



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Olívia de Andrade Guerra

**Reforma Psiquiátrica e formação em Enfermagem: a residência em Saúde
Mental**

Rio de Janeiro

2018

Olívia de Andrade Guerra

Reforma Psiquiátrica e formação em Enfermagem: a residência em Saúde Mental

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

G934 Guerra, Olívia Andrade.
Reforma Psiquiátrica e formação em Enfermagem : a residência em
Saúde Mental / Olívia Andrade Guerra. – 2018.
92 f.

Orientador: Elias Barbosa de Oliveira
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Serviços de saúde mental - Organização
e administração. 3. Residentes (Enfermagem). 4. Capacitação de recursos
humanos em saúde. I. Oliveira, Elias Barbosa de. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Olívia de Andrade Guerra

Reforma Psiquiátrica e formação em Enfermagem: a residência em Saúde Mental

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 22 de fevereiro de 2018.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira (Orientador)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Rosane Mello

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Célia Caldeira Fonseca Kestenberg

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Ao meu amado pai, Aldo Cavalcanti de Menezes Guerra, que me ensinou que amar aquilo que se faz é o primeiro passo em busca do aperfeiçoamento, mantendo a humildade de reconhecer que sempre há o que aprender.

AGRADECIMENTOS

Cada um de nós escolhe acreditar naquilo que nos fortalece e nos traz a paz necessária ao coração. Em todos os momentos dessa caminhada eu mantive minha fé em Deus e, na certeza que tudo daria certo, confiei em cada direção dada. A Ele, devo toda honra e glória por esse momento.

Aos meus pais Beatriz e Aldo que, de maneiras diferentes, me proporcionaram as ferramentas necessárias para que eu chegasse até aqui. Agradeço do fundo da minha alma. Esta conquista é dedicada a vocês que me deram a vida, amor e me ensinaram a lutar por aquilo que eu desejo. Nenhuma distância física será capaz de apagar tudo o que deixou em mim, meu pai. Eu os amarei eternamente e dedicarei todas as minhas vitórias aos meus dois pilares.

Ao meu companheiro, Tiago Barros, que me proporcionou os melhores momentos em 2017 e que (estou segura) assim o fará por toda a nossa vida. Obrigada por me ouvir falar incessantemente sobre meus medos, por aturar minhas neuroses, por compartilhar dos meus sonhos consigo, por acreditar em mim quando eu mesma já não acreditava e por me transformar em alguém melhor com seu amor. Eu não acredito em um futuro em que você não esteja e essa é só mais uma das muitas vitórias que iremos comemorar juntos.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira, por sempre apostar em mim e por dedicar seu tempo para não só me orientar nas questões acadêmicas, mas na vida. A cada ano de trabalho compartilhado eu aprendo mais e mais com seus ensinamentos e espero poder ser tão zelosa e competente em minha carreira acadêmica quanto o senhor é. Obrigada pela parceria.

Às queridas professoras Claudia Mara de Melo Tavares, Célia Caldeira Fonseca Kestenberg, Elizabeth Teixeira, Rosane Mello e Cristiane Helena Gallash pela generosidade nas contribuições ao longo desse caminhar acadêmico.

À equipe do CAPS ad III Antônio Carlos Mussum, onde gostaria de destacar a coordenadora, amiga e incentivadora Sarah Fonseca. Agradeço pela compreensão nos momentos de desespero e pelos ouvidos e olhares sempre atentos.

Na certeza de não ter nomeado todos os envolvidos nessa trajetória, deixo registrado o meu sincero agradecimento e parceria a todo corpo docente, discente e secretaria como, também, àqueles que estiveram comigo na busca por este título acadêmico. Eu só pude chegar até esse momento, pois tive pessoas que me sustentaram.

Todos precisamos de reciclagem. Reconhecer essa necessidade é vestir as sandálias da humildade e afastar o perigo da arrogância e prepotência [...]. Independente da profissão que exercemos, amanhã estaremos afastados em relação a hoje e completamente ultrapassados no que diz respeito a ontem.

Aldo Guerra (meu pai)

RESUMO

GUERRA, Olívia Andrade. **Reforma Psiquiátrica e formação em Enfermagem: a residência em Saúde Mental**. 2018. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Dissertação de mestrado que possui como objeto “a visão de enfermeiros egressos de um curso de residência em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental acerca de sua contribuição para a formação de especialistas consoante à Reforma Psiquiátrica”. Os objetivos foram: analisar de que modo os egressos da residência de Enfermagem em Saúde Mental vêm sendo absorvidos pelo setor saúde ao considerar o perfil socioprofissional; discutir as contribuições da residência de Enfermagem em Saúde Mental para a formação de especialistas na visão de egressos da residência; descrever como os conhecimentos adquiridos pelos egressos da residência de Enfermagem em Saúde Mental vêm sendo aplicados nas áreas de atuação. Estudo qualitativo do tipo descritivo e exploratório, que teve como campo um Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem de um hospital universitário situado no município do Rio de Janeiro. Participaram do estudo nove egressos da residência em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, a partir dos seguintes critérios: ser egresso do curso de residência em Enfermagem psiquiátrica e Saúde Mental; ter concluído a residência no período de 2004 a 2016; estar ou ter atuado por, pelo menos, seis meses em serviços de saúde do município ou do estado, independentemente de ser da área da Psiquiatria, considerando-se, também, atuação na área da docência. Foram respeitados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, tendo como base a Resolução 466/2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 61920616.4.0000.5259, sendo os dados coletados através de entrevista semiestruturada, com gravação do material em aparelho do tipo mp3. Após transcrição, os depoimentos foram categorizados mediante a técnica de análise de conteúdo temática e discutidos à luz do referencial teórico, sendo evidenciados os seguintes resultados: Trata-se de uma metodologia de ensino-aprendizagem que contribui para a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, principalmente no que dizem respeito ao desenvolvimento de habilidades como a escuta, a observação e o acolhimento do usuário através do relacionamento terapêutico, a empatia, sendo tais conhecimentos e/ou competências aplicadas em vários contextos de cuidado consonantes com a Reforma Psiquiátrica. Acrescentam-se outras habilidades como a realização de grupos, consulta de Enfermagem em Saúde Mental, liderança de equipe e outros. Conclui-se que a residência em Saúde Mental, consonante aos princípios da Reforma Psiquiátrica, é uma excelente metodologia de ensino-aprendizagem na produção do conhecimento e nas trocas de experiências intra e intersetorial e com profissionais de várias áreas, usuários e familiares. A Saúde Mental, por suas características, é uma modalidade de cuidado que, ao ser apreendida, pode ser aplicada em vários contextos de cuidado, extrapolando o próprio espaço institucional.

Palavras-chave: Enfermagem. Gestão de serviços de saúde. Formação. Saúde mental.

ABSTRACT

GUERRA, Olívia Andrade. **Psychiatric Reform and education in nursing: residency in Mental Health**. 2018. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Master`s dissertation which has its object "the vision of graduated nurses in a Psychiatry and Mental Health Nursing Residency Program on its contribution on specialists training according to Psychiatric Reform". The objectives were to analyze how the nurses graduated in Mental Health Residency Program have been inserted in health services in consideration to the social and professional profile; to discuss the contributions of residency in Mental Health Nursing to the formation of specialized nurses in the perspective of graduated at the residency program; describe how the acquired knowledge by the graduated at the residency program of Nursing in Mental are being applied in their actual working areas. Qualitative study of the descriptive and exploratory type, the research took place on a Training and Nursing Evaluation Service of an University Hospital located in the city of Rio de Janeiro. The study included nine graduates of the residency in Psychiatry and Nursing in Mental Health, based on the following criteria: being graduate from the residency course in Psychiatric and Nursing in Mental Health; having had completed their residency during 2004 to 2016 period; being or have worked for at least six months in health services in the municipality or state, regardless of whether it is in the area of Psychiatry, considering also the area of teaching. The ethical aspects of human research were respected, based on Resolution 466/2012. The project was approved by the Research Ethics Committee under CAAE 61920616.4.0000.5259, data was collected through a semi-structured interview, which were recorded in a mp3-type device. After transcription, the statements were categorized through the Thematic Content Analysis technique and discussed in the regard to the theoretical reference, being evidenced the following results: It is a teaching-learning methodology that contributes to the acquisition of theoretical and practical knowledge, especially in regard to the development of skills such as listening, observation and hosting of the user through the therapeutic relationship, empathy, as they concern to knowledge and / or skills applied in various contexts of care consonant with the Psychiatric Reform. Other skills such as grouping, Mental Health Nursing consultation, team leadership and others are added. It is concluded that residency in Mental Health, when consonant with the principles of Psychiatric Reform, is an excellent teaching-learning methodology in the production of knowledge and in the exchange of intra and intersectoral experiences and with professionals from various areas, users and families. Mental Health, by its characteristics, is a standard of care that, when apprehended, can be applied in several contexts of care, overcoming the institutional space itself.

Keywords: Nursing. Management of Health services. Formation. Mental health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Caracterização sociodemográficas dos egressos. Rio de Janeiro, 2017.....	48
Tabela 2	Caracterização socioprofissional dos egressos. Rio de Janeiro, 2017	50
Quadro 1	Residência e formação da identidade profissional. Rio de Janeiro, 2017	59
Quadro 2	Valorização das habilidades adquiridas em Saúde Mental na perspectiva do cuidado transversal. Rio de Janeiro, 2017	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	Centros de Convivência e Cooperativa
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CSEPE	Conselho Superior de Ensino e Pesquisa
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ECR	Equipe de Consultório na Rua
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HG	Hospital Geral
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PNH	Programa Nacional de Humanização
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
R1	Residentes do primeiro ano de formação
R2	Residentes do segundo ano de formação
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde

UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1	SUPORTE TEÓRICO	20
1.1	A Reforma Psiquiátrica e o cuidado em Saúde Mental	20
1.2	O trabalho do enfermeiro nos espaços de cuidado em Saúde Mental	25
1.3	Formação e bases do ensino em Enfermagem psiquiátrica e Saúde Mental	37
2	METODOLOGIA	42
2.1	Tipo de estudo	42
2.2	Campo do estudo	42
2.3	Participantes do estudo	44
2.4	Aspectos éticos da pesquisa	44
2.5	Procedimentos de coleta de dados	45
2.6	Análise dos dados	46
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
3.1	Perfil socioprofissional e laboral dos egressos e inserção no mercado de trabalho	48
3.2	Categoria 1 - A residência em Saúde Mental e a construção da identidade profissional	58
3.2.1	<u>Subcategoria 1: Estabelecendo a relação teoria e prática na residência</u>	59
3.2.2	<u>Subcategoria 2: Valorização da realização da residência em Saúde Mental</u>	64
3.2.3	<u>Subcategoria 3: Fortalecimento da identidade profissional e do especialista</u>	67
3.3	Categoria 2 - Valorização das habilidades adquiridas em Saúde Mental na perspectiva do cuidado transversal	69
3.3.1	<u>Subcategoria 1: Habilidades profissionais adquiridas na residência</u>	69
3.3.2	<u>Subcategoria 2: A transversalidade do cuidado em Saúde Mental</u>	73
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	89
	APÊNDICE B – Instrumento de caracterização dos participantes	90
	APÊNDICE C - Roteiro de entrevistas	91
	ANEXO - Parecer consubstanciado do CEP	92

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo tem como objeto “a visão de enfermeiros egressos de um curso de residência em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental sobre a sua contribuição para a formação de especialistas consoante à Reforma Psiquiátrica”.

O interesse investigativo acerca do objeto emergiu da minha trajetória acadêmica, sobretudo como residente em Enfermagem do programa de Psiquiatria e Saúde Mental de um hospital universitário público do Rio de Janeiro. Ao longo dos dois anos, percebi, no cotidiano dos diversos espaços de acolhida em Saúde Mental, que esta área do conhecimento necessita de profissionais alinhados com a Reforma Psiquiátrica (RP). Tal constatação reforçou ainda mais a minha justificativa pela escolha desta especialização e trouxe questionamentos quanto ao perfil do residente em Saúde Mental que vem sendo formado.

“A Reforma Psiquiátrica compreende uma proposta de mudança no arcabouço teórico-prático, organizacional e técnico-administrativo do modelo de assistência psiquiátrica tradicional. Isso pressupõe alterações nas intenções e gestos que se materializam nos processos de trabalho em saúde mental” (SILVA et al., 2011, p.675).

A realização de um curso de pós-graduação *lato sensu* oportuniza a qualificação profissional e a aquisição de conhecimentos específicos, viabilizando o desenvolvimento de atividades pertinentes ao seu nível de conhecimento técnico-científico e seu destaque no cotidiano da prática, através de sua crítica e disponibilidade de promover mudanças. Assim, a realização de uma especialização em Psiquiatria e Saúde Mental, nos moldes de residência, possibilita que essas alterações supracitadas efetivamente sejam possíveis.

A especificidade da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria é fundamentada na prestação de cuidados aos clientes com problemas de saúde mental, reais ou potenciais, e consiste na incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante ciclo vital, visando à promoção e proteção da saúde mental, à prevenção e o tratamento da perturbação mental, à reabilitação psicossocial e à reinserção social da pessoa (TAVARES et al., 2015, p.1330).

Tais especificidades exigem que a formação desses profissionais contemple as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) e também valorize os princípios da RP.

As DCN/ENF aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, por meio da Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001, direciona a reflexão sobre a necessidade de reestruturação curricular (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). As Diretrizes

versam, dentre outros aspectos, sobre o perfil esperado do egresso do curso de graduação de Enfermagem, constante no art. 3º:

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir nos problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

O enfoque generalista é um pressuposto fundamental na formação do enfermeiro, o que requer do mesmo um conhecimento mais global, e não somente da área da Enfermagem, devendo incorporar à sua bagagem clínica conhecimentos sobre epidemiologia, educação em saúde, relação interpessoal, iniciativa, dinamismo e capacidade de trabalho em equipe multidisciplinar, com o objetivo de contribuir na articulação de projetos de intervenção individual e coletiva (SANTOS, 2006).

No contexto atual, a formação de profissionais generalistas é um grande desafio para o ensino de graduação das mais diferentes áreas, inclusive para o de Enfermagem. Ao mesmo tempo em que há a necessidade de enfermeiros com formação geral, também é preciso levar em conta o contexto social, político e econômico do país, cujo mercado de trabalho exige profissionais competentes e, ao mesmo tempo, com profundo conhecimento de determinada área do saber. (CORBELLINI et al., 2010).

Deste modo, a especialização se impõe e se difunde em todos os países como a consequência natural do aprofundamento do saber em todos os setores, confirmando a impossibilidade de se proporcionar habilitação completa e adequada dentro dos limites dos cursos de graduação. Assim, é concebida a especialização em serviço devido à sua reconhecida e fundamental importância para a formação profissional. Sua meta é o domínio técnico-científico e limitado à área do saber ou da profissão para formar o profissional especializado (BRASIL, 2005).

A residência em Enfermagem é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada aos profissionais enfermeiros, caracterizada pelo desenvolvimento das competências técnico-científicas e éticas, decorrentes do treinamento em serviço (COFEN, 2014). Estes cursos de especialização articulam o conhecimento teórico e a ação, qualificando profissionais a partir da realidade prática, haja vista que esses profissionais convivem diretamente com o cotidiano do trabalho em saúde. Visam, ainda, uma formação crítico-

reflexiva de acordo com o que é proposto na Lei Orgânica da Saúde (LOS, 8080/90), no que diz respeito à qualificação de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 1990).

Conforme o disposto no Guia de Orientação para o Enfermeiro Residente (BRASIL, 2005), faz-se necessário que o profissional de Enfermagem esteja em constante processo de qualificação e atualização de conhecimentos, a fim de que seja capaz de compreender mudanças e buscar soluções. O Guia aponta ainda que, segundo alguns estudiosos, limitar-se a uma única área do conhecimento não assegura um profissional bem preparado, criativo e crítico, características que vão de encontro às exigências do mercado de trabalho.

A especialização nos moldes da residência torna-se um diferencial na medida em que prepara profissionais com base científica e em sinergia com as necessidades do mercado de trabalho, cada vez mais exigente e competitivo.

A residência de Enfermagem caracteriza-se pelo aprofundamento de conhecimento e proficiência técnica decorrentes do treinamento em serviços, segundo o anteprojeto da lei nº 5905/73, art. 10. Acredita-se que seja possível, com o suporte oferecido por essa modalidade, alcançar um desempenho profissional do enfermeiro com qualidade e segurança.

No campo da Saúde Mental, dadas às suas especificidades, há também situações que expõem a necessidade de transformação de: saberes e práticas; valores socioculturais e éticos e uma nova relação entre profissionais e indivíduos portadores de transtorno mental. Essas diretrizes estão pautadas na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e comportamentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Em 2001, a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental enfatiza o cuidado com base no princípio da integralidade da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), apontando para a não-exclusão de pessoas com transtornos mentais do convívio social.

Nesse contexto de reorganização do modelo assistencial em Saúde Mental, foi elaborada a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o território nacional. Assim, o paradigma da atenção psicossocial configura a Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS), com mudança na atenção à saúde mental do cidadão, rompimento com saberes e práticas e o consequente fortalecimento das práticas antimanicomiais e promovendo, assim, cuidados diferenciados ao se lidar com a loucura (FERNANDES et al., 2009).

