisso com a qualidade e integralidade da assistência de modo a contribuir para o impacto social e sanitário requerido e necessário para as transformações dos perfis epidemiológicos, discutindo a territorialização.	4
	Identifica atores e dispositivos do território e da RAS para o cuidado em Saúde Mental	2
<b>Identifica, organiza a gestão do cuidado em Saúde Mental</b>	Identifica problemas na gestão do cuidado, a partir da participação no processo de trabalho, das necessidades de saúde das pessoas e da comunidade, do controle social em saúde e da perspectiva da produção social da Saúde Mental, compreendendo o indivíduo, a família e a comunidade como sujeitos e corresponsáveis pelo processo de promoção e cuidado à saúde, bem como contemplar as singularidades e subjetividade humana.	8
	Contribui para a integralidade do cuidado com trabalho interprofissional com as pessoas em sofrimento psicossocial, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica, compreendendo e se responsabilizando pela coordenação das RAS e linhas de cuidado da região de atuação, pelo cuidado em liberdade.	16
	Realiza a gestão do tempo, dos instrumentos e recursos utilizados, evitando intervenções desnecessárias; elabora registro escrito, individualizado e sistemático em prontuário dos usuários.	8

<b>Acompanha e avalia a organização do cuidado em Saúde Mental</b>	Acompanha e avalia o acesso, o financiamento e a execução das ações propostas, considerando e/ou propondo metas e indicadores de Saúde mental, articulando com a rede de serviços de saúde e equipamentos sociais, contribuindo para a construção de linhas de cuidado e a consolidação de RAS no SUS para a integralidade e a eficácia do cuidado à saúde.	8
	Utiliza sistemas de informação para a análise de produtos e resultados, valorizando a participação popular e controle social no processo de avaliação.	6
<b>Implementa o apoio matricial com as equipes de saúde e com o território</b>	Insere-se e possibilita a criação de espaços de matriciamento	2
	Estabelece mecanismos de integração e articulação entre os serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade, definindo mecanismos de referência e contrarreferência.	3
	Articula o compartilhamento de saberes, de práticas e de cuidados específicos da clínica em Saúde mental e da Saúde Coletiva com os diferentes dispositivos da RAPS	3
	Realiza articulação com a APS para apoio matricial, de forma horizontal e interdisciplinar, por meio de compartilhamento da responsabilidade da atenção ao usuário, contribuindo para a longitudinalidade e ampliação da resolutividade da APS;	5
<b>Identifica problemas no processo de trabalho individual e/ou coletivo</b>	Apoia a identificação de obstáculos e potências na organização do trabalho	1
	Conhece a rede de saúde, as políticas e os processo de trabalho necessários para atuação	6
<b>Desenvolve planos de ação e articulação orientados aos problemas do processo de trabalho</b>	Planeja, gerencia e avalia o processo de trabalho em Saúde Mental, sob a perspectiva da integralidade, ética, interprofissionalidade, da reforma psiquiátrica, das diretrizes da atenção psicossocial no contexto de toda a RAPS, no cuidado ao trabalhador, visando a melhoria, a operacionalização, a resolutividade dos problemas e a articulação de ações intra e intersetoriais, e na ativação da RAPS.	23
	Atua de forma ativa e propositiva em espaços de reflexão sobre o processo de trabalho, fortalecendo o planejamento e programação da gestão do SUS, como em: reuniões de equipe, momentos de educação permanente, reuniões intersetoriais, reuniões de gestão.	13
	Favorece a construção de novas tendências e perspectivas para as políticas e práticas de saúde do SUS, participando do desenvolvimento e implementação de manuais, protocolos e guidelines relacionados à Saúde Mental, implicando uma compreensão ampliada da saúde, carregada de questões éticas, políticas, econômicas, culturais, biológicas; e ainda com um conjunto de valores como solidariedade, equidade, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social e revalorização ética da vida.	6
<b>Desenvolve relações interpessoais para o trabalho em equipe</b>	Apoia e realiza gestão de conflitos entre os usuários, familiares dos usuários, na equipe interprofissional e entre seus colegas de residência;	4
	Promove o trabalho em equipe com a facilitação da comunicação, com a atuação de forma ética, participativa, colaborativa, humanística, social e corresponsável.	12
	Demonstra integração com a equipe e com diferentes categorias profissionais	5
<b>Apoia o desenvolvimento de arranjos de trabalho em equipe e com a rede intersetorial</b>	Desenvolve o trabalho em equipe multidisciplinar na perspectiva interdisciplinar	4
	Atua em equipes interdisciplinares, em que haja compartilhamento e articulação dos saberes entre os diversos núcleos profissionais.	5