O paradigma de atenção psicossocial tem seu espaço de concretização, fundamentalmente, nos CAPS que, ancorados nos princípios da RP, se constituem em espaços de atenção ao sofrimento psíquico, reabilitação, acolhimento, afirmação da cidadania e

produção de novas subjetividades a pessoas portadoras de transtornos psíquicos (AMARANTE, 2003; OLIVEIRA, 2002).

Deste modo, faz-se necessário que os profissionais envolvidos neste contexto tenham conhecimentos e preparo para implementar a proposta da RP e todas as ferramentas políticas que advêm dela (JÚNIOR; OTANI, 2011). Para Fernandes et al. (2009), as ações de mudanças implicam na necessidade de profissionais comprometidos com a atenção à saúde mental da população, capazes de: superar o paradigma da tutela do louco e da loucura; compreender os determinantes psicossociais da loucura; transformar saberes e práticas em relação ao sofrimento psíquico; articular conhecimentos adquiridos com novos modos de sociabilidade e de produção de valor social envolvidos em saúde e em Saúde Mental; perceber a complexidade de suas práticas e, efetivamente, desenvolver novas ações como formas de pensar e agir, reinventando modos de se lidar com a realidade do sofrimento psíquico.

Essa realidade vem requerer, das instituições formadoras, a reconstrução dos seus Projetos Políticos Pedagógicos, no que se refere à atenção à saúde mental, buscando a reorientação do processo de formação voltado para o desenvolvimento de competências e habilidades, para o exercício de práticas e saberes capazes de darem respostas aos princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica. Enfim, uma proposta de mudança nas ações pedagógicas que envolvem o modelo tradicional de atenção da Enfermagem Psiquiátrica, em sintonia com as propostas de mudanças da Política Nacional de Saúde Mental (FERNANDES, 2009, p.963).

Poz, Lima e Perazzi (2012, p.632) afirmam que “os recursos humanos em saúde mental se referem a um conjunto amplo e heterogêneo”, cujos atendimentos ou intervenções estão, no geral, sob a responsabilidade de equipes multidisciplinares e não de um único profissional. Para além, reconhece-se que a Saúde Mental exige uma articulação intra-setorial, isto é, faz parte das ações gerais de saúde. Exige, também, uma articulação intersetorial, ultrapassando as próprias fronteiras da saúde, na medida em que as questões dos direitos humanos, da reabilitação psicossocial e do resgate da cidadania, historicamente, afetam os pacientes psiquiátricos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Diferentemente de outros setores da saúde que lançam mão, sobretudo, de tecnologias, aparelhos e exames sofisticados, na Saúde Mental, a tecnologia é essencialmente humana (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012). Com isso, a formação de profissionais de Saúde Mental assume importância singular, devendo ser planejada em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Documentos do Ministério da Saúde (Relatórios de Gestão 2003- 2006 e 2007-2010) e do Ministério da Educação (Pró-Residência, Portaria Interministerial n. 1001, de 22/10/2009) têm apontado a insuficiência e/ou inadequação do pessoal graduado

nessa área. Referem ademais, a necessidade de enfrentar, simultaneamente, três desafios: aumentar o número de profissionais especializados para suprir a demanda gerada pela expansão dos serviços; adequar a formação para que o profissional reconheça a multiplicidade dos determinantes da saúde mental e o caráter intersetorial desse campo de atuação; e capacitar, treinar e supervisionar profissionais que já estão no sistema de saúde (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012, p.632-633).

A questão de adequação/inadequação dos recursos humanos frente às necessidades dos sistemas de saúde tem sido um tema recorrente (HOGE; HUE Y; O'CONNELL, 2004). Com frequência, nos deparamos com uma disparidade entre o que é ofertado pelo sistema de formação em saúde e o que é demandado pela atenção à saúde. Em relação à Saúde Mental, a disparidade apontada seria a responsável pelas dificuldades ou até mesmo pelo fracasso das políticas nessa área (SARACENO; DUA, 2009).

De acordo com Silva et al. (2013, p.1146), “os profissionais de saúde recebem formação, geralmente, fragmentada que não possibilita a visão integral do indivíduo e, na maioria das vezes, desarticulada com a prática profissional”. No que diz respeito à Saúde Mental, pode-se destacar, como uma das razões para a insuficiência de conhecimento das novas práticas instituídas pela RP e as leis advindas dela, o fato de os cursos de graduação estarem voltados para o modelo organicista, e não para atualizarem as formas de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Neste sentido, é frequente encontrar, nos serviços, “a fragmentação do cuidado, a centralidade do médico na tomada de decisões e a hegemonia do saber psiquiátrico sobre as práticas de promoção de cidadania, saúde e reinserção” (SILVA et al., 2013, p.1146). A academia tem se esforçado para contemplar a discussão das questões da Saúde Mental nas disciplinas de graduação, nos cursos de pós-graduação e nas pesquisas. Entretanto, historicamente, essas disciplinas não abarcaram a grande demanda por qualificação específica para trabalhar na perspectiva da RP (BRASIL, 2010).

Apesar de, no Brasil, vários segmentos terem se mobilizado e construído novas experiências de assistência à Saúde Mental, isso não se deu de forma única no tempo e no espaço. Houve uma expansão de serviços públicos especializados sem, no entanto, ter sido acompanhada pela oferta de capacitação compatível para os profissionais, gerando uma necessidade de profissionais qualificados na área (BRASIL, 2010).

Há, portanto, um evidente despreparo dos profissionais para o manejo de questões referentes ao sofrimento psíquico e das necessidades subjetivas do paciente no cotidiano da assistência (SILVA et al., 2013). Dados os apontamentos feitos, anteriormente, quanto às especificidades do campo da Psiquiatria e Saúde Mental, esse despreparo poderá interferir na

oferta de serviços de qualidade, como, também, no que diz respeito aos profissionais e instituições.

Poz, Lima e Perazzi (2012) apontam que a necessidade de transformação na Saúde Mental, no ensino ou na prática laboral são componentes do esforço por mudanças, tais como: do paradigma que norteia o pensamento; do planejamento e da realização das ações de saúde no país; de uma visão não mais centrada na medicina curativa hospitalar, mas na atenção primária, na promoção de saúde na comunidade.

As modificações dos modelos assistenciais e de ensino se dão de forma muito lenta, sobretudo no que tange ao ensino na graduação na área da saúde. O que se espera é que nos cursos em nível de especialização haja maior agilidade na transição dos modelos e na compreensão dos mesmos.

Em relação aos médicos, o principal instrumento de formação de especialistas são os Programas de Residência. Os programas em Saúde Mental mais importantes, com maior número de vagas, e que exercem grande influência sobre os demais, são aqueles de hospitais universitários. E nestes impera o chamado paradigma asilar, com uma formação essencialmente hospitalar, pouco articulada com as ações extramuros e os novos dispositivos, como o CAPS. É este um dos problemas a serem enfrentados na consolidação do processo de mudança (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012, p.634-635).

Além da questão da adequação/inadequação entre o perfil do especialista e as demandas dos serviços de Saúde Mental, o Ministério da Saúde (MS) identificou a falta de médicos em algumas áreas consideradas prioritárias, entre as quais a Psiquiatria. Em conjunto, os ministérios da Saúde e da Educação lançaram o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas-Pró-Residência. Em relação aos demais profissionais, o MS criou o Programa de Formação de Recursos Humanos para a RP. São cursos de especialização e capacitação em Saúde Mental, apoiados pelo MS. Desde 2002, o programa vem capacitando profissionais nos 23 núcleos regionais em funcionamento. Em 2009, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), foram expandidos os cursos de aperfeiçoamento em Saúde Mental para profissionais da Saúde da Família (BRASIL, 2009).

No que tange ao mercado de trabalho, a análise fica mais complicada devido à inexistência de dados disponíveis atualizados (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

A partir do exposto, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras:

- a) como os egressos da residência de Enfermagem em Saúde Mental vêm sendo absorvidos pelo mercado de trabalho, considerando-se o perfil socioprofissional?

- b) quais as contribuições da residência de Enfermagem em Saúde Mental para a formação de especialistas, na visão de egressos?
- c) como os conhecimentos adquiridos pelo enfermeiro residente em Saúde Mental vêm sendo aplicados nas respectivas áreas de atuação?

A partir dessas questões, foram elaborados os seguintes objetivos:

- a) analisar de que modo os egressos da residência de Enfermagem em Saúde Mental vêm sendo absorvidos pelo setor saúde, considerando-se o perfil socioprofissional.
- b) discutir as contribuições da residência de Enfermagem em Saúde Mental para a formação de especialistas, na visão de egressos da residência.
- c) descrever como os conhecimentos adquiridos pelos egressos da residência de Enfermagem em Saúde Mental vêm sendo aplicados nas áreas de atuação.

O presente estudo se justifica diante das grandes transformações que ocorreram com a assistência psiquiátrica no país em decorrência da RP instaurada no final dos anos 1980 e legitimado com a Lei nº 10.216/2001. Deste modo, há a necessidade de se produzir conhecimentos acerca das habilidades e práticas adquiridas pelos egressos da residência em um período, principalmente ao se refletir que a assistência psiquiátrica no país vem sendo realizada mediante a implantação da Rede de Assistência Psicossocial (RAPS) juntamente com uma série de dispositivos em Saúde Mental como o CAPS e todas as suas derivações, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), as Unidades de Assistência Psiquiátricas no Hospital Geral (HG) e outros.

De acordo com Lima e Amorim (2003), a RP fez com que a prática de Enfermagem passasse de custodial para uma assistência onde se compreende o enfermeiro como agente terapêutico capaz de restituir, sob seus cuidados, a qualidade de vida das pessoas com transtornos psíquicos. Neste sentido, existem questões que necessitam ser discutidas no espaço de formação nos níveis de graduação e de pós-graduação, envolvendo as instituições que possuem cursos de especialização na modalidade de residência. Assim, essas instituições, ao acessarem os resultados do presente estudo, poderão avaliar seus programas, os objetivos e as estratégias de ensino no intuito de qualificar ainda mais os futuros profissionais, com vista à formação de recursos humanos de qualidade para o SUS e para as demais instituições conveniadas e/ou privadas.

Com o processo de RP instaurado no país e as mudanças na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB/96), a Enfermagem Psiquiátrica passou a incluir, como tema

transversal, a Saúde Mental na formação do enfermeiro, com o objetivo de se trabalhar os aspectos psicossociais e a subjetividade do indivíduo, família e comunidade em toda sua dimensão. Nesta perspectiva, a atenção em Saúde Mental nos vários contextos de cuidado volta-se para a assistência individual e coletiva em diferentes grupos humanos e ciclos da vida, considerando os determinantes socioculturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença.

Há também a necessidade de se conhecer como os enfermeiros egressos dos programas de residência em Saúde Mental vêm se inserindo no mercado de trabalho, principalmente no que diz respeito a RAPS, que ampliou de forma nunca vista antes, os espaços de cuidado e a participação de profissionais de várias áreas. Há de se considerar que, com a LDB (1996) e a formação generalista, ratifica-se a necessidade de profissionais especializados nessa área e sua influência na prestação do cuidado.

No intuito de identificar a produção do conhecimento acerca da visão de egressos dos cursos de especialização em Saúde Mental na modalidade de residência consoante à RP, foi realizada a Revisão Integrativa da Literatura (RIL) na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Bases de Dados da Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED). Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais e de revisão, cujos textos estivessem disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol, sendo estabelecido como recorte temporal o período de 2012 a 2016.

Na busca dos artigos, nas respectivas bases de dados, recorreu-se às terminologias e/ou Descritores em Ciência da Saúde (DECS), mediante as seguintes palavras-tema: Saúde Mental e trabalho; Enfermagem e Saúde Mental; formação e residência em Enfermagem.

A pesquisa foi realizada no primeiro semestre de 2016, sendo encontrados 26 artigos, a partir dos critérios de inclusão e exclusão adotados, sendo 10 artigos com os descritores Saúde Mental e trabalho, 5 artigos com a partir dos descritores Enfermagem e Saúde Mental e 11 artigos com os descritores formação e residência em Enfermagem. No entanto, na área de Enfermagem psiquiátrica, não foi encontrado nenhum estudo com egressos, o que evidenciou o caráter incipiente de estudos e de sua relevância/contribuição.

1 SUPORTE TEÓRICO

1.1 A Reforma Psiquiátrica e o cuidado em Saúde Mental

Da loucura ao sofrimento psíquico, há um caminho significativo percorrido. Tomando como base a construção histórica brasileira da loucura, temos, como marco, a abertura das Santas Casas de Misericórdia, onde os loucos eram institucionalizados e ficavam sob os cuidados de pessoas leigas (JORGE; SILVA; OLIVEIRA, 2000). Além das Santas Casas, outros espaços foram utilizados com intuito de retirar das ruas pessoas que não se adequavam à sociedade da época. Assim, desempregados, mendigos, loucos, órfãos e marginais foram colocados em um mesmo ambiente, sem nenhuma diferença em relação ao tratamento instituído (SOUZA; NASCIMENTO, 2006).

O modelo asilar foi se mostrando insuficiente, frente às necessidades de pessoas com distúrbios psíquicos, sobretudo pela característica do isolamento social praticado neste modelo. A reintegração social, então, destacava-se como uma alternativa mais adequada. Como estratégia para modificar o modo como os portadores de transtornos mentais eram tratados, em 1852 foi inaugurado o Hospício Pedro II, visto como uma forma de dar cientificidade à loucura. Posteriormente, o Hospício foi desvinculado das Santas Casas, passando a denominar-se Hospital Nacional de Alienados. Concomitantemente, foram criadas as colônias, que tinham como objetivo fazer com que os loucos convivessem de maneira harmônica (AMARANTE, 1994).

Na Itália, por volta da década de 1970, o modelo de atenção à Saúde Mental, resguardadas suas especificidades, passava por vários dos questionamentos enfrentados no Brasil. As reformas instauradas na Itália, em prol das pessoas com transtorno mental, impulsionaram o Brasil na construção do seu próprio processo de RP, devendo-se considerar, também, o momento político em decorrência da luta pela redemocratização do país. A RP é entendida como um processo político e social complexo - composto por atores, instituições e forças de diferentes origens - e que incide em territórios diversos (BRASIL, 2005). Os objetivos da RP enfatizam a substituição dos aparatos manicomiais pelos serviços comunitários e normatização das internações involuntárias (VILLELA; SCATENA, 2004).

O movimento pela RP no país apresenta marcos muito importantes e, dentre eles: o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), entre os anos de 1978 e 1980; o

Movimento dos Usuários, nos anos de 1980; a Declaração de Caracas (OPAS/WORLD HEALTH ORGANIZATION), em 1990; as Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992 e 2001) e a da RP nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Em seu conjunto, esses movimentos e legislações, constituem referências e se configuram com o que se convencionou chamar Lei de Movimento de Reforma Psiquiátrica e Cidadania no Brasil (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

A Declaração de Caracas foi proclamada, em novembro de 1990, pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, no contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990). Esta conferência, cuja influência ideológica se estendeu por toda a América Latina e Caribe, asseverou: “A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990) E ainda: “A reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica na revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços” (OMS, 1990). A Declaração de Caracas forneceu a justificativa ideológica e suas recomendações estimularam a discussão de alternativas técnicas no cuidado ao doente mental. Na realidade, ela aglutinou e deu força, organicidade e sustentação institucional, sob a chancela das organizações internacionais, aos movimentos reformistas do continente (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

No Brasil, as Conferências Nacionais de Saúde Mental tornaram hegemônico o discurso antimanicomial e propiciaram a promulgação da Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Tal redirecionamento objetiva o cuidado, do ponto de vista biopsicossocial, e a criação de uma rede substitutiva de atenção aos indivíduos portadores de transtornos mentais. Esta rede prima pela inserção social destas pessoas em detrimento da institucionalização outrora praticada (BRASIL, 2001).

De acordo com Jorge et al. (2006), o termo desinstitucionalização surgiu a partir das propostas de reformulação da assistência psiquiátrica, objetivando desenvolver medidas concretas de desospitalização. “A complexidade do conceito de desinstitucionalização remete a um problema ético e de cidadania, como noção básica do processo de reabilitação psicossocial” (JORGE et al., 2006, p. 735). No Brasil, a desospitalização representou o fechamento dos hospitais psiquiátricos, sem a devida criação qualitativa e quantitativa de serviços que pudessem amparar o portador de transtorno mental em seu retorno à vida social.

Como resultado, as condições de marginalidade se agravaram, caracterizando-se o abandono social para com uma grande parcela dessa população (OLIVEIRA, 2002).

Pensando na legitimação de espaços de desconstrução das práticas de enclausuramento e, visando atender ao disposto na Lei nº 10.216/2001, criou-se a Portaria/GM nº 336/2002 que estabelece os CAPS em suas diferentes modalidades (BRASIL, 2002). “Os CAPS têm sido considerados experiências inovadoras no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Estes dispositivos territoriais organizam suas práticas em pressupostos da RP, devendo transpor as práticas tradicionais da psiquiatria” (SOARES, 2005, p.5).

O CAPS é somente um dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que constituem a RAPS. Esta rede é constituída tanto pela Atenção Básica em Saúde (ABS), quanto pelos serviços especializados, incluindo ambulatórios de Saúde Mental, hospital-dia, serviços de urgência e emergência psiquiátricas, leito ou unidade em HG e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (BRASIL, 2001).