Desenvolve o trabalho em equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar, em que haja compartilhamento e articulação dos saberes entre os diversos núcleos profissionais, com a valorização dos saberes populares e das pessoas envolvidas no processo de cuidado;	5
Desenvolve o trabalho em equipe interprofissional	7
Demonstra habilidade de trabalhar sob a ótica da transdisciplinaridade e como profissional de referência no manejo do cuidado em Saúde Mental.	3

### ÁREA DE COMPETÊNCIA: EDUCAÇÃO NA SAÚDE

AÇÃO-CHAVE	SUBAÇÕES	Frequência de citação relacionadas
<b>Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletiva</b>	Realiza busca de informações em bases de dados e analisa criticamente fontes e informações obtidas, a partir de princípios e evidências científicas.	10
	Utiliza a realidade do trabalho para disparar processos de aprendizagem e de pesquisa, utilizando o método científico para propor soluções e melhoria da qualidade da atenção, visando a integralidade na Atenção à Saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.	12
	Demonstra, analisa e compreende conhecimento, mantendo-se atualizado, sobre: regulamentações dos programas de residências em saúde, o modelo da Atenção psicossocial, da política nacional em Saúde Mental, as diretrizes estabelecidas no Humaniza SUS para a atenção secundária no serviço ambulatorial, o manejo dos usuários e funcionamento dos componentes da RAPS, as principais terapias medicamentosas, o conceito de território e as técnicas de trabalho, e as diferentes linguagens culturais, educacionais e sociais, para atuar de forma crítica e reflexiva que vise a integralidade e resolutividade do cuidado.	21
<b>Promove e avalia ações educacionais</b>	Promove espaços e ações de ensino-aprendizagem para a socialização e articulação de saberes e práticas em Saúde Mental, através da Educação Permanente em Saúde, da educação interprofissional e da participação nas atividades acadêmicas baseadas na prática, reconhecendo a educação como forma de transformação das práticas em saúde	28
<b>Promove pesquisa aplicada e o pensamento científico para produção de novos conhecimentos</b>	Desenvolve atividades científicas, apresentando conhecimento básico em epidemiologia e bioestatística para interpretar, produzir e transmitir conhecimento científico, através de trabalho de conclusão de programa, artigos científicos e apresentações.	17
	Desenvolve pesquisas e produz conhecimentos que contribuam para a melhoria das práticas em Saúde Mental e aperfeiçoamento do SUS, com ética e responsabilidade social	11
	Promove a construção e socialização de saberes e práticas em Saúde Mental, integrando conhecimentos existentes e produzindo novos conhecimentos, que resultam em melhora no estado de saúde da população, a redução nas desigualdades em saúde, a transformação da realidade e a emancipação dos sujeitos envolvidos.	5

## ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO NO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** As Residências Multiprofissionais em Saúde Mental no Brasil: foco no perfil de competências e formação de profissionais.

**Pesquisador:** DALILLA MATILDE FERREIRA DE REZENDE

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58902322.7.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.569.638

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas na apresentação do projeto foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1949978, de 14/07/2022) e/ou do Projeto Detalhado (ProjetoDetalhado\_DaiillaMatilde, de 13/07/2022):

**RESUMO:** A formação de trabalhadores da saúde tem sido uma estratégia fundamental para a implementação e consolidação do SUS, sendo necessário a abrangência do desenvolvimento de competências na preparação dos profissionais para enfrentar os desafios das transformações da sociedade, em aproximação com contextos reais e vivos de trabalho em saúde, do mercado de trabalho e das condições do exercício profissional. Dentre os processos formativos de educação em serviço, encontram-se as residências multiprofissionais em saúde que possuem no campo da saúde mental o potencial transformador de práticas, articulado à Reforma Psiquiátrica, e de desenvolvimento de competência ainda pouco explorado no meio científico. Com isso, este projeto de pesquisa possui como objetivo geral refletir sobre o perfil de competências previstas para a formação de profissionais em saúde mental em programa de residência multiprofissional da área no Brasil. Para tanto, pretende-se mapear e caracterizar os programas de residência multiprofissional em saúde mental ativos no Brasil; mapear e caracterizar as competências estabelecidas nos PPPs de programas de residências para formação dos profissionais de saúde mental; e propor espaço digital aos programas de residências multiprofissionais em saúde mental