As relações sociais que se desenvolvem no interior do hospital psiquiátrico, entre profissionais e pacientes, se caracterizavam pela dominação, evidenciando a hierarquia, subordinação, exclusão, expropriação dos conhecimentos dos profissionais e a divisão do trabalho manual e mental e das especialidades. Deste modo, a implantação do modelo psicossocial, além de se contrapor às práticas e saberes em Saúde Mental, tem o objetivo de reinserir o portador de transtorno psíquico em suas atividades diárias, tornando possível a interação com a família e comunidade em geral (COSTA-ROSA, 2000).

Essas mudanças de paradigma do cuidado à pessoa com transtorno mental requerem, também, um redirecionamento das práticas de cuidado. O trabalho nesta área perpassa pela construção do trabalho em equipe, promovendo a coparticipação do indivíduo, família e/ou comunidade. Neste contexto, o CAPS é proposto como um espaço de criatividade, de construção da vida, que, ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe e estabelece pontes com a sociedade (ROCHA, 2005).

Neste sentido, o trabalho multidisciplinar permite diversos olhares sobre o mesmo indivíduo, no qual

[...] a proposta de trabalho multidisciplinar se direciona no sentido contrário ao movimento que se observa na área da saúde, de maneira geral, na qual a especialização tem sido a opção, em face do imenso crescimento dos conhecimentos e das formas de intervenção (ROCHA, 2005, p.351).

De acordo com estudo realizado por Mielke et al. (2009), os profissionais consideram que o cuidado em Saúde Mental, ao contrário de ser compartimentalizado em práticas e

saberes sendo, portanto, fragmentado, segue os princípios da integralidade, assistindo ao usuário em toda a sua dimensão biopsicossocial e espiritual. Apontam, também, como sendo um cuidado humanizado, existindo vínculos entre equipe e usuário e havendo a responsabilização de ambos pelo cuidado.

Outra característica destacada como fundamental é a humanização, também compreendida como estratégia de interferência no processo de produção da saúde, buscando o alcance da qualificação, da atenção e da gestão em saúde no SUS.

Para haver o cuidado humanizado, é necessário ocorrer empatia, afetividade, envolvimento e aproximação entre o promotor do cuidado e aquele que o recebe com finalidade terapêutica, não se limitando apenas às características das técnicas (BAGGIO, 2006, p.15).

O cuidado em Saúde Mental vai de encontro à formação do modelo assistencial para a saúde que, historicamente, centrou-se nas tecnologias duras e leve-duras (MEHRY; FRANCO, 2003). “O ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção, de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas tecnologias leves” (MEHRY, 1997, p.41).

As tecnologias leves são capazes de propiciar o acolhimento necessário para que cliente e profissional de saúde possam se beneficiar deste momento. Considerando a complexidade do ser humano, o sujeito é contextualizado, estando seu estado de saúde dependente das condições ambientais, biológicas, psicológicas, do seu estilo de vida e das instituições em que se opera o cuidado (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008, p. 291).

Na perspectiva do cuidado humano, a relação se expressa interpessoalmente entre quem presta o cuidado e quem o recebe. Nesta concepção de cuidado relacional e recíproco, profissional e paciente são afetados mutuamente, estando presentes sentimentos, emoções, crenças, valores e saberes de ambos os sujeitos, num encontro de subjetividades, em que ambos aprendem e trocam experiências e saberes (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

Para Villela e Scatena (2004), a mudança do paradigma da Saúde Mental requer, além da reestruturação da rede de assistência, uma modificação do perfil do profissional. Esta mudança perpassa por uma alteração de conceito e atitude quanto à doença mental, sendo necessário que estes profissionais se adaptem às novas concepções, viabilizando a efetivação da assistência pautada em uma ideologia de cidadania, ética, humanização e integralidade.

Para isso, evidencia-se a necessidade de equipe interdisciplinar, na qual haja, entre seus integrantes, a coesão, a integração e o inter-relacionamento efetivo, buscando a aceitação, a reciprocidade e interação, tanto entre os técnicos, quanto entre eles e o sujeito de seu cuidado. Nesse sentido, a equipe interdisciplinar deve quebrar a

hierarquia e os limites técnicos de cada um. Assim, as competências diversas de cada profissional devem ser integradas a partir de valores éticos, assegurando um espaço de interconexão entre os saberes e práticas (VILLELA; SCATENA, 2004, p. 738).

Neste sentido, o trabalho interdisciplinar, entendido como a confluência de conhecimentos de todos os membros da equipe, a fim de que ocorra completude em prol do usuário do serviço, será importante ferramenta para construção do cuidado do indivíduo com transtorno mental, família e coletividade. Neste sentido, “o modelo de se entender o adoecimento psíquico como multifatorial faz com que as intervenções propostas sejam privilegiadas pela diversidade de saberes e formação profissional” (MARCOLAN, 2013 p.35).

Na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) da pessoa com transtorno mental, deve-se garantir a participação de toda equipe envolvida com o cuidado e também a do usuário e de sua família, “o que não significa a perda da identidade profissional, mas a relativização da competência específica do coletivo” (OLIVEIRA, 2000, p.590).

Resguardando o princípio da interdisciplinaridade, o espaço da Enfermagem dentro desta equipe possui atribuições e competências específicas. Peplau, Travelbee e Minzoni, importantes expoentes da Psiquiatria e Saúde Mental, descrevem a práxis da Enfermagem psiquiátrica como baseada no processo interpessoal, sendo que cada expoente adequa nomenclaturas distintas para o mesmo processo (VILLELA; SCATENA, 2004).

Segundo Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008), cabem, como funções que compõem o papel do enfermeiro em Psiquiatria e Saúde Mental, a criação e a manutenção de ambiente terapêutico; a atuação do profissional como figura significativa do cuidado; a troca de conhecimentos entre profissional usuário e família sobre questões relativas à Saúde Mental; o gerenciamento do cuidado; o uso das relações interpessoais; a atuação em equipe interdisciplinar; a participação e criação de ações comunitárias de saúde mental e a participação na elaboração de políticas de Saúde Mental.

Como asseveram as autoras, o trabalho do enfermeiro em Saúde Mental envolve a corresponsabilização entre usuário, família e o profissional, a fim de atender às múltiplas facetas do transtorno mental, além de exigir o envolvimento com o trabalho interdisciplinar e o conhecimento suficiente para dialogar com os diferentes espaços do cuidar, dadas as especificidades de cada situação.

1.2 O trabalho do enfermeiro nos espaços de cuidado em Saúde Mental

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é ampla e os serviços que a compõe diferem em muitos aspectos, necessitando de uma abordagem individualizada sobre os espaços de cuidado descritos. Assim, o presente tópico abordará RAPS e o trabalho do enfermeiro em cada dispositivo.

O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. Ele participa como integrante da equipe, das ações que visam satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais que garantam a universalidade de acesso aos serviços, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde (COFEN, 2007).

Na atenção psicossocial, assim como em outras áreas, a atuação do enfermeiro deve ser pautada no cuidado integral, contínuo e participativo de programas realizados no território, promovendo a saúde individual e coletiva, detectando as necessidades da assistência de Enfermagem e buscando apoio de qualidade no território (CARDOSO, 2013). O enfermeiro, no cuidado de Enfermagem em Saúde Mental, precisa garantir o tripé: acolhimento, tratamento e inclusão social (LOYOLA, 2008).

Com a RP brasileira, verificaram-se avanços a respeito das propostas e concepções. Novos serviços substitutivos ao modelo manicomial e asilar são criados e, para que eles se sustentem, torna-se fundamental uma reformulação do conceito de loucura, devendo-se considerar tudo o que diga respeito à existência da pessoa, como trabalhar e manter moradia e as demais dimensões psicossociais.

O surgimento dos serviços abertos de Saúde Mental trouxe a necessidade de reorganização dos processos de trabalho e, conseqüentemente, do projeto terapêutico institucional, com a participação de equipe multiprofissional. Frente às mudanças, coube ao enfermeiro assumir novas funções com postura terapêutica na perspectiva humanista e com autonomia profissional. De acordo com Villela e Scatena (2004), as funções do enfermeiro estão focadas na promoção da saúde e prevenção da doença mental, no suporte ao indivíduo a enfrentar as pressões decorrentes dos transtornos e na capacidade de assistir ao paciente, sua

família e comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido da enfermidade mental.

Para o enfermeiro realizar suas funções, deve usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear campo de ação com tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do processo de enfermagem psiquiátrica, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico (VILLELA; SCATENA, 2004, p.739).

A reestruturação do modelo de assistência à pessoa portadora de transtorno mental foi viabilizada através da Lei nº 10.216/2001. No entanto, esta lei não dispõe, de maneira detalhada, acerca dos novos espaços de cuidar em Saúde Mental. Inicialmente, somente os CAPS foram normatizados, através da Portaria nº 336/2002. Após 10 anos da aprovação da Lei da RP, foi sancionada a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que “instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2011, p.1).

A Portaria nº 3.088, em seu art. 1º, define que a finalidade da RAPS é criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde, sendo constituída pelos seguintes componentes: 1. ABS: Unidade Básica de Saúde (UBS), equipe de atenção básica para populações específicas - Equipe de Consultório na Rua (ECR) e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório - e Centros de Convivência; 2. Atenção psicossocial especializada (CAPS); 3. Atenção de urgência e emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, Portas Hospitalares de Atenção à Urgência, UBS, entre outros; 4. Atenção residencial de caráter transitório: Unidades de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial; 5. Atenção Hospitalar: enfermarias especializadas em HG e serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; 6. Estratégias de desinstitucionalização: SRT e 7. Reabilitação Psicossocial.

A ABS compõe um dos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e deve atuar como a base do modelo de saúde, garantindo resolutividade, coordenando o cuidado na rede e ordenando os dispositivos de assistência disponíveis (BRASIL, 2016). O conceito de território, presente na ESF, tomada enquanto diretriz para reorganização da atenção básica no contexto do SUS, estabelece uma forte interface com os princípios da RP. Ambas se baseiam no conceito de territorialização e responsabilização pela demanda, possibilitando que o sujeito seja o foco da atenção, entendido como sujeito social. (OLIVEIRA et al.; 2009).

Segundo Mello e Mello (2007), nos municípios pequenos, é por meio da ABS que se estrutura a rede de atendimento à Saúde Mental, uma vez que, segundo critérios populacionais, os municípios com menos de 20.000 habitantes não dispõem de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como: os CAPS, SRT, leitos em HG e ambulatórios. Nesses municípios, a ABS deve ser responsável por organizar e desenvolver o atendimento a esta demanda, obedecendo ao modelo de cuidados de base territorial, com o objetivo de acolher e estabelecer vínculos terapêuticos (AOSANI; NUNES, 2013).

No que tange à RAPS, a ABS é dividida em três esferas. A primeira delas é a UBS, entendida como um serviço de saúde formado por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações, individuais ou coletivas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Como ponto de atenção da RAPS, tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de Saúde Mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhando, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011).

A inclusão da Saúde Mental na ABS se dá por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, através de um processo denominado matriciamento (CORREA; BARROS; COLVERO, 2011). O matriciamento em Saúde Mental “constitui-se como uma forma de organização do fluxo dos usuários de saúde mental e visa a construção da rede de cuidados junto com as UBS, desviando a lógica dos encaminhamentos indeterminados para uma lógica de responsabilização” (ZANINI, 2012, p.2).

A importância da atuação de profissionais alinhados com os princípios da RP na atenção primária está descrita no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2010, onde encontra-se como objetivo:

Garantir a obrigatoriedade de equipes de saúde mental na atenção primária com profissionais capacitados e afinados com os princípios da Reforma Psiquiátrica, com vista ao atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental em seu próprio território, mediante ações de prevenção e promoção em saúde mental (BRASIL, 2010, p. 23).

O trabalho do enfermeiro na UBS é essencial, tendo em vista a diversidade de atribuições que lhe são conferidas. Todavia, segundo Santos e Ribeiro (2010), nota-se falta de especificidade em suas atribuições, cuja origem pode ter explicação na atuação dos próprios

profissionais que ainda não se apropriaram da finalidade precípua de seu trabalho no cotidiano das UBS, agregando funções e fazeres que nem sempre são da sua alçada.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) define, como atribuições específicas do enfermeiro, um rol de seis itens que abordam desde questões ligadas à gerência de material e pessoal até a realização de práticas assistenciais, como a consulta de Enfermagem. Além disso, como componente de uma equipe multiprofissional, o enfermeiro deve ser capaz de atender às atribuições comuns a todos os trabalhadores da ABS.

Do mesmo modo que na ABS, o enfermeiro da Atenção Psicossocial deve prestar um atendimento integral em qualquer nível de atenção à saúde, englobando o indivíduo e sua família, suprimindo suas necessidades primárias ao se tratar da saúde mental, considerando a realidade social de cada família. Assim, a equipe, ao conhecer tal realidade e proximidade com a população, organiza, em conjunto, suas estratégias de atenção e acolhimento à família e à coletividade (JARDIM et al., 2009).

Outro componente da Portaria nº 3.088/2011 são as equipes de ABS para populações em situações específicas, a saber: ECR e equipe de apoio aos serviços do componente “atenção residencial de caráter transitório”. A primeira, de acordo com o documento, é constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua em geral, com transtorno mental ou não, e usuários de crack, álcool e outras drogas nas mesmas condições, considerando suas diferentes necessidades de saúde. Existem duas modalidades de ECR, conforme descrito pela Portaria nº 122/2012, onde não se obriga a presença de enfermeiro na formação da equipe.

Não foram encontrados documentos oficiais que descrevam a ação específica do enfermeiro como participante da ECR, todavia como componente da equipe multiprofissional, o profissional deve garantir atendimento às demandas espontâneas ou identificadas pelo profissional/equipe; ter boa capacidade de estabelecer contatos e vínculos; possuir visão sistêmica; manter linguagem apropriada à realidade do usuário; atuar sempre com disponibilidade para a escuta de forma ampliada e diferenciada; propiciar articulação com a rede de saúde e outras redes sociais; desenvolver atividades de educação em saúde, dentre outros (BRASIL, 2012).

Quanto às equipes de apoio aos serviços do componente “atenção residencial de caráter transitório”, elas são responsáveis por oferecer suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede. A atenção residencial de caráter transitório pode ser dividida em dois pontos:

I. Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentam acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandam acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, cujo tempo de permanência é de até seis meses; e II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Segundo a Portaria 3.088/2011, as Unidades de Acolhimento estarão sob a responsabilidade do CAPS de referência da área, devendo realizar o acolhimento e o acompanhamento especializado do usuário, o planejamento da saída e o seguimento do cuidado, bem como será responsável pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade. Desta maneira, as funções do enfermeiro nestes espaços estão embutidas nas atribuições do enfermeiro de um CAPS, as quais serão descritas mais adiante.

Finalizando, outro componente da ABS, descrito pela RAPS, são os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), entendidos por essa portaria como unidade pública, articulada às RAS, em especial à RAPS, onde são oferecidos, à população em geral, espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade (BRASIL, 2011). Os CECCO não são equipamentos assistenciais, mas espaços de articulação com a vida cotidiana onde, através de ações, é possível manter o vínculo dos usuários com a comunidade a qual pertencem (SANTOS et al., 2012).

Com a criação de novos espaços de trabalhos, o enfermeiro também é responsável por uma assistência inovadora e promissora em suas práticas. Partindo dessa nova realidade, o enfermeiro estabelece vínculos com o usuário ao participar de atividades grupais, grupos de estudos, reuniões de famílias e de equipe, visitas domiciliares e excursões, além de realizar práticas de escuta qualificada e acolhimento. As responsabilidades com o cuidado à pessoa em sofrimento mental aumentam, uma vez que o enfermeiro tem de se permitir viver uma nova proposta que envolve convivência afetiva com o usuário, aquele que precisa, acima de tudo, de técnicas inovadoras e humanizadas (CARDOSO, 2013).

A mudança de paradigma proposta pela RP conta com um importante espaço de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, também descrito na portaria que define a RAPS: os CAPS. Havia a necessidade de criar outras estratégias de atenção à saúde dessa população, pois os espaços manicomiais, além de ferirem a cidadania dos usuários, não davam conta das demandas biopsicossociais dos indivíduos.

Os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria/MS/SAS nº 224/1992, que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de Saúde Mental de acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do SUS. Essa portaria define os CAPS como unidades de saúde locais e regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Podem, ainda, atuar como porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à Saúde Mental e atendem, também, a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar (BRASIL, 1992).

Da mesma forma, proíbe-se a existência de espaços restritivos e exige-se que seja feito o registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados. Embora a portaria regulamentasse os novos serviços de atenção diária, não instituiu uma linha específica de financiamento e as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, não prevendo mecanismos sistemáticos para a redução de leitos (MOURA, 2011).

Os CAPS, através da Portaria nº 336/2002, foram melhor estruturados através de normatizações para o provimento de recursos humanos, quantitativo populacional, tipo de usuário atendido por cada modalidade de CAPS, dentre outros aspectos. Deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território (BRASIL, 2002). Esta Portaria estabelece como modalidades os CAPS I, CAPS II, CAPS III (definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional), CAPS i II (para atendimento infantil) e CAPS ad II (álcool e drogas).

Para oferecer o cuidado integral ao usuário no campo psicossocial, tem-se, como pressuposto, o planejamento do modelo assistencial coletivizado, produzido no espaço multiprofissional, com qualidade interdisciplinar, a superação da rigidez da especificidade profissional e flexibilidade para gerar o produto de Saúde Mental compatível com a necessidade da população. Essa posição é coerente com a base teórica para a reorientação do modelo de atenção, que afirma a concepção de saúde como processo, e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção de saúde (SILVA; FONSECA, 2005).

Sob essa perspectiva, o usuário, sua família e os profissionais dos serviços comunitários atuam em conjunto no cuidado em Saúde Mental, exigindo articulação, não apenas entre os diversos serviços da rede de saúde em seus diferentes níveis de atenção, mas também das pessoas atuantes nesse processo (BANDEIRA; BARROSO, 2005). A demanda de cuidado não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas,

envolvendo, também, questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras relacionadas à convivência com o adoecimento mental (CARDOSO; GALERA, 2011).

Desse modo, as práticas de atenção psicossocial são ações de cuidado pautadas por uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, que remetem a uma realidade biopsicossocial histórica e concreta, constituindo-se a partir da integralidade e da cidadania da população (OLIVEIRA, 2007).

Os CAPS apresentam demandas e especificidades diferentes, no entanto, cabe ressaltar que todos atuam na lógica do trabalho em equipe multiprofissional, desenvolvendo atividades, tais como: atendimentos em grupo e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arteterapia, visitas domiciliares, além da administração de medicamentos, atividade anteriormente considerada a principal forma de tratamento. Nestes serviços, a família é parte fundamental do tratamento, tendo atendimento específico e livre acesso ao serviço, sempre que se fizer necessário (MIELKE et al., 2009).

Os CAPS I visam atender populações entre 20 e 70 mil habitantes, com funcionamento de 8 horas diárias, de segunda à sexta-feira, contando com equipe mínima de nove profissionais, na qual se recomenda um enfermeiro sem que seja necessária formação em Saúde Mental. Os CAPS II atendem populações entre 70 e 200 mil habitantes e devem operar das 8:00 às 18:00 horas, podendo estender até às 21 horas. Seu funcionamento ocorre em dias da semana e a equipe técnica mínima deve ser composta por 12 profissionais, na qual deverá haver enfermeiro com formação em Saúde Mental. Os CAPS do tipo III atendem populações maiores (acima de 20 mil habitantes), em regime de 24 horas, durante 7 dias semanais, com equipe técnica mínima de 16 profissionais, estando incluso o enfermeiro especialista na área (BRASIL, 2002).

Os CAPS I e II têm como objetivo atender às demandas psicossociais de crianças e adolescentes que pertençam à região cuja população seja de, aproximadamente, 200 mil habitantes. Seu funcionamento segue os parâmetros de um CAPS II, no entanto, entende-se a necessidade de uma equipe de 11 profissionais, incluindo enfermeiro com formação generalista. Já os CAPS ad II atendem populações com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, cuja capacidade operacional atende populações superiores a 70 mil habitantes e o funcionamento segue os padrões de um CAPS II. São necessários 13 profissionais para atuar nesta modalidade de CAPS, sendo um enfermeiro com formação em Saúde Mental (BRASIL, 2002).

Visando atender às demandas e mudanças no perfil da população assistida por esses serviços, a Portaria 3.088/2011 amplia os tipos de CAPS e redefine alguns aspectos, a saber:

- CAPS I: Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e, também, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Indicado para municípios com população acima de vinte mil habitantes;
- CAPS II: Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local. Indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS III: Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas por dia, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de Saúde Mental, inclusive CAPSad. Indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;
- CAPSad: Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de Saúde Mental aberto e de caráter comunitário. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPSad III: Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com, no máximo, doze leitos para observação e monitoramento, operando 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes e
- CAPSi: Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Cabe ressaltar que a Portaria 3.088/2011 não traz novas considerações acerca da equipe técnica mínima necessária para desenvolver o trabalho dentro das diferentes

modalidades dos CAPS. Desta maneira, considera-se, como base, a Portaria nº 336/2002, exceto nos casos do CAPS ad III que, em 2012, dispôs de legislação própria para seu funcionamento e financiamento.

Considerando a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde e redução dos riscos e danos associados ao consumo de crack, álcool e outras drogas, o MS aprovou a Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, a qual redefine o CAPS de Álcool e outras drogas 24h e os respectivos incentivos financeiros. Dentre outros aspectos importantes, esta Portaria define que “todos os CAPS Tipo II das capitais dos Estados da federação serão transformados em CAPS AD III e, para esta modalidade, será necessário um enfermeiro com experiência e/ou formação na área de Saúde Mental. Esta legislação promoveu um retrocesso no que tange à qualificação profissional dos enfermeiros, uma vez que, de acordo com a Portaria nº 336/2002, era preciso, obrigatoriamente, um enfermeiro com formação em Saúde Mental na equipe (BRASIL, 2012).

A prática no CAPS se diferencia acentuadamente daquela desenvolvida em outros espaços de cuidado, pois extrapola as ações técnicas. O modelo psicossocial requer nova abordagem, onde o cuidado pressupõe estabelecimento de vínculo, respeito às singularidades e reconhecimento das potencialidades e fragilidades (SOARES et al., 2011).

Registra-se que o enfermeiro é o profissional capacitado durante sua formação para a observação dos aspectos biopsicossociais necessários para o cuidado. Pelas singularidades existentes no CAPS, entende-se que o trabalho da Enfermagem se insere em uma prática que valoriza o acolhimento, a escuta qualificada, as estratégias de comunicação terapêutica, o relacionamento interpessoal, o atendimento individual, entre outros. A proposta de trabalho no CAPS inclui, além da pessoa com transtorno mental, a família e a comunidade, exigindo atividades direcionadas a um grupo ampliado. A oferta de oficinas terapêuticas, as reuniões de equipe multiprofissional, o atendimento familiar, as atividades de cuidado, acolhimento e visitas domiciliares requerem flexibilização no fazer da Enfermagem, indo além do que é discutido nos espaços de formação (KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA, 2008).

A RAPS institui, como um dos componentes da assistência psicossocial, os serviços de urgência e emergência, responsáveis pelo acolhimento, pela classificação de risco e pelo cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo se articular com os CAPS, responsáveis por realizar o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental (BRASIL, 2011).

Na acepção de Kondo (KONDO et al., 2011, p.502), “emergência em saúde mental é qualquer perturbação do pensamento, sentimentos ou ações que necessitam de uma intervenção imediata para proteger a pessoa ou a terceiros do risco de morte. Nestas condições, a abordagem em saúde mental tem fundamental importância, pois em muitos casos será a primeira aproximação daquele indivíduo com o serviço de saúde. As atitudes que a equipe demonstra preponderam sobre a resposta do paciente, bem como na aceitação das recomendações e na sua adesão ao tratamento” (KONDO et al., 2011).

É sabido que os espaços descritos como serviços de urgência e emergência pela Portaria nº 3.088/2011 (SAMU, sala de estabilização, UPA 24 horas, hospitais e UBS) têm, na formação da equipe, minimamente, um profissional enfermeiro. Entretanto, não se exige a presença do profissional com formação em Saúde Mental em nenhum desses serviços. A título de exemplo, atualmente, no município do Rio de Janeiro, há quatro hospitais públicos de referência para atendimento de emergências em Saúde Mental, e, em apenas um se exige enfermeiro com formação em Saúde Mental (SAÚDE MENTAL RIO, 2012).

As ações de enfermagem devem incluir avaliação de fatores de estresse precipitantes, do estado físico e mental, do potencial suicida ou homicida e do uso de drogas. Em seguida há o planejamento da intervenção e, posteriormente, a análise final da resolução da crise e planejamento prévio. Destarte, a melhor abordagem em situação de emergência é o ouvir reflexivo, pois as pessoas em crise revelam o quanto necessitam de apoio e palavras para conceituar o significado de sua crise e descobrir caminhos para a resolução (KONDO et al., 2011, p.503).

Para Kondo et al. (2011), existem dificuldades por parte dos profissionais que atuam junto a indivíduos com transtorno mental, dentre as quais incluem: a falta de compreensão em relação ao sofrimento nos quadros de agitação psicomotora e o despreparo técnico e emocional para lidar com situações específicas da área da Saúde Mental. Nas situações de emergência psiquiátrica, o profissional pode viver sentimentos que oscilam entre medo, desconfiança, culpa, raiva, pena e insegurança.

A interlocução dos serviços de urgência e emergência com os demais espaços de cuidado da RAPS é fundamental. Em algumas situações, faz-se necessário que, após o paciente receber os primeiros cuidados em uma unidade de pronto atendimento, seja matriciado para o serviço de internação específico. A legislação que versa sobre a RAPS, considera a atenção hospitalar como um de seus componentes, sendo descritos os seguintes serviços: enfermagem especializada em HG e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de

crack, álcool e outras drogas. Ambos funcionam sob a égide da Lei nº 10.216/2001, devendo ser respeitada a internação de curta duração (BRASIL, 2011).

O HG é parte integrante entre os serviços de Saúde Mental da atenção primária e os serviços de emergência psiquiátrica, disponibilizando os leitos de atenção integral (BRASIL, 2007; BARROS, TUNG e MARI, 2010). Os serviços psiquiátricos em HG têm caráter complementar e função de suporte no atendimento de emergências psiquiátricas para o manejo de pessoas em crise. “Trata-se de um serviço em que se tem a facilidade de acesso a exames laboratoriais e de imagem, importantes no cuidado integral às pessoas com transtornos mentais graves e, assim, auxiliar na minimização do estigma e do preconceito contra estes indivíduos.” (PAES; SILVA; MAFTUM, 2013 p.409).

De acordo com a Portaria nº 3088/2011, a equipe que atua em enfermaria especializada em Saúde Mental de HG deve ter garantida a composição multidisciplinar e o modo de funcionamento interdisciplinar, tendo em vista a multidimensionalidade do indivíduo. Para que o modelo psicossocial se efetive no serviço de Saúde Mental do HG, faz-se mister superar o modelo hospitalocêntrico, valorizando o trabalho em equipe multiprofissional e os conhecimentos e habilidades técnicas especializadas (PAES; SILVA; MAFTUM, 2013).

O serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, dispõe de legislação própria (Portaria nº 148/2012), que regulamenta, dentre outras coisas, a equipe técnica que deve compor esse serviço (BRASIL, 2012). A portaria não prevê a presença do profissional enfermeiro na equipe a partir do quantitativo de leitos para internação. Naquelas em que há a inclusão desse profissional, não há menção da necessidade de que este possua formação especializada (BRASIL, 2012).

Segundo Machado e Colvero (2003), as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro nesses serviços perpassam por cuidados físicos e psicológicos, elaboração do plano de cuidados, orientação e supervisão de profissionais de nível técnico, estabelecimento de vínculo a partir de uma relação de ajuda, além de atribuições de cunho gerencial. Nota-se, então, a necessidade de um profissional polivalente, que seja capaz de suprir as diferentes demandas dos usuários e do serviço.

O enfermeiro sem formação especializada em Saúde Mental pode ter dificuldades em lidar com os usuários dos serviços de Saúde Mental, dadas às especificidades de cuidados focados na reabilitação psicossocial, tendo em vista que os currículos estão estruturados para a formação generalista (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008). A não regulamentação da

essencialidade deste perfil profissional traz prejuízos das mais diversas ordens, sobretudo às pessoas que recebem a assistência de profissionais despreparados.

A RAPS prevê, ainda, o componente “estratégias de desinstitucionalização”, representadas pelo SRT, ou moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), vindas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, dentre outros (BRASIL, 2011). O suporte de caráter interdisciplinar deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo. Além disso, é fundamental o estímulo à inserção do morador na rede serviços da comunidade da qual faz parte e no estabelecimento de vínculos com sua vizinhança (BRASIL, 2004).

Os SRT devem ser acompanhados pelos CAPS, ambulatórios especializados em Saúde Mental ou por equipe da ESF (com apoio matricial em Saúde Mental), que deve ser compatível com as necessidades dos moradores (BRASIL, 2004). Neste contexto, é papel do enfermeiro estimular a participação dos moradores nos espaços de convívio social, estando atento, também, às questões inerentes à sua saúde física e mental (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008).

Os autores reforçam que, embora as Residências Terapêuticas se configurem como equipamentos da saúde, são casas implantadas em cidades que têm como objetivo a reintegração social dos moradores. Assim, cada casa deve ser considerada como única, devendo-se respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmicas de seus moradores. Para que esse entendimento seja possível, é necessário que os profissionais responsáveis por esse tipo de serviço estejam alinhados à RP e capazes de compreender as demandas de pessoas outrora institucionalizadas e, muitas vezes, com comprometimentos graves decorrentes de longos períodos de internação.

O indivíduo em processo de reintegração social começa a perceber de que maneira a comunidade em que ele reside se organiza. A partir dessas percepções, novas demandas podem surgir, como o desejo de trabalhar e, assim, tornar-se um ser produtivo. A RAPS, através do componente “Reabilitação Psicossocial”, prevê iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais (BRASIL, 2011).

A reabilitação psicossocial, segundo Saraceno (1996), destina-se a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental. O processo de reabilitação consiste em reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: território, rede social e trabalho com valor social (SARACENO, 1996).

O trabalho mostra-se, então, como parte fundamental do processo de reinserção social dos pacientes portadores de transtorno mental. Segundo Dejours (1994), o trabalho pressupõe uma relação de dupla transformação entre o homem e o meio em que habita, sendo uma atividade que envolve aspectos físicos e psíquicos, ou seja, relaciona-se com a mobilização afetiva, levando ao prazer no trabalho em condições favoráveis ao equilíbrio, desenvolvimento e satisfação.

Neste sentido, o trabalho é compreendido como forma de reconhecimento, participação social efetiva, maneira de sustentar-se, garantir a sobrevivência ou forma de autorrealização. Portanto, a inserção no trabalho deve cumprir a finalidade de ampliar a rede de sociabilidade primária, ao possibilitar estender as relações interpessoais e estabelecer novas formas de posicionamento no seu interior, através da atribuição de valores positivos e da constituição de relações horizontais de reciprocidade. Também deve ser cumprido o objetivo de gerar renda e propiciar relações em circuitos mais amplos (SARACENO, 1999).

O enfermeiro deve se colocar como um facilitador da inserção das pessoas com transtornos mentais nos espaços sociais, tendo como atribuições: desenvolvimento de ações de reabilitação que visam ajudar o indivíduo a se inserir no contexto social, auxílio na compreensão dos diferentes modos de relação presentes na sociedade, reconhecimento e valorização de habilidades e potencialidades, assim como o auxílio no enfrentamento de suas limitações (VILLELA; SCATENA, 2004).

Face ao exposto, é possível depreender que as características assumidas pelo trabalho do enfermeiro adquirem contornos distintos, não somente pelas diferenças referentes às atribuições nos espaços de cuidado, mas também pelo lugar ocupado no conjunto do processo de trabalho em equipe, por possibilitar a expressão dos modelos de intervenção vigentes em Saúde Mental (KIRSHBAUM; PAULA 2001).

1.3 Formação e bases do ensino em Enfermagem psiquiátrica e Saúde Mental

Os movimentos sociais dos anos 1970/1980 no Brasil, através de reivindicações e pressões dos trabalhadores e sociedade civil organizada, contribuíram, decisivamente, para a conquista de vários direitos sociais que foram inscritos na Constituição Federal de 1988 (GOHN, 2011). Da mesma forma, tais lutas impulsionaram a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) de nº 8080/90, que estabeleceram o SUS, e a Lei 8.142/90 voltada para a

integralidade da atenção à saúde como princípio constitucional norteador da formulação de políticas na área. Deste modo, a efetivação das políticas públicas de saúde dar-se-á pela reorientação da política de recursos humanos no SUS e, por conseguinte, na reformulação dos currículos das instituições de ensino superior por meio de Diretrizes Curriculares adequadas ao perfil epidemiológico da população e das necessidades de saúde locais (LOPES et al., 2007).

Com a regulamentação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394/96, estabeleceram-se as Diretrizes Curriculares Nacionais para todos os cursos de Graduação, sendo as DCN/ENF homologadas pela Resolução nº 03/2001. As DCN/ENF apontam para uma formação do enfermeiro de caráter generalista, humano, crítico e reflexivo e tendo como base o princípio científico, visando desenvolver no futuro profissional competências e habilidades com vistas à atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001).

O desenvolvimento de tais competências e habilidades pressupõe a adoção de estratégias fundamentadas nas diretrizes do SUS, no conceito ampliado de saúde e na utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Nesse processo, as atividades propostas consideram como eixo estruturante o trabalho multidisciplinar, a integração entre o ensino e as demandas dos serviços e o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde da população (CORBELLINI et al., 2010, p.556).

De acordo com a DCN/ENF, o enfoque generalista é um pressuposto fundamental na formação do enfermeiro, requerendo, do graduando, um conhecimento mais global e não somente da sua área de formação, devendo incorporar a epidemiologia, educação em saúde, relação interpessoal, iniciativa, dinamismo e capacidade de trabalho em equipe multidisciplinar com o objetivo de contribuir na articulação de projetos de intervenção individual e coletiva (SANTOS, 2006).

Deste modo, a formação generalista aparece como uma estratégia que contribuiu para a inserção dos enfermeiros no mercado de trabalho. A ênfase dada pelas DCN à formação de um profissional generalista, e não em um especialista, permite que o profissional saiba integrar os aspectos relacionados à promoção e a prevenção à saúde com ações de recuperação e reabilitação e não apenas tratar e prevenir doenças (CORBELLINI et al., 2010).