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.569.638

para construção compartilhada de saberes sobre competências essenciais para a formação do profissional em saúde mental no Brasil. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com pesquisa documental de Projetos Políticos Pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissionais e/ou Integradas em Saúde Mental no Brasil, que estiverem ativos em 2021 ou 2022, e de reflexões da mestranda a partir destes dados. O número de participantes, de acordo com a literatura, poderá ser de 91 programas a serem convidados. Para escolha do número de participantes, utilizou-se de dados da literatura, visto que as informações oficiais do Ministério da Saúde e Ministério da Educação foram pouco satisfatórias. Tais dificuldades de acesso aos dados da CNRMS também têm sido apontadas em outros estudos, apesar de serem informações de domínio público, de acordo com a Resolução nº 5/2012 da CNRMS/MEC. Dessa forma, submetemos para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar. Este projeto tem a intencionalidade de produção técnica com a proposição de espaço digital para participação dos programas de residências em saúde mental para debate, troca de experiências e reflexão sobre as competências encontradas durante a pesquisa. Visa ser uma oportunidade de discussão ampliada sobre a formação para saúde mental no Brasil, como possibilidade de construir estratégias para fortalecimento e integração da formação em residências multiprofissionais brasileiras e melhorias do processo de ensino-aprendizagem de recursos humanos para o SUS.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com pesquisa documental de Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos Programas de Residência Multiprofissionais e/ou Integradas em Saúde Mental no Brasil, que estiverem ativos em 2021 ou 2022, e de reflexões da mestranda a partir destes dados. Como cenário de pesquisa e participantes poderá ser contemplado o número de 91 programas multiprofissionais e/ou integrados, com área de concentração em saúde mental e/ou atenção psicossocial, considerando o levantamento realizado por Lima (2016). Realizado escolha desse referencial para o número de participantes, visto que as informações oficiais do Ministério da Saúde e Ministério da Educação foram pouco satisfatórias. Tais dificuldades de acesso aos dados da CNRMS também têm sido apontadas na literatura. Segundo Gil (2002), a pesquisa exploratória proporciona a familiarização com o objeto de estudo ainda pouco conhecido cientificamente, buscando torná-lo mais explícito, aprimorar ideias ou a constituir hipóteses. Possui um planejamento flexível e envolve com maior frequência pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso. Pesquisas descritivas, por sua vez, têm o objetivo de descrever características de determinado fenômeno, possibilitando o estabelecimento de relações entre variáveis. Quando utilizadas em conjunto, as pesquisas exploratórias e descritivas são

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.569.638

habitualmente realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática em um problema ou questão. (GIL, 2002) A pesquisa documental caracteriza-se pela utilização de materiais que não receberam um tratamento analítico, com fontes diversificadas, ricas e estáveis (GIL, 2002; CELLARD, 2012). Permite ampliar o conhecimento a respeito de um determinado fenômeno, o qual necessita de contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA et al., 2009). Visto a superar a limitação da pesquisa documental com relação a representatividade, este estudo visa alcançar o maior número de PPPs possível e proporcionar uma melhor visão do problema para desenvolvimento de estudos futuros. Para tanto, é descrito abaixo o processo metodológico proposto neste estudo. O acesso ao PPP se dará pelas vias citadas devido a responsabilidade e vinculação a coordenação dos programas e a COREMU da instituição de ensino, como uma instância deliberativa institucional do conjunto de programas de residência uniprofissional e multiprofissionais, e por serem documentos públicos, de acordo com a Resolução nº 5/2012 da CNRMS/MEC. Os instrumentos de coleta estão sendo elaborados pela pesquisadora, com base na literatura utilizada neste projeto e documentos oficiais do MEC sobre PPP e critérios para cadastros dos programas de residência. Tais referenciais teóricos nortearam os instrumentos para viabilizar a coleta de informações que sejam acessíveis nos documentos solicitados aos participantes. Com a aprovação do CEP, os instrumentos construídos serão encaminhados para juízes especialistas para apreciação e validação. Após esta análise os instrumentos serão alterados para início da coleta de dados junto aos PPPs compartilhados. Os instrumentos serão: ficha de caracterização dos programas; e ficha de caracterização das competências. Os instrumentos serão de preenchimento da própria pesquisadora para posterior análise. Será utilizado banco informatizado por meio do programa Excel, visando ao tratamento e organização dos dados, para análise descritiva das competências do profissional de saúde mental. Para execução desta pesquisa, pretende-se registrar o processo de acesso às informações para facilitar a realização de outros estudos, sustentando o contato por canais oficiais, com outras pesquisas publicadas sobre programas de residências multiprofissionais em saúde mental e através de movimentos sociais. Descreve-se abaixo as etapas de execução da pesquisa, após a aprovação no CEP. Etapa 1- Levantamento dos programas. Etapa 2- Localização e solicitação dos PPP. Etapa 3- Analisar os PPPs. Etapa 4- Produção técnica.