Apesar da ênfase dada pelas DCN da formação de um profissional generalista, a especialização do processo de trabalho nas sociedades modernas é fato incontestável. A área da saúde não foge a essa realidade e tal fenômeno se expressa na crescente busca por cursos de especialização entre os profissionais do setor saúde (VALADARES; VIANA, 2005).

A tendência ao trabalho especializado visando garantir e aumentar a eficiência na produção se estendeu por toda a sociedade moderna, relacionando-se diretamente com a divisão técnica do trabalho. O que se configura no mundo do trabalho, a sociedade caminha rumo ao trabalhador polivalente e multifuncional. No entanto, os serviços de saúde vêm mantendo as características da sociedade moderna e o trabalho especializado é, ainda, um fato marcante, tanto na investigação científica quanto na aplicação prática (VALADARES; VIANA, 2005, p.121).

Diante disso, nota-se uma divisão acentuada entre ensino e serviço. Enquanto na dimensão estrutural das políticas de educação e de saúde existe a preocupação com a inserção do futuro profissional no SUS, a partir da proposição de estratégias de ampliação da participação das escolas formadoras no sistema de saúde, na prática, não há articulação entre os serviços e as instituições. Deste modo, o discente tem seu ensino prejudicado devido à pouca inserção prática nos serviços de saúde, distanciando-se, deste modo, dos seus problemas da proposição de estratégias de intervenção (PERES; CIAMPONE, 2006).

Ainda, segundo os autores, a situação pode ser analisada como um contrassenso, já que, ao concluir a graduação, o profissional precisará se inserir no mercado de trabalho. Este, por sua vez, deseja um profissional qualificado, porém não está disposto a investir em treinamento, com exceção de alguns hospitais universitários ou serviços públicos de saúde.

No que diz respeito à Enfermagem, verifica-se um crescimento dos cursos de especialização, inclusive na modalidade de residência, como Obstetrícia, Psiquiatria e Saúde Mental, Cardiovascular, Oncologia, centro cirúrgico, Estomaterapia, Enfermagem do Trabalho, Nefrologia, auditoria e outros. Dessa forma, o enfermeiro, que não se especializa, pode ter dificuldades de inserção no mercado de trabalho, uma vez que, de maneira acelerada, a área da saúde apresenta inovações tecnológicas, sejam elas leves ou duras, que requerem preparo especializado (VALADARES; VIANA, 2005).

Os enfermeiros que almejam a qualificação com o intuito de aprimorar seus conhecimentos e ter melhores oportunidades no mercado de trabalho, optam pela pós-graduação *lato sensu* que inclui cursos como o *Master Business Administration*, cursos de especialização e programas de residência (BRASIL, 2016).

As residências surgem no final do século XIX, nos Estados Unidos, como uma modalidade de ensino cujo objetivo era possibilitar que médicos recém-formados complementassem sua formação teórica e prática. No Brasil, a residência médica foi implantada em 1945, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Essa modalidade de especialização foi oficializada em 1977 e, com ela, deu-se a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (LOPES; LIMA, 2000).

“Foi no cenário de expansão da Residência Médica, que surgiu no Brasil o primeiro Programa de Residência na área de Enfermagem [...] no Hospital Infantil do Morumbi, em 1961” (LOPES e LIMA, 2000). No Rio de Janeiro, o primeiro curso de Residência em Enfermagem ocorreu no Hospital Universitário Antônio Pedro, em 1975, seguido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA)/MS (1977) e no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)/UERJ (1978).

Atualmente, o estado do Rio de Janeiro dispõe de quatro Residências em Enfermagem, a saber: Instituto Fernandes Figueira, INCA, HUPE e Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, que mantém convênio com o MS, a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital Naval Marçílio Dias. Há, também, outras modalidades de residência, como a multiprofissional, inclusive em Saúde Mental, na qual o enfermeiro pode se inserir.

A residência, além de propiciar a ampliação de práticas que não foram vividas na graduação ou que foram pouco trabalhadas, possibilita a sedimentação de conhecimentos e experiências, caracterizando-se como uma forma de qualificação dos enfermeiros recém-graduados, sendo uma modalidade de ensino de pós-graduação cuja finalidade é aprimorar a prática profissional e oferecer, ao mercado de trabalho, profissionais com o intuito de elevar o padrão da assistência nas instituições de saúde. Tem como característica o ensino centrado em atividades práticas, integração dos aspectos assistenciais, administrativos, de ensino e pesquisa (HADDAD, 2012).

A residência de enfermagem caracteriza-se pelo aprofundamento de conhecimentos e proficiência técnica decorrentes do treinamento em serviço, segundo o anteprojeto da lei n. 5905/73, art. 10. Acredita-se que seja possível com o suporte oferecido por essa modalidade de ensino alcançar um desempenho profissional do enfermeiro com qualidade e segurança (AGUIAR; MOURA; SÓRIA, 2004, p. 557).

A residência constitui-se em treinamento em serviço, possibilitando, ao especializando, a prática junto aos serviços de saúde, fazendo com que o profissional conheça a realidade dos processos de trabalho, assumindo a supervisão de equipes de Enfermagem e resolvendo problemas cotidianos, sempre respaldado por profissionais dos serviços e por docentes, além de atentar para práticas gerenciais modernas e respeitar os princípios éticos da profissão. Além do preparo técnico científico, o residente adquire segurança profissional para o desenvolvimento das atividades e se conscientiza da necessidade de aprendizado complementar, elegendo prioridades e integrando-se com as equipes, melhorando, deste modo, o padrão de qualidade do atendimento institucional (HADDAD, 2012).

No que diz respeito à residência em Enfermagem psiquiátrica e Saúde Mental, apenas o HUPE oferece vagas no modelo uniprofissional. A residência, nesta instituição, foi implantada há 38 anos e vem passando por diversas melhorias ao longo tempo. Um exemplo significativo, foi a autorização de criação do Curso de Especialização em Enfermagem na modalidade de Residência, em 2012, a partir de parceria estabelecida entre a Coordenadoria de Enfermagem do HUPE e a Faculdade de Enfermagem da UERJ (UERJ, 2012).

Quanto à formação de recursos humanos em Saúde Mental, é importante salientar que este processo deve estar consoante com a PNSM vigente no país, a qual segue a tendência mundial de organização de práticas comunitárias de cuidado, em substituição aos procedimentos institucionalizados para tratamento. A PNSM propõe diversos dispositivos para a atenção em Saúde Mental que devem ser articulados em rede e cujos atendimentos deverão garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e comunidade, além de prever cuidados com base nos recursos que a comunidade tem em consonância com modelo psicossocial (AMARANTE, 2007).

É importante reconhecer a complexidade do modelo de atenção psicossocial, cujas ações dos profissionais dos serviços de saúde mental são norteadas pelo estabelecimento de vínculos afetivos e profissionais entre as pessoas, com vistas ao resgate da cidadania, além de enfatizar a importância da inclusão da família no tratamento e na reabilitação. Tais pressupostos tiram a ênfase das práticas de intervenção sobre a doença, da fragmentação do cuidado e da hegemonia do saber psiquiátrico, passando a considerar o sujeito em sofrimento psíquico no seu contexto cultural, familiar e social (SILVA et al., 2013, p. 1143).

Existem vários entraves para a efetivação da PNSM, dentre eles, destaca-se a formação dos profissionais em desalinho com as propostas desta política, pois, geralmente, a formação é fragmentada, dificultando a visão integralizada do indivíduo e, na maioria das vezes, desarticulada com a prática profissional desenvolvida nos serviços de saúde (SILVA et al., 2013).

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Considerando o objeto de estudo no qual se valoriza as vivências e experiências captadas através da fala dos participantes, optou-se pela pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva. O pesquisador, que conduz a investigação descritiva, está interessado em conhecer e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los. Ao descobrir a realidade, descreve, analisa e interpreta a natureza atual ou os processos dos fenômenos. Já na exploração, “mais do que simplesmente observar e descrever o fenômeno, investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ele está relacionado” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011, p.31).

Segundo Dyniewicz (2014, p.27), “as pesquisas qualitativas baseiam-se na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios atores”.

2.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado em um hospital universitário localizado no município do Rio de Janeiro, que oferece especialização em Enfermagem na modalidade de residência em Psiquiatria e Saúde Mental.

Desde a parceria estabelecida entre o hospital e a Faculdade de Enfermagem em 2012, a orientação científica e pedagógica do curso de residência ficou a cargo da unidade de ensino, com o apoio técnico pedagógico dos respectivos departamentos e da Coordenadoria de Enfermagem da instituição. O planejamento e a execução orçamentária do curso são definidos pela Direção da Faculdade de Enfermagem e a Coordenadoria de Enfermagem do hospital, cabendo à Diretoria de Administração Financeira do hospital a gerência financeira (UERJ, 2012).

A coordenação do programa de residência, desde a sua criação até 2012, ficou sob a responsabilidade do Serviço de Treinamento e Avaliação em Enfermagem, cabendo à chefia

do serviço e aos preceptores dos campos de atuação dos residentes, o planejamento e o desenvolvimento das atividades técnicas e científicas.

Atualmente, a responsabilidade pelo planejamento, execução e avaliação do curso é da competência da Faculdade de Enfermagem, da Coordenadoria de Enfermagem da instituição de saúde e da Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem na Modalidade de Residência. A Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem na Modalidade de Residência é constituída por docente da Faculdade de Enfermagem e um enfermeiro do Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem da instituição de saúde, membros do corpo docente e do quadro de especialistas (enfermeiros preceptores), aprovados pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa (CSEPE) (CARVALHO, 2015, p.33).

O curso de residência é constituído por 12 programas, sendo: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, Enfermagem Cardiovascular, Enfermagem em Centro Cirúrgico, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem em Clínica Médica, Enfermagem do Trabalho, Enfermagem em Nefrologia, Enfermagem em Neonatologia, Enfermagem em Obstetrícia e Enfermagem em Pediatria. Os conteúdos/atividades, desenvolvidos ao longo do curso, contam com a participação de um ou mais docentes da instituição de ensino e enfermeiros preceptores do hospital (UERJ, 2012).

Segundo o regimento da residência, o especializando deve cumprir uma carga horária de 5.760 horas, correspondentes a 384 créditos obrigatórios, envolvendo disciplinas práticas e teóricas (carga horária de 20%). O curso é ministrado em duas etapas (R1 e R2) e integralizado em 24 meses, sendo 2.880 horas no primeiro ano e 2.880 horas no segundo (UERJ, 2012).

Ao término de cada turma do curso, após aprovação do conselho departamental, a Direção da Faculdade de Enfermagem encaminha o relatório final à Sub-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, em conformidade com as normas da instituição de ensino referentes à expedição e registros de certificados de cursos de especialização. Ressalta-se que, para o residente obter o título de especialista, deverá realizar um trabalho de conclusão de curso de acordo com o programa em que se encontra inserido, sendo a orientação realizada por docente e/ou preceptor, com o título de doutor e/ou mestre (UERJ, 2012).

2.3 Participantes do estudo

O convite aos participantes foi feito após o levantamento dos contatos telefônicos e/ou endereços eletrônicos dos egressos do programa de residência em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental.

No recorte temporal definido (2004-2016), foram elencados 25 possíveis participantes do estudo, sendo realizadas 9 entrevistas. Tal número justifica-se pela desatualização dos dados cadastrais dos egressos, pela dificuldade de cumprimento das datas agendadas para entrevista por parte dos convidados e por alguns não estarem inclusos nos critérios pré-estabelecidos.

Participaram do estudo os egressos do programa de residência em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental que obtiveram conhecimentos teóricos e práticos na área e que se formaram no período de 2008 a 2016, mediante os seguintes critérios de inclusão: ser egresso do curso de residência em Enfermagem psiquiátrica e Saúde Mental do HUPE; ter concluído a residência no período estabelecido; estar ou ter atuado por, pelo menos, seis meses em serviços de saúde do município ou do estado, independentemente de ser da área da Psiquiatria e Saúde Mental, considerando-se, também, atuação na área da docência.

Adotou-se como critérios de exclusão: os residentes que não finalizaram o curso; residentes de outras áreas; egressos do curso fora do período estabelecido; residentes que não estavam atuando nos serviços de saúde do município por pelo menos seis meses e aqueles que residiam fora do estado.

Com o intuito de garantir o anonimato dos participantes, na transcrição das falas e nos recortes, foram adotadas as seguintes convenções: E (Entrevistado), seguido de um número de acordo com a entrada no texto.

2.4 Aspectos éticos da pesquisa

Em atenção à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado mediante parecer substanciado e tendo recebido o certificado de apreciação ética de nº 61920616.4.0000.5259 (ANEXO).

Em consonância com a resolução, os participantes receberam duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), ficando uma via com o entrevistado e outra com o pesquisador. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contém os objetivos e todas as informações a respeito da pesquisa, resguardando os preceitos éticos, bem como garantindo o direito dos participantes declinarem da sua participação em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo de ordem profissional e/ou financeiro.

Neste estudo, em princípio, apesar de não representar riscos de qualquer natureza, foi garantida a interrupção da entrevista e o declínio de participação dos depoentes, em caso de qualquer tipo de desconforto no preenchimento do instrumento de caracterização ou com relação às respostas das perguntas do roteiro. No entanto, não houve nenhum tipo de manifestação por parte dos entrevistados.

Foi ratificado que os resultados do estudo seriam divulgados em eventos de cunho científico e os artigos publicados em periódicos, ficando, a dissertação, de acesso livre ao público após atendidas as exigências da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UERJ.

2.5 Procedimentos de coleta de dados

Após o levantamento dos residentes que concluíram a residência no período estabelecido e considerando os critérios de inclusão estabelecidos, foi feito o convite aos selecionados através de telefone ou endereço eletrônico (e-mail), cujas entrevistas foram realizadas em local privativo e livre de interrupções. Primeiramente, foi aplicado um instrumento estruturado com o objetivo de levantar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes. Em seguida, aplicou-se a técnica de entrevista semiestruturada, mediante um roteiro contendo questões acerca do objeto do estudo (APÊNDICE B).

De acordo com Dyniewicz (2014), a entrevista semiestruturada se desenvolve a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador faça as necessárias adaptações.

As entrevistas foram gravadas em meio digital do tipo mp3 e, posteriormente, transcritas em sua íntegra, cabendo destacar que o material coletado ficara sob a responsabilidade do pesquisador.

2.6 Análise dos dados

Após a transcrição de cada entrevista, foi realizada leitura flutuante para a familiarização com os conteúdos do texto, que foram analisados através da análise de conteúdo do tipo temática.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2010, p. 33).

Há diferentes tipos de análise de conteúdo e, dentre eles, a análise temática ou categorial, na qual cada técnica permite a exploração do material analisado a partir da observação de diferentes elementos presentes no texto, bem como conduz a resultados distintos em termos de compreensão da mensagem (OLIVEIRA, 2008). No presente estudo, optou-se pela análise de conteúdo do tipo temática.

A análise temática consiste em descobrir o núcleo do sentido que compõe a comunicação e cuja frequência de aparição pode significar algo a respeito do objetivo de análise. O tema é comumente utilizado como unidade de registro para estudar as motivações de opiniões, de atitudes, de crenças, de tendências, entre outras, do grupo estudado. As diferentes fases da análise de conteúdo são organizadas em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BARDIN, 2010).

Na pré-análise foram desenvolvidas as operações preparatórias para a análise propriamente dita, que ocorre através da escolha dos documentos ou definição do *corpus* de análise e dos objetivos da análise, que podem ser a elaboração dos indicadores que fundamentarão a interpretação final. No que se refere à exploração do material, trata-se de um processo através do qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto (BARDIN, 2010).

De acordo com Oliveira (2008), no tratamento dos dados, busca-se, colocar em destaque as informações fornecidas pela análise, através de quantificação simples (frequência) ou mais complexa, como a análise fatorial, permitindo apresentar os dados em diagramas, figuras, modelos. As unidades de registro podem ser identificadas através de palavras, frases,

parágrafos do texto ou ainda o segmento de texto que contém uma assertiva completa sobre o objeto em estudo, seja ele frase, parágrafo ou parte de frase ou parágrafo; o minuto de gravação, o centímetro da notícia de jornal ou outras.

Posterior ao levantamento das unidades de registro (URS), foi realizada a organização das subcategorias e categorias, mediante os critérios de homogeneidade, repetitividade e exaustividade do material transcrito, com vistas à categorização, que se constitui em operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo critérios previamente estabelecidos. O critério de categorização adotado foi o semântico, sendo agrupadas as unidades de significação por categorias temáticas (BARDIN, 2010).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo é dedicado à apresentação dos resultados do estudo que emergiram após a aplicação do instrumento de caracterização dos participantes e da análise de conteúdo temática dos depoimentos. Inicialmente, são apresentados os dados quantitativos que subsidiaram a discussão sobre a inserção dos egressos no mercado de trabalho, seguidos das categorias e as respectivas subcategorias que resultaram após a aplicação da análise de conteúdo temática.

3.1 Perfil socioprofissional e laboral dos egressos e inserção no mercado de trabalho

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos egressos. Rio de Janeiro, 2017

Características	f	(%)
Faixa etária		
26 a 35 anos	08	88,9
36 a 45 anos	01	11,1
Total	09	100
Sexo		
Feminino	07	77,8
Masculino	02	22,2
Total	09	100
Situação Conjugal		
Solteiro	03	33,3
Casado	05	55,6
Divorciado	01	11,1
Total	09	100
Renda (em salários mínimos)		
2 a 5	04	44,4
6 a 10	05	55,6
Total	09	100

Nota: n= 09

Dos entrevistados, 88,9% estão na faixa de 26 a 35 anos e 11,1% entre 36 e 45 anos de idade. Tais resultados estão em consonância com estudos do IBGE (2011) que apontam para uma faixa etária produtiva a partir dos 15 anos de idade e com estudos que falam sobre a inserção dos egressos da graduação no programa de residência.

De acordo com Zanoni et al. (2015), no curso da graduação, o tempo para o desenvolvimento das práticas é insuficiente, por isso, buscando uma formação diferenciada, os egressos procuram os cursos de residência tão logo tenham se graduado. Este raciocínio se desenvolve no momento em que os recém-formados se veem competindo por uma vaga no mercado de trabalho, onde buscam cada vez mais competências específicas (SILVA et al., 2013).

Com relação ao sexo, 77,8% dos entrevistados são do gênero feminino e 22,2% masculino. Tendo em vista que a pesquisa foi realizada com egressos de um curso de residência em Enfermagem, os resultados vão ao encontro dos estudos acerca da prevalência do gênero feminino nesta categoria profissional. De acordo com Matos, Toassi e Oliveira (2013), as mulheres constituem a maior parte dos estudantes de nível superior e a Enfermagem foi a primeira profissão universitária feminina no Brasil.

Em pesquisa realizada por Machado et al. (2016), na qual se traçou o perfil da Enfermagem no Brasil, os dados encontrados, também, evidenciam uma maior representatividade do gênero feminino, apontando a entrada de homens na profissão.

No que tange à situação conjugal, 55,6% afirmaram ser casados, 33,8% solteiros e 11,1% divorciados. Os dados encontrados também são mostrados pelo estudo supracitado, onde consta um quantitativo maior de profissionais de Enfermagem casados.

Acerca da renda em salários mínimos, 55,6% ganhavam de 06 a 10 salários e 44,4% de 02 a 05. Zanoni et al. (2015) referem que a residência oferece aporte técnico e científico para que os enfermeiros especialistas atuem em diferentes campos, sendo capacitados para desenvolverem atividades assistenciais, gerenciais, de ensino e de pesquisa, com competência e qualidade. Com isso, há uma maior possibilidade de uma recompensa financeira acima da média. No geral, os egressos de um curso de residência recebem acima de três salários mínimos mensais.

Tabela 2 – Caracterização socioprofissional dos egressos. Rio de Janeiro, 2017 (continua)

Características	f	(%)
Ano de conclusão da residência		
2008-2010	01	11,2
2011-2013	04	44,4
2014-2016	04	44,4
Total	09	100
Atuação na área de SM		
Docência	02	20,0
Assistência	04	40,0
Não se aplica	04	40,0
Total	10	100
Pós-graduação		
Mestrado em andamento	01	11,1
Mestrado concluído	01	11,1
Doutorado em andamento	01	11,1
Não se aplica	06	66,7
Total	09	100
Tempo de exercício profissional		
1-3 anos	04	44,4
4-6 anos	01	11,1
7-9 anos	03	33,4
10-12 anos	01	11,1
Total	09	100
Tempo de atuação na SM		
1-3 anos	03	33,4
4-6 anos	01	11,1
7-9 anos	01	11,1
Não se aplica	04	44,4
Total	09	100
Tipo de contrato		
Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)	08	88,9
Temporário	01	11,1
Total	09	100
Jornada de trabalho		
Manhã	01	7,7
Tarde	01	7,7
Serviço diurno	07	53,8
Serviço noturno	03	23,1
Não se aplica	01	7,7
Total	13	100
Número de vínculos		
01	02	22,2
02	03	33,3
>02	03	33,3
Não se aplica	01	11,2
Total	09	100

Tabela 2 – Caracterização socioprofissional dos egressos. Rio de Janeiro, 2017 (conclusão)

Características	F	(%)
Horas de trabalho semanais		
30	01	11,1
40	03	33,3
60 ou mais	04	44,5
Não se aplica	01	11,1
Total	09	100

Nota: n = 9

Dos egressos entrevistados, 11,2% estavam no período compreendido entre 2008 a 2010, 44,4% se formaram entre os anos de 2011 e 2013 e 44,4% entre 2014 e 2016.

A dificuldade de acessar egressos de períodos anteriores a 2008 deveu-se, em parte, ao fato de os registros (telefone e endereço eletrônico) disponíveis, na secretaria de pós-graduação, encontrarem-se desatualizados, na ocasião em que foi realizado o levantamento daqueles que concluíram a residência.

No que diz respeito à absorção dos egressos pelo mercado de trabalho, os depoimentos ratificam a importância da residência, em termos de obtenção do primeiro emprego, independentemente de ter sido na área em que se especializou.

[...] Além de mim mesmo, todos os colegas calouros e veteranos se encontram fazendo o que gostam e inseridos na rede de saúde. Acredito que este seja um aspecto muito positivo da residência (E3).

[...] Em minha turma, éramos 5 enfermeiras. Atualmente tenho notícias que 4 estão trabalhando na área de saúde mental e, pelo menos, 3 foram admitidas por gestores dos locais onde passaram pela residência, o que só reforça a minha pontuação que a residência nos possibilita construir um trabalho e, através dele, ter a possibilidade de ser contratada (E7).

[...] A minha inserção no mercado de trabalho, o primeiro emprego, eu consegui muito por causa da especialização (E8).

Os currículos dos cursos de graduação, na área da saúde, são construídos a partir do perfil epidemiológico da população brasileira e problemas de saúde vigentes, com vistas à promoção, prevenção e tratamento de agravos. Acompanhando o processo de reestruturação do processo de cuidado, os cursos da área da saúde buscaram aprimorar seus currículos a fim de garantir a formação de profissionais qualificados. Desta maneira, o enfermeiro que ingressa em um programa de residência traz consigo expectativas em torno da sua qualificação que perpassam tanto construções pessoais quanto profissionais (ZANONI et al., 2015).

A residência em Enfermagem constitui-se em um treinamento em serviço que possibilita, ao profissional em formação, estabelecer uma relação entre teoria e prática, conhecendo a realidade dos processos de trabalho, assumindo responsabilidades e enfrentando as dificuldades e limites impostos pelo sistema de saúde. Ainda que respaldado pelos profissionais do serviço e docentes envolvidos no processo de formação, o residente, em algumas situações, assume o papel de enfermeiro da unidade a qual integra, o que o possibilita se desenvolver profissionalmente e o prepara para o mercado de trabalho (HADDAD, 2012).

Todo este conhecimento e competências adquiridas podem refletir em recompensa financeira. Segundo Silva (2013), a maioria dos profissionais qualificados recebe salários considerados acima da média dos recebidos por recém-formados. Dessa maneira, a melhoria na condição financeira ocorre na medida em que estes profissionais saem do anonimato de recém-formado, tornando-se profissionais especializados, reconhecidos e valorizados pelo mercado de trabalho (SILVA, 2013).

Destaca-se que as competências adquiridas permitem a estes egressos a atuação em diferentes campos, com habilidades técnicas e científicas que os tornam diferenciados, altamente competitivos e habilitados a atuarem em importantes áreas do conhecimento e obtenção de cargos (ZANONI et al., 2015).

Consideraram-se, como possibilidades de atuação na área de Saúde Mental, a docência, a gerência e a assistência. Nenhum participante referiu atuar como gestor e, por este motivo, este aspecto não foi contemplado nas discussões. Há o relato de um profissional que atuava tanto na assistência quanto na docência. Sendo assim, para esta variável considerou-se um total de 10 respostas. Com isso, 20% atuavam na docência, 40% na assistência e 40% não estavam atuando na rede de atenção em Saúde Mental no momento em que os dados foram coletados.

A inserção nos referidos espaços de trabalho e também as dificuldades de acesso às vagas para enfermeiro em Saúde Mental, estão referidas nas falas a seguir:

[...] Consegui me inserir na docência por conta de minha expertise [...] e minha formação em Saúde Mental (E3).

[...] Percebo que há uma dificuldade para ingressar diretamente no mercado de trabalho em Saúde Mental. O campo de atuação tem vagas restritas, poucos concursos (E5).

[...] Onde eu trabalho agora não é diretamente com Saúde Mental, mas eu parto do princípio que em qualquer lugar que eu vá trabalhar, eu vou lidar de alguma forma com isso (E1).

Apesar de a atenção em Saúde Mental ter se expandido, sobretudo após a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS, identificou-se que a entrada neste mercado de trabalho ainda é muito difícil. Não há concursos públicos suficientes para absorver os especialistas em Saúde Mental, ficando as contratações sob a responsabilidade das Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Quando questionados sobre a realização da pós-graduação *stricto sensu*, 11,1% responderam que estão cursando o mestrado, 11,1% concluíram o curso, 11,1% estão cursando o doutorado e 66,7% não buscaram esta qualificação.

De acordo com as falas, a busca pela pós-graduação, nos níveis de mestrado e doutorado, ocorreu pela necessidade de aprofundamento dos conhecimentos científicos e busca de melhor instrumentalização para a prática profissional. Há, também, egressos que objetivam seguir carreira acadêmica, sendo esse tipo de formação fundamental para o ingresso em instituições de ensino superior, tanto na rede pública, quanto privada.

[...] Busquei o doutorado porque precisava me preparar para competir pelas vagas nas grandes universidades (E2).

[...] Após a residência, levei um tempo para ingressar no mestrado, mas precisava dele para seguir na docência (E3).

[...] Penso em ingressar no mestrado, pois desejo seguir a carreira acadêmica (E5).

A busca por outras especializações, além da residência, é motivada pelo desejo de aquisição de novos conhecimentos e competências, pela progressão profissional, pelo enriquecimento do currículo, por um melhor desempenho no trabalho e pela tentativa de conseguir um emprego melhor remunerado. A residência incentiva a busca por aprimoramento científico, que resulta em maior qualificação profissional, o que pode ser fator que impulse, também, a procura pelos cursos de mestrado e doutorado (FERREIRA, 2013).

A formação do residente em pesquisa é fundamental para que o especializando realize suas atividades com embasamento científico e promova transformações em sua prática profissional, além de prepará-lo para o ingresso em programas de pós-graduação *stricto sensu*. Esse tipo de capacitação eleva a qualidade da assistência de Enfermagem e forma profissionais bem preparados para o exercício profissional, com condições de competir e atender as demandas do mercado de trabalho (HADDAD, 2012).

No que se referiu ao tempo de exercício profissional e de atuação como enfermeiro em Saúde Mental, identificou-se que, até por uma necessidade de sobrevivência e por conta das

variações do mercado de trabalho e oportunidades de emprego, o fato de realizar uma residência, apesar de ser um fator relevante em termos de conhecimentos e experiência, nem sempre garante o primeiro emprego na área em que o egresso se especializou. As diferenças se referem apenas ao fato de atuarem na área ou em outras, considerando o currículo vigente formar enfermeiros generalistas.

Dos nove entrevistados, considerando o tempo de formados, evidenciou-se que 44,4% atuavam como enfermeiros de 1 a 3 anos, 11,1% de 4 a 6 anos, 33,4% de 7 a 9 anos e 11,1% encontravam-se inseridos na rede de saúde como enfermeiros há 10 e 12 anos, respectivamente, por acumularem mais de um vínculo. Quanto ao tempo de atuação na Saúde Mental, 33,4% afirmaram atuar de 1 a 3 anos, 11,1% de 4 a 6 anos, 11,1% acima de 6 anos e 44,4% referiram nunca ter atuado na área.

Os depoimentos, a seguir, apontam as dificuldades enfrentadas pelos egressos, no que diz respeito à inserção na Saúde Mental.

[...] Acredito ser difícil a entrada dos egressos da residência no mercado de trabalho. Não há facilidades em encontrar empregos na área para o enfermeiro. Eu mesma, após sair da residência, nunca mais trabalhei diretamente na Saúde Mental (E9).

[...] Considero o mercado de trabalho em Saúde Mental limitado e fechado. Interpreto essa dificuldade como resultado do estigma vivido pela Saúde Mental (E6).

[...] Apenas 18 meses depois, consegui iniciar na docência devido minha residência em Enfermagem na Saúde Mental, pois o cargo exigia esse tipo de especialização (E5).

Sobre os tipos de contrato que regem o emprego dos egressos, identificou-se que 88,9% trabalhavam sob o regime da CLT e 11,1% como temporários ou precarizados. Infere-se, com base nos resultados, que esta situação, pode ser explicada em função da escassez de concursos públicos como relatado:

[...] Acho que a Saúde Mental é um mercado difícil; quase não tem concurso e acaba sendo mais em relação a contrato mesmo (E1).

[...] No mercado de trabalho em Saúde Mental, tive muita dificuldade para conseguir emprego. Parece ser restrito, não há muita divulgação das vagas e escassos são os concursos e/ou vagas para Enfermagem em Saúde Mental (E5).

O regime celetista, ao regulamentar as relações trabalhistas entre patrão e empregado, principalmente na esfera privada, garante direitos, tais como férias, 13º salário, afastamento para tratamento de problemas de saúde, licença-maternidade e outros, numa tentativa de coibir as relações abusivas de trabalho (BRASIL, 1943). Todavia este tipo de contratação, por

não garantir estabilidade empregatícia, limita a possibilidade de crescimento profissional e salarial dos profissionais. Na área de saúde, com o processo de flexibilização das relações trabalhistas, novos modelos de gestão têm sido adotados pelas secretarias de saúde e hospitais com a implantação das OSS, cujos contratos de trabalho são regidos pela CLT (BARBOSA; ELIAS, 2010).

Como asseveram Costa e Tambelini (2009), a falta de proteção social, a insegurança, o medo de perder o emprego, o desrespeito aos direitos do trabalhador e as doenças que sobre ele advém são consequências do modelo neoliberal. Portanto, a compreensão sobre a precarização do e no trabalho no setor saúde exige uma análise profunda da crise do capital e, ao mesmo tempo, da capacidade de organização da classe trabalhadora, nos diversos espaços sociais, políticos e de trabalho. Esta crise tem sido uma condição básica tanto para a elevação das taxas de lucro, quanto para a redução dos direitos e a reformulação das condições gerais do contrato de trabalho.

A política recessiva disseminada pela Reforma do Estado do Governo Federal, a partir da década de 1990 (ALVES et al., 2015), e o conseqüente processo de reforma administrativa do Estado afetaram, de modo contundente, a Política Nacional de Saúde em várias dimensões, dificultando a operacionalização do SUS em garantir o acesso universal e a integralidade no atendimento, uma vez que o Estado se mostra incapaz de fazer valer os preceitos constitucionais de acesso ao serviço público por meio de concursos. Os hospitais universitários passaram a conviver com a redução gradativa de pessoal. Tal redução deveu-se a não realização de concursos públicos, associada à escassez de investimentos em tecnologia e infraestrutura necessárias para suprir as demandas do ensino, pesquisa, extensão e assistência.

Não só os hospitais vêm enfrentando dificuldades em relação à contratação de pessoal e/ou abertura de concursos, mas também os CAPS, como parte de uma rede psicossocial abrangente. A rede, até 2012, contava com 1650 CAPS, um crescimento de 330%, desde 2003, atingindo uma cobertura nacional de 68% da população e, como parte de uma política pública em saúde, a organização do novo modelo de atenção em Saúde Mental precisa ser fortalecida, enquanto se busca sua definitiva consolidação e superação do antigo modelo (ATHAYDE; RENNINGTON, 2012).

Assim, os CAPS, como parte das unidades assistenciais da rede municipal, tiveram que buscar alternativas de contratação de novos trabalhadores, em função do constrangimento da Lei de Responsabilidade Fiscal. Com isto, surgiram problemas associados à precarização do trabalho, identificada como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde, prejudicando a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS

e comprometendo a relação dos trabalhadores com o sistema. As prefeituras tornaram-se as principais responsáveis pela contratação de trabalhadores e pelo gerenciamento dos serviços, utilizando, inclusive, parcerias com Organizações Não Governamentais ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e contratos com cooperativas (BRASIL, 2011).

Para Antunes (2004), o reordenamento das relações de trabalho, nas últimas décadas, é decorrente de uma reestruturação da base técnica do setor produtivo e de uma reorganização das relações econômicas internacionais, associadas ao processo de globalização.

A intensificação laboral é traço característico da atual fase do capitalismo e tem levado ao consumo desmedido das energias físicas e espirituais dos trabalhadores. A insegurança gerada pelo medo do desemprego faz com que as pessoas se submetam a regimes e contratos de trabalho precários, percebendo baixos salários e arriscando sua vida e sua saúde em ambientes insalubres, de alto risco (SOUZA; PASSOS; TAVARES, 2015, p. 2076).

Considerando a relação que se estabelece entre as unidades de registro “turnos de trabalho”, “número de vínculos empregatícios” e “carga horária semanal de trabalho”, optou-se por agrupar estas unidades temáticas, com o intuito de possibilitar uma melhor discussão desses resultados.