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** Serão incluídos nesta pesquisa os programas de residências que: estiverem ativos, com pelo menos uma turma de residentes em curso, nos anos de 2021 ou 2022; contendo a palavra "saúde mental", "atenção psicossocial" no seu título ou em sua área de

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.569.638

concentração; e com os Projeto Político Pedagógico (PPP) do programa disponíveis de acesso livre e público ou compartilhado às pesquisadoras via coordenação do programa ou COREMU, após anuência e assinatura do TCLE

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** Programas que não houver Projeto Político Pedagógico (PPP) disponíveis de acesso público e recusarem a participação na pesquisa não concordando com o TCLE.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Refletir sobre o perfil de competências previstas para a formação de profissionais em saúde mental em programa de residência multiprofissional da área no Brasil.

Objetivo Secundário: Mapear e caracterizar os programas de residência multiprofissional em saúde mental ativos no Brasil; Mapear e caracterizar as competências estabelecidas nos PPPs de programas de residências para formação dos profissionais de saúde mental; Propor espaço digital aos programas de residências multiprofissionais em saúde mental para construção compartilhada de saberes sobre competências essenciais para a formação do profissional em saúde mental no Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: pesquisa envolve possibilidades baixas de riscos, visto não haver intervenções invasivas e com mínima manipulação dos indivíduos, por os dados de coleta serem documentos oficiais de domínio público ou disponibilizados com consentimento do programa ou COREMU responsável. O armazenamento dos dados coletados será realizado em um dispositivo local da pesquisadora principal após a finalização da coleta, apagando os dados da nuvem ou ambiente compartilhado, e serão de acesso apenas dos pesquisadores. Entende-se como risco associado à pesquisa em âmbito digital o desconforto, quebra de sigilo, possibilidade de constrangimento gerado pela oferta de informações referentes ao trabalho institucional e considera-se, mesmo que mínima, a possibilidade de desgaste físico e mental, relacionado ao tempo para envio do PPP por via eletrônica ou de comprometer a confidencialidade das informações. Diante dessas situações, buscamos estratégias digitais que possam minimizar os riscos e facilitar a participação na pesquisa, tais como o TCLE digital e envio do documento PPP via formulário eletrônico.

Benefícios: Com relação aos benefícios, este estudo pretende contribuir para a formação de profissionais de saúde mental competentes para a atuação nos serviços da RAPS e no SUS, nos

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.569.638

preceitos da reforma psiquiátrica e da clínica psicossocial, no âmbito das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental brasileiras, proporcionando maiores informações e discussões sobre competência do profissional de saúde mental. Vislumbro a elaboração de produtos técnicos, com a proposição de espaço digital para participação dos programas de residências em saúde mental que aceitem o convite para debate, troca de experiências e reflexão sobre as competências encontradas durante a pesquisa. Visa ser uma oportunidade de discussão ampliada sobre a formação para saúde mental no Brasil, como possibilidade de construir estratégias para fortalecimento e integração da formação em residências multiprofissionais brasileiras e melhorias do processo de ensino-aprendizagem de recursos humanos para o SUS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise das respostas das pendências apontadas no parecer nº 5.499.101 emitido em 29/06/2022

Pendências:

Os pesquisadores descrevem em sua metodologia que os documentos a serem acessados e avaliados para a proposta do estudo são de origem pública. Nesse sentido, é compreensível que o número de participantes da pesquisa seja 0, como descrito na folha de rosto e demais documentos do projeto de pesquisa, como informações básicas do projeto na Plataforma Brasil e projeto de pesquisa (brochura).