Quando questionados sobre aos turnos de trabalho nos respectivos empregos, 7,7% responderam que atuavam no período da manhã (7h e 13h); 7,7% no período da tarde (13h às 19h); 53,8% em regime de plantão diurno (7h às 19h); 23,1% noturno (19h às 7h), sendo que 7,7% não possuíam vínculo empregatício na ocasião em que os dados foram coletados. Ressalta-se que algumas respostas foram duplicadas pelo fato de alguns participantes terem mais de um vínculo empregatício.

Quanto ao número de empregos, 22,2% responderam possuir apenas um vínculo em um serviço de saúde e instituição de ensino; 66,6% acumulam 2 ou mais vínculos e 11,2% não se encontrava trabalhando.

No que diz respeito à carga horária semanal de trabalho, considerando o número de vínculos empregatícios, apenas 11,1% cumpriam 30 horas, os demais 33,3% (40h) e 44,5% (acima de 60h). Esses resultados apontam para uma característica vigente no setor saúde e na Enfermagem, cujos trabalhadores, diante da necessidade de aumento da renda familiar, se submetem a jornadas de trabalho exaustivas, em regime de plantão, para acumularem mais de um vínculo empregatício (Machado et al., 2016).

Para ilustrar os dados obtidos, destacaram-se algumas falas dos egressos:

[...] Na residência, ficamos expostos a uma carga horária terrível que, na verdade, se repete quando saímos para o mercado de trabalho (E2).

[...] No momento, eu atuo em dois Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras drogas na cidade do Rio de Janeiro [...] e atuar em dois CAPS é bastante exaustivo (E8).

O mundo contemporâneo requer cada vez mais dinamicidade e respostas rápidas às suas necessidades e, no que diz respeito aos serviços de saúde, não é diferente. E, para responder a essa dinâmica e urgência, esses serviços precisaram se adequar às necessidades de assistência nas 24 horas, funcionando diariamente. Assim, o trabalho em turnos é caracterizado por uma organização laboral na qual estão envolvidas várias categorias profissionais que se revezam diariamente. É organizado em jornadas que podem ocorrer em diferentes dias e horários, de maneira fixa ou em forma de rodízio. A área da saúde é um setor que utiliza esquemas de trabalho em turnos pela necessidade de assistência ao indivíduo e família nas 24 horas. Inclui-se, nesta forma de organização, o trabalho noturno que, por envolver alteração do ciclo circadiano, promove agravos à saúde do trabalhador, conforme apontado por diferentes pesquisas. (MENDES; MARTINO, 2012).

Segundo Selegim et al. (2012), os enfermeiros enfrentam jornadas de trabalho extensas, com padrão de sono e descanso de má qualidade, onde, muitas vezes, causam um comprometimento no período de recuperação das funções neurovegetativas, atuando de forma prejudicial à saúde. Os profissionais de qualquer área necessitam de pausas no trabalho ou pequenos intervalos de descanso, no sentido de recuperar as energias e promover o relaxamento, principalmente, aqueles que trabalham em regime de turnos.

As jornadas de trabalho no período noturno desencadeiam diversos problemas de saúde (LISBOA et al., 2010). Os enfermeiros que atuam no período noturno acabam apresentando problemas de saúde devido à alteração do ciclo circadiano e exposição à carga horária laboral extensa, expondo-se a riscos de fadiga, aumento do peso, diabetes, hipertensão, alterações do padrão do sono e outros.

O número de vínculos empregatícios é outra variável que pode gerar agravos à saúde e, invariavelmente, está relacionado à carga horária semanal de trabalho. Ressalta-se que, neste estudo, 66,6% dos egressos possuíam 02 ou mais vínculos empregatícios e a maior parte (44,5%) encontrava-se exposta a riscos à saúde devido ao cumprimento de 60 horas semanais ou mais de trabalho.

Tais dados vão de encontro à regulamentação da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº293/2004. Esta regulamentação diz respeito à carga horária de trabalho do enfermeiro, considerando apenas um vínculo empregatício, na qual o profissional encontra-se

respaldado legalmente. Deste modo, o profissional lotado em atividade assistencial deve cumprir a carga horária de 36 horas semanais e 40 horas para os demais que realizam atividades de cunho gerencial.

Alerta-se que, embora o indivíduo, por suas características genéticas, hereditárias e culturais reajam de maneira diferente aos mesmos estímulos e tenham limiares diferentes de esgotamento por estresse, é consensual, nos estudos científicos, que a exposição excessiva às fontes de estresse no trabalho gera agravos à saúde, com repercussão para a qualidade de vida dentro e fora do trabalho (DALRI et al., 2014).

Os trabalhadores de Enfermagem, principalmente aqueles que trabalham no ambiente hospitalar e em regime de turnos, apresentam riscos de exposição e adoecimento em função das inúmeras fontes de estresse advindos da natureza do trabalho e do próprio ambiente físico e psicossocial do trabalho. Há vivências marcadas por acidentes de trabalho, doenças, incapacitantes, absenteísmo e abandono da profissão (VASCONCELOS et al., 2012).

3.2 Categoria 1 - A residência em Saúde Mental e a construção da identidade profissional

A partir da aplicação dos critérios de homogeneidade, repetitividade, agregação dos elementos e exaustividade, a presente categoria foi elaborada mediante a seleção 176 UR, sendo dividida nas seguintes subcategorias: estabelecendo a relação teoria e prática com 117 UR (66,5%); valorização da residência em Saúde Mental com 38 UR (21,6%) e fortalecimento da identidade profissional e de especialista com 21 UR (11,9%).

Quadro 1 – Residência e formação da identidade profissional. Rio de Janeiro, 2017

UR	%	UNIDADES DE REGISTRO	US	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
117	66,5	Outro olhar, relacionamento terapêutico, empatia, relacionamento interpessoal, mediação de conflitos, habilidades terapêuticas, participação política, experiência prática, trocas, desenvolvimento de competências técnicas	Aprendizado teórico-prático	Estabelecendo a relação teoria e prática na residência	A residência em Saúde Mental e a construção da identidade profissional
38	21,6	Capacitação profissional, diferencial na contratação, crescimento profissional, crescimento pessoal, diversificação de experiências, qualificação profissional	Valorização da residência	O valor da realização da residência em Saúde Mental	
21	11,9	Legitimação do papel profissional, reconhecimento como enfermeiro, legitima o papel como profissional da Saúde Mental	Identidade profissional	Fortalecimento da identidade profissional	
176	100				

Nota: n=9

3.2.1 Subcategoria 1: Estabelecendo a relação teoria e prática na residência

Ao estabelecerem a relação da teoria com a prática da residência em Saúde Mental, os egressos ratificaram a relevância desta modalidade de formação, por possibilitar o desenvolvimento de competências e habilidades, tais como: o relacionamento terapêutico, a empatia, o aprimoramento de competências técnicas e de habilidades terapêuticas, a agregação de novas práticas em Saúde Mental, a possibilidade de trocas inter e intra equipe e instituições, além deste tipo de especialização contribuir para o relacionamento interpessoal e a mediação de conflitos em vários espaços de cuidado.

A partir das unidades de registro elencadas e considerando a frequência de aparição nos depoimentos, são discutidas as seguintes unidades ou temas: o relacionamento terapêutico profissional-usuário, a empatia e o relacionamento interpessoal.

Evidenciou-se que, na visão dos egressos, a Residência em Saúde Mental propiciou conhecer e ampliar conhecimentos e habilidades inerentes ao cuidado em Saúde Mental, assim como em outras áreas. O relacionamento terapêutico foi citado em diversos depoimentos, sendo apontado como uma das mais importantes ferramentas apreendidas ao longo da especialização. A frequência de aparições desta unidade temática demonstra o

quanto este aprendizado marcou a trajetória de formação dos egressos. Com isso, buscou-se trabalhar esta temática, discutindo-a não só no âmbito da Saúde Mental, mas como parte integrante do cuidado em saúde.

Os trechos, a seguir, ilustram a relevância do aprendizado teórico-prático acerca do relacionamento terapêutico:

[...] ter aprendido sobre práticas de relacionamento terapêutico e as ferramentas de cuidado utilizadas nas consultas de Enfermagem em Saúde Mental, favoreceu meu relacionamento com o usuário no âmbito hospitalar e aumentou a possibilidade do estabelecimento de vínculos (E5).

[...] na Saúde Mental, eu acho que o relacionamento terapêutico é uma ferramenta fundamental e isso durante a internação e o acompanhamento no CAPS pude trabalhar melhor (E1).

[...] O cuidado, o relacionamento terapêutico como instrumento e ferramenta do trabalho foram os 2 principais legados que a residência me deixou (E2).

De acordo com Kantorski et al. (2005), o relacionamento terapêutico constitui-se em um importante instrumento de cuidado de Enfermagem que permite a reintegração e reorganização da pessoa com transtorno mental ou sofrimento psíquico. Trata-se de uma tecnologia complexa, destinada ao entendimento do ser humano em todos seus aspectos, respeitando suas potencialidades e limitações. Através do relacionamento terapêutico estabelecido, é possível estimular o sujeito a buscar seus mecanismos de autocuidado e autoconhecimento, tornando-o parte integrante do processo de cuidar.

No que diz respeito, especificamente, à formação do profissional enfermeiro em Saúde Mental, tem-se que o relacionamento terapêutico compreende interações planejadas entre enfermeiro e a pessoa que precisa de ajuda, com objetivos definidos e compromisso recíproco. A teoria do relacionamento terapêutico dispõe de quatro fases para seu desenvolvimento: pré-interação, introdutória ou de orientação, desenvolvimento e término. Cabe ressaltar que as fases não são rígidas e podem se sobrepor ao longo do processo. (NÓBREGA; FERNANDES; SILVA, 2017).

De acordo com Nóbrega, Fernandes e Silva (2017), “a transformação ocorrida no estabelecimento de um relacionamento terapêutico é mútua, sendo natural nesse processo o profissional se identificar com aspectos da vida do usuário, porém é fundamental que aquele que cuida, saiba separar o que é seu daquilo que é do outro” (NÓBREGA; FERNANDES; SILVA, 2017, p.3). Neste aspecto, é muito importante que o residente, em seu processo de aquisição de habilidades, seja supervisionado por docentes e/ou preceptores a fim de que

possa compartilhar suas vivências e dificuldades no manejo do sofrimento psíquico do usuário.

Cabe ressaltar que o desenvolvimento desta habilidade não se limita a espaços de cuidado em Saúde Mental, como os CAPS, estando presente em vários contextos a partir do momento em que existe a interação entre usuários e profissionais. Ao reconhecer o relacionamento como ferramenta de cuidado, o enfermeiro possibilita ao usuário exercer um papel ativo na tomada de decisões e de enfrentamento do seu sofrimento, independente da doença de base.

Atualmente os serviços de saúde, sobretudo os de atenção primária, responsáveis por grande parte da demanda de atendimentos, encontram dificuldades para utilizar essas ferramentas relacionais, uma vez que os profissionais nem sempre se sentem preparados. Espera-se que essas habilidades não estejam restritas aos profissionais com formação específica em Saúde Mental, devendo ser incluída na graduação. Nóbrega, Fernandes e Silva (2017), afirmam em seu estudo que, em determinados espaços de cuidados primários, as equipes não se encontram preparadas para lidar com situações que requeiram estabelecimento de vínculo mediante o relacionamento terapêutico e empatia. Isto porque, para alguns profissionais, principalmente da área biomédica, essas são competências que devem ser aprendidas apenas por profissionais de Saúde Mental e, da mesma forma, só devem ser aplicadas a pacientes com transtornos mentais.

Os egressos apontaram, como fragilidade da residência, o fato de ter havido pouca discussão e teorização sobre aspectos relacionados à empatia, ratificando a importância da criação e manutenção de espaços de discussão/reflexão da prática, com vistas a melhor qualificação. Enfatizaram, em seus depoimentos, a importância da empatia como recurso para o aprimoramento profissional, sua relevância no processo de trabalho e como esta habilidade os aproximou dos usuários e familiares e, também, como forma de manejo do sofrimento do outro.

Os trechos abaixo tratam da importância da empatia no processo de formação dos residentes.

[...] Acho que o principal ponto positivo da residência foi conhecer mais sobre a empatia e poder discutir um pouco sobre ela e saber o que é de fato; se, de fato, a gente consegue aplicar a empatia no dia a dia (E8).

[...] Os saberes que mais contribuíram para o meu desenvolvimento profissional foram o vínculo e a empatia. Ambos permeiam todo processo de trabalho, na relação profissional-profissional e profissional-usuário (E6).

[...] Eu observo que outras colegas de trabalho que não tem a formação em Saúde Mental, como eu, têm um pouco mais de dificuldade de contornar certas situações. A empatia, por exemplo, é algo que desenvolvemos na residência em Saúde Mental e faz muita diferença no momento de lidar com o sofrimento do outro (E1).

Kestenberg (2013, p.428) afirma que a empatia se constitui em um “fenômeno multidimensional que engloba componentes cognitivos, afetivos e comportamentais”. O cognitivo é compreendido pela capacidade de o indivíduo interpretar e compreender os sentimentos e pensamentos do outro. O componente afetivo relaciona-se aos sinais de simpatia e de compaixão e o componente comportamental caracteriza-se por comunicar, de forma verbal e/ou não verbal, um reconhecimento explícito dos sentimentos e da perspectiva da outra pessoa, de forma que ela se sinta, de fato, compreendida.

No entanto, segundo a autora supracitada, parece consensual sobre o quanto a empatia é fundamental para que o profissional de Enfermagem possa desenvolver seu trabalho com um olhar mais ampliado e sensível, ao descrever, em seu estudo, que as pesquisas na Enfermagem evidenciam, de maneira geral, a utilização da empatia em uma perspectiva emocional e afetiva.

Para Caballo (2006), a empatia remonta a uma habilidade social multidimensional, desenvolvida, sobretudo, na fase da infância. E, enquanto habilidade de interação social, a empatia pode ser compreendida como a capacidade de compreender, compartilhar ou considerar sentimentos, necessidades e perspectivas de alguém, expressando este entendimento de maneira que a outra pessoa se sinta compreendida e validada (FALCONE et al., 2013).

No que tange à relação que se estabelece entre o profissional de Enfermagem e o usuário do serviço, estudos apontam o fato deste profissional encontrar-se na porta do sistema de saúde e da relevância do seu papel no que diz respeito ao acolhimento, de modo que o usuário possa se sentir acolhido. O acolhimento contribui para o estabelecimento de vínculos e a adesão ao tratamento. Especialmente na área de Saúde Mental, o vínculo é uma importante ferramenta na construção do cuidado. E, para que ele ocorra, faz-se necessário lançar mão da empatia, onde a habilidade de acolher/cuidar está diretamente relacionada àquela, no processo de cuidado.

Outra unidade temática bastante presente nos discursos dos egressos, foi o relacionamento interpessoal, sobretudo no que diz respeito aos vínculos estabelecidos com os demais residentes, inclusive de outras áreas, o que possibilita o aprendizado, a troca de

conhecimentos e compartilhamento de experiências entre os vários integrantes da equipe de Saúde Mental.

As relações de amizade construídas ao longo da residência, na visão dos egressos, funcionam como uma rede de apoio psicossocial diante do processo de formação, principalmente, ao se considerar as dificuldades enfrentadas pelo residente no cotidiano das instituições de saúde e seus reflexos no convívio familiar e social. De acordo com os relatos, por vezes, a relação de amizade estabelecida entre os residentes e demais profissionais do setor, agiam como fator de proteção, tendo em vista a carga horária extensa e as exigências impostas pela residência.

[...] A residência me oportunizou [...] aprender e praticar o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar (E4).

[...] As amizades foram, sem dúvida, a maior riqueza da residência. Os profissionais que eu me tornei amigo, os professores, os meus amigos residentes, os trabalhadores (E2).

[...] Considero o relacionamento da equipe, o entrosamento, os momentos com minhas amigas, as trocas, como aspectos positivos da residência. Esse relacionamento saudável é fundamental para enfrentarmos todas as dificuldades (E1).

Silva et al. (2007) referem que todo relacionamento interpessoal mobiliza processos psíquicos e afetivos e o que se verifica, na prática, é que a vida cotidiana é caracterizada pela convivência em grupo. “Os seres humanos são essencialmente sociais, instintivamente motivados por uma necessidade de se relacionar. É nessa interação que descobrem suas próprias capacidades e as exercitam” (CARVALHO, 2009, p.72).

Partindo dos princípios da RP, o trabalho das equipes, ao contrário de fragmentado e compartimentalizado em saberes e práticas, deve seguir a lógica da troca e do respeito aos saberes de todos os componentes, independente da categoria, daí a expressão “técnicos em Saúde Mental”. Neste sentido, deverão ser consideradas as noções de trabalho em equipe referidas por Peduzzi (2001), sendo uma denominada “equipe agrupamento ou justaposição” dos agentes e fragmentação e a outra “equipe de integração”. Na equipe de integração, existe articulação das ações e interação entre os agentes, sendo, esta noção de equipe, o modelo ideal para a efetivação e eficácia das práticas em saúde.

3.2.2 Subcategoria 2: Valorização da realização da residência em Saúde Mental

A realização da residência em Saúde Mental, como relatado pelos egressos, possui um valor inestimável pelo fato de esta metodologia de ensino propiciar: a capacitação profissional, o diferencial na contratação, o crescimento profissional e pessoal, a diversificação de experiências, o aperfeiçoamento das habilidades em Saúde Mental e a realização de um cuidado diferenciado. Nesta subcategoria, destacaram-se as unidades de registro que evidenciaram a residência como uma especialização que contribui para a inserção no mercado de trabalho, capacitação profissional e o aperfeiçoamento de habilidades em Saúde Mental.

A unidade temática inserção no mercado de trabalho, citada juntamente com as características socioprofissionais dos participantes no estudo, foi bastante recorrente nos depoimentos. Assim, optou-se por aprofundar a análise desta unidade, tendo em vista a sua frequência e repetitividade nas entrevistas realizadas.

De maneira geral, todos os entrevistados relataram, em suas falas, que a residência propiciou maior facilidade de absorção pelo mercado de trabalho. Por outro lado, pontuaram que o fato de fazer a residência não garantia a obtenção do primeiro emprego, principalmente, em relação às instituições privadas, que exigiam experiência. Em outros momentos, o relacionamento interpessoal entre os vários profissionais foi também referido como facilitador do processo de inserção no mercado de trabalho.

Ainda que nem todos tenham conseguido atuar na área da Saúde Mental, após a conclusão da residência, os participantes conseguiram se inserir no mercado de trabalho, como referido:

[...] O primeiro CAPS que eu trabalhei exigia que o enfermeiro tivesse especialização em Saúde Mental. Então, isso colaborou, prioritariamente, para eu conseguir a vaga (E8).

[...] As minhas possibilidades de emprego surgem a partir da residência. Antes de finalizar o processo de residência, já me haviam sido ofertados dois empregos na área. (E7).

[...] Creio que realizar a residência foi fundamental para que eu iniciasse minha trajetória profissional. Acredito que ela tenha sido um diferencial para minha contratação, visto que as empresas buscam profissionais cada vez mais qualificados. (E4).

Na acepção de Silva (2013), a residência em Enfermagem é uma modalidade de ensino-aprendizado que preenche algumas lacunas na graduação, considerando que as atividades práticas ou estágios nos serviços de saúde nem sempre são suficientes para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades específicas. Ressalta-se que, para os egressos, a importância da residência se materializa ou é valorizado no momento em que os recém-formados se veem tendo que competir por uma vaga em um mercado de trabalho cada vez mais competitivo e exigente.

Em estudo realizado por Mota (2016) com egressos de um curso de especialização, evidenciou-se que a realização de uma especialização na modalidade residência possibilita-os maior acesso às vagas disponíveis no mercado de trabalho, sejam elas na área de formação ou em outro campo. A residência possibilita ao profissional em formação a construção de uma trajetória pautada na integralidade do cuidado, a partir do compartilhamento dos saberes e práticas e ampliação dos conteúdos teóricos. Dessa maneira, o residente entra no mercado de trabalho melhor qualificado e mais apto a competir por uma vaga de emprego.

Para os egressos, a realização da residência em Saúde Mental propiciou capacitação profissional, a partir das experiências de trabalho vivenciadas em diferentes espaços de cuidado, a troca de conhecimentos com outras categorias profissionais, a possibilidade de pensar, estrategicamente, em ações a serem implementadas, propiciando a prestação de uma assistência de melhor qualidade.

Os egressos destacaram como competências e habilidades aprimoradas durante a residência, no que diz respeito à capacitação profissional, a capacidade de liderar uma equipe, a de construir projetos terapêuticos em conjunto com outras categorias profissionais, bem como aprender a mediar conflitos existentes nas relações de trabalho, dentre outras:

[...] A especialidade em Saúde Mental me proporcionou diferentes experiências de trabalho que me capacitaram para diferentes postos, diferentes lugares de atuação. Sem dúvida adquiri e aprimorei outras competências (E2).

[...] Adquiri a capacidade [...] de poder pensar estrategicamente minhas ações, proporcionando uma assistência de melhor qualidade ao usuário e família. (E7).

[...] Os conhecimentos adquiridos na residência permitem que eu exerça minha profissão com qualidade, praticando uma boa assistência, orientando minha equipe e passando meus conhecimentos adiante (E4).

Os egressos, ao se referirem à capacitação profissional, foram enfáticos ao afirmarem a importância de o enfermeiro ter preparo para o manejo das comorbidades, considerando que os pacientes, independente do dispositivo de cuidado em que se encontra inserido, trazem, a

reboque do transtorno mental, comorbidades como diabetes, hipertensão e outras doenças que necessitam de avaliação para a implementação de cuidados, solicitação de pareceres e matriciamento com as unidades de referência.

Neste sentido, Haddad (2012) enfatiza que a realização da residência em Enfermagem, independente da área, eleva a qualidade da assistência e forma profissionais bem preparados para o exercício profissional. Zanoni et al. (2014, p. 223) reforçam que “a residência de enfermagem vem capacitando enfermeiros para o desempenho de sua função, visando o alcance de melhores resultados na execução dos serviços de enfermagem”.

De acordo com os egressos, cursar a residência proporcionou aos especializandos um aperfeiçoamento do trabalho na área, como evidenciado:

[...] A residência contribuiu para eu aperfeiçoar o trabalho em Saúde Mental, tendo essa outra visão de assistência, porque é completamente diferente de um hospital geral (E1).

[...] Sinceramente acredito que sou o profissional de hoje em consequência de minha formação em Saúde Mental (E3).

[...] Com a residência, pude aprofundar os conhecimentos na área escolhida, aperfeiçoar a prática profissional, compreender o trabalho do enfermeiro em Saúde Mental (E4).

Silva, Oliveira e Kakimura (2014) reportam sobre a necessidade de aperfeiçoamento das habilidades e competências dos profissionais que atuam na rede de Saúde Mental, principalmente, em relação àqueles que não possuem formação específica na área. Há evidências de que o despreparo dos profissionais pode contribuir para a não adesão do paciente ao tratamento, recaídas e, até mesmo, desconhecimento, por parte da população, acerca da oferta de serviços de Saúde Mental por parte dos HG, emergências e ESF.

A residência em Enfermagem em Saúde Mental é um dos recursos de aperfeiçoamento teórico e prático disponível para aqueles que desejam ingressar ou desenvolver competências e habilidades em determinada área do saber. Uma capacitação adequada possibilita, aos profissionais, práticas de cuidado mais consonantes com as necessidades dos usuários e dos serviços, sendo os profissionais mais qualificados para a prestação de serviços de qualidade e com maior impacto na qualidade de vida dos usuários (SILVA; OLIVEIRA; KAKIMURA, 2014).

3.2.3 Subcategoria 3: Fortalecimento da identidade profissional e do especialista

A história da Psiquiatria e as práticas alicerçadas no controle e na vigilância contribuíram, ao longo de quatro séculos, para o estigma do paciente como louco e de sua representação como risco para si e para a sociedade. A Enfermagem, por sua vez, ao adentrar nos manicômios, de alguma forma, tomou para si os “cuidados” com esta clientela, reproduzindo o discurso de vigilância e do controle da loucura. Deste modo, ao se discutir a identidade profissional dos egressos, na atualidade, deve-se considerar os aspectos sociais e políticos que contribuíram para a RP e as possibilidades de um trabalho que extrapola os muros dos manicômios, principalmente, com a criação dos novos dispositivos de cuidado em Saúde Mental presentes na RAPS, e dentre eles os CAPS e a ESF.

Para os egressos, a realização da residência fortaleceu a identidade profissional, enquanto enfermeiro, e, também, como especialista em Psiquiatria e Saúde Mental, uma vez que propiciou o aprofundamento dos conhecimentos teóricos e práticos em vários espaços de cuidado. Em seus depoimentos, afirmam que a residência é um espaço de legitimação do papel profissional, reconhecimento social como enfermeiro, autoconhecimento como profissional de Enfermagem e legitimação do papel como profissional da Saúde Mental.

Os trechos, a seguir, evidenciam como a residência propiciou esse espaço para desenvolvimento da identidade profissional:

[...] A residência oportunizou minha primeira experiência como enfermeiro de fato (E3).

[...] Através da residência, eu pude iniciar minha trajetória profissional e, ali, pude me reconhecer enfermeira (E4).

[...] A residência é um grande teste para a vida profissional. É um experimentar da sua escolha profissional e, através da sua imersão na rede, é poder aprender, in loco, o que você escolheu exercer (E7).

Identidade é um termo de múltiplos significados. Na perspectiva da sociologia do conhecimento, identidade é abordada enquanto fenômeno social, derivado da dialética entre a sociedade e o indivíduo. Formada por processos sociais, ela depende da socialização, o que significa que o indivíduo não nasce membro da sociedade, mas, sim, com uma predisposição a socializar-se. Assim, assume uma identidade no contexto no qual está inserido (PIMENTA, 2014).

A identidade profissional é delineada no processo de profissionalização, construindo-se internamente pela representação dos próprios profissionais e externamente na busca do seu reconhecimento pela sociedade. A adição do termo *professional* seguindo o de *identidade* propõe a esta última uma qualidade específica, condicionando às relações sociais no mundo do trabalho e, mais particularmente, ao sistema das profissões (PIMENTA, 2014, p.44).

De acordo com Pimenta e Souza (2017), a Enfermagem tem como um dos pilares do processo de profissionalização e da constituição da identidade profissional, a construção do cuidado como um saber específico e necessário. No entanto, profissão é um projeto de prestígio e poder, onde se busca o reconhecimento social e os privilégios de domínios profissionais. Assim, aprofundar o conhecimento sobre a identidade profissional contribui para a compreensão da Enfermagem como profissão e como ferramenta de apoio para o entendimento de sua organização e de seu projeto profissional.

Quanto à formação do enfermeiro especialista em Saúde Mental, há de se destacar a importância do fortalecimento desta identidade, uma vez que, nessa área do saber, há discussões sobre o que é competência do enfermeiro em um contexto em que esse enfermeiro, não quer mais tomar para a si o papel de vigilante ou de controlador da loucura. A própria forma como os serviços de Saúde Mental vêm se organizando pode estar propiciando a emergência deste novo papel, onde não existe uma rigidez nas funções anteriormente estabelecidas, como nos manicômios.

[...] A especialização em Saúde Mental trouxe enormes contribuições no âmbito pessoal e profissional. Através dela, me instrumentalizei e me preparei para ser a profissional que sou hoje (E6).

[...] a experiência da residência pra mim foi qualificante, mas, principalmente, ela me proporcionou um desenvolvimento profissional na área que escolhi me especializar (E2).

[...] Entendo que a residência seria imprescindível para poder construir ferramentas para atuar em uma área pouco explorada durante a graduação (E7).

A construção dessa identidade perpassa por questões como a qualificação profissional, a adoção de uma teoria norteadora do cuidado e o processo de autoconhecimento do profissional em formação (STEFANELLI; ARANTES; FUKUDA, 2008). Muitos profissionais têm dificuldade para definir sua função no processo de produção de saúde num serviço extra-hospitalar, isto porque o conceito que eles têm sobre ser enfermeiro está ligado à prática hospitalar, causando, nesses profissionais, uma distorção na sua identidade profissional (DIAS; SILVA, 2010).

3.3 Categoria 2 - Valorização das habilidades adquiridas em Saúde Mental na perspectiva do cuidado transversal

A categoria valorização das habilidades adquiridas em Saúde Mental na perspectiva do cuidado transversal foi elaborada mediante 40 UR, tendo contribuído, para a sua construção, as seguintes subcategorias: habilidades profissionais adquiridas na residência com 25 UR (62,5%) e a transversalidade do cuidado em Saúde Mental com 15 UR (37,5%).

Quadro 2 - Valorização das habilidades adquiridas em Saúde Mental na perspectiva do cuidado transversal. Rio de Janeiro, 2017

UR	%	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
25	62,5	Liderança, lidar com as emoções, mediar conflitos, enfrentar situações de violência, realização de grupos terapêuticos, gerenciar equipe, raciocínio crítico-reflexivo, visão integral do sujeito	Habilidade profissional	Habilidades profissionais adquiridas na residência	Valorização das habilidades adquiridas em Saúde Mental na perspectiva do cuidado transversal
15	37,5	Aplicação dos conhecimentos em outros serviços, aquisição de competências para atuar em outros serviços, possibilidade de atuação em outros campos, integralidade do cuidado	Cuidado transversal	A transversalidade do cuidado em Saúde Mental	
40	100				

Nota: n=9

3.3.1 Subcategoria 1: Habilidades profissionais adquiridas na residência

Ao falarem sobre as habilidades profissionais que adquiriram com a realização da residência em Psiquiatria e Saúde Mental, os egressos deram destaque ao desenvolvimento da liderança em equipe, ao aprendizado para lidar com os aspectos subjetivos do cuidado, a capacidade de mediar conflitos e enfrentar situações de violência, principalmente, nas

emergências psiquiátricas, a capacitação para realização de grupos terapêuticos, o trabalho em equipe, o desenvolvimento de raciocínio crítico-reflexivo e a capacidade de visão integral do sujeito.

Levando em consideração a frequência com que determinadas habilidades emergiram nos discursos dos egressos, destacaram-se algumas destas habilidades, por serem de maior relevância para os egressos e, dentre elas: o trabalho em equipe, a realização de grupos terapêuticos, a consulta de Enfermagem ou acolhimento e a capacidade de lidar com a subjetividade.

Sobre a capacidade de trabalhar em equipe, os depoimentos evidenciaram a importância deste tipo de trabalho, principalmente, por contribuir com a habilidade de comunicação, a tolerância e ouvir o outro, colocando vários pontos de vista para a solução de problemas e/ou o bem-estar dos usuários e da equipe.

[...] Na residência, adquiri a habilidade de trabalhar em uma equipe multiprofissional e de apostar coletivamente em uma direção de trabalho (E7).

[...] Acredito que tenha desenvolvido habilidades como a comunicação com outros profissionais, atuando em equipe (E5).

[...] Lidar com situações psicossociais complexas te faz, finalmente, entender que o trabalho em saúde ele é interdependente, é solidário, ele é comunitário, ele é coletivo (E2).

Quando os grupos se constituem em equipe, conseguem realizar tarefas que grupos comuns não fazem, são mais criativos e eficientes na resolução de problemas, produzem mais e com maior qualidade, desenvolvem maior autonomia e são mais motivados (DUARTE, 2012).

A palavra “equipe” está etimologicamente associada à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos que, do seu conjunto coletivo, extraem o sucesso para a realização pretendida. Assim, o conceito de equipe consolida-se como um conjunto de pessoas que têm uma vinculação entre si para a realização de um objetivo comum. Trabalhar em equipe significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base no conhecimento sobre o trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção de cuidados, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a alcançar coletivamente (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2012).

Na área da saúde, o trabalho em equipe implica compartilhar o planejamento e a divisão de tarefas, cooperar, colaborar e interagir democraticamente, integrando os diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

No campo da Saúde Mental, o trabalho em equipe desempenha um papel fundamental, uma vez que se prima pelo cuidado integral. Para alcançar de maneira satisfatória tal forma de cuidado, faz-se mister que os profissionais envolvidos na assistência atuem de maneira sinérgica e coordenada. “De todo modo, uma efetiva interdisciplinaridade fornece o passaporte para um cuidado plural, no qual, com efeito, o usuário é o denominador comum do entrelace de várias disciplinas e práticas assistenciais” (VASCONCELLOS, 2010, p.13).

A atenção psicossocial direciona suas ações para a construção da cidadania, da autoestima e da reinserção do indivíduo na sociedade. Nesta realidade, a reprodução social do sujeito em sofrimento psíquico perpassa a prática clínica e constitui um processo complexo que requer instrumentos e estratégias para a efetivação de ações resolutivas (BENEVIDES et al., 2010).

Outras habilidades referidas pelos egressos em seus depoimentos foram a realização de grupos terapêuticos e a consulta de Enfermagem, habilidades que, segundo os participantes, foram adquiridas em função da residência em Saúde Mental.

[...] Todas as competências e habilidades que estão descritas para o trabalho de Enfermagem em Saúde Mental eu experimentei durante a residência [...] aprendi a coordenar grupo, a realizar grupo de Saúde Mental, a fazer consulta de Enfermagem psiquiátrica (E2).

[...] Na residência, eu desenvolvi a capacidade para sistematizar o processo de Enfermagem, entendendo saúde física e mental e respeitando a singularidade de cada usuário. Aprendi, também, a habilidade de elaborar e realizar grupos terapêuticos (E6).

No Brasil, a prática de psicoterapia de grupo expandiu-se a partir do contexto da RP (GUANAES; JAPUR, 2001). De acordo com Benevides et al. (2010), no contexto da desinstitucionalização, fez-se necessária a elaboração de novas abordagens terapêuticas que vislumbrem a dimensão psicossocial do sofrimento e que levem em consideração a subjetividade humana e a inclusão social, aspectos essenciais ao se discutir o resgate da cidadania e autonomia do sujeito.

O grupo terapêutico potencializa as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria dos novos estilos de vida no plano individual e coletivo. Para Cardoso e Seminotti (2006), o grupo é entendido, pelos usuários, como um lugar onde ocorre o debate sobre a necessidade de ajuda de todos. No desenvolvimento das atividades, os participantes fazem questionamentos sobre as alternativas de apoio e suporte emocional.

Contudo, alguns pacientes sentem dificuldade de interagir com o grupo, sobretudo por se encontrarem diante de pessoas desconhecidas, sendo necessário que os profissionais

lancem mão de outras estratégias de cuidado. Neste contexto, as consultas de Enfermagem propiciam ao usuário um espaço de escuta