No entanto, os pesquisadores elaboraram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que prevê o recrutamento de participantes para a pesquisa, incluindo riscos e benefícios ligados a possíveis desconfortos e desgaste físico e mental relacionado ao tempo para envio do PPP (Plano Político Pedagógico) por via eletrônica ou do risco de comprometer a confidencialidade. Dessa maneira, a proposta de pesquisa é incoerente:

1) Ou os pesquisadores devem descrever um número de participantes para a pesquisa, corrigindo

<b>Endereço:</b> WASHINGTON LUIZ KM 235	<b>CEP:</b> 13.565-905
<b>Bairro:</b> JARDIM GUANABARA	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SAO CARLOS
<b>Telefone:</b> (16)3351-9685	<b>E-mail:</b> cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.569.638

a folha de rosto e demais documentos para justificar a necessidade do TCLE;

**RESPOSTA:** Considerando as opções dadas pelo/a parecerista, todos os documentos foram alterados para atender a opção e pendência 1. Foi identificado o número de participantes na página 15 (referência teórico), página 22/23 (metodologia), Folha de rosto e preenchimento da Plataforma Brasil. Para escolha do número de participantes da pesquisa, utilizou-se de dados de pesquisa anterior que mapeou o quantitativo de programas de residência em saúde mental. Realizado escolha desse referencial para o número de participantes (pág. 15), visto que as informações oficiais do Ministério da Saúde e Ministério da Educação foram pouco satisfatórias. Tais dificuldades de acesso aos dados da CNRMS também têm sido apontadas na literatura. Além desses, foram alterados para atender a adequação o Cronograma com submissão ao comitê de ética até o mês julho, pág. 31 e resumo.

**ANÁLISE:** pendência atendida

2) Ou os pesquisadores devem justificar a dispensa do TCLE por consultar documentos públicos, de livre acesso. Também, os riscos de pesquisas no âmbito digital devem ser relatados, principalmente aqueles relacionados com armazenamento de dados em nuvem (o que não é recomendado).

**RESPOSTA:** Devido a escolha de informar o número de participantes, não será dispensado o TCLE, apesar das informações solicitadas para a pesquisa não serem do indivíduo, mas sim referentes ao programa que ele responde como coordenador ou membro da equipe. Prevemos a possibilidade de não localizar os PPP de livre acesso, baseado nos resultados de pesquisas anteriores. Sobre os riscos de pesquisa em âmbito digital, foram alterados na página 28/29 e no TCLE do projeto (página 41) e arquivo digital. Também foi descrito o processo de armazenamento dos dados, que será realizado em um dispositivo local da pesquisadora principal após a finalização da coleta, apagando os dados da nuvem ou ambiente compartilhado (pág.28).

**ANÁLISE:** pendência atendida

3) A resolução a ser seguida é apenas a Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

**RESPOSTA:** Documento revisado para adequar-se a tal resolução e alterado as resoluções utilizadas na página 28 e TCLE do projeto (página 40 e 41) e arquivo digital.

**ANÁLISE:** pendência atendida

<b>Endereço:</b> WASHINGTON LUIZ KM 235	<b>CEP:</b> 13.565-905
<b>Bairro:</b> JARDIM GUANABARA	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SAO CARLOS
<b>Telefone:</b> (16)3351-9685	<b>E-mail:</b> cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.569.638

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1949978.pdf	14/07/2022 14:17:13		Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao1.pdf	13/07/2022 22:05:29	DALILLA MATILDE FERREIRA DE REZENDE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_Dalilla.pdf	13/07/2022 22:02:08	DALILLA MATILDE FERREIRA DE REZENDE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado_DalillaMatilde.pdf	13/07/2022 22:00:35	DALILLA MATILDE FERREIRA DE REZENDE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DalillaMatilde.pdf	13/07/2022 21:58:29	DALILLA MATILDE FERREIRA DE REZENDE	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_Dalilla.pdf	13/07/2022 21:54:37	DALILLA MATILDE FERREIRA DE REZENDE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_Dalilla.pdf	19/05/2022 23:59:30	DALILLA MATILDE FERREIRA DE REZENDE	Aceito
Outros	ConviteDaPesquisa_Dalilla.pdf	19/05/2022 23:33:39	DALILLA MATILDE FERREIRA DE	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br





Continuação do Parecer: 5.569.638

Outros	ConviteDaPesquisa_Dalilla.pdf	19/05/2022 23:33:39	REZENDE	Aceito
--------	-------------------------------	------------------------	---------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 08 de Agosto de 2022

---

**Assinado por:**

**Adriana Sanches Garcia de Araújo  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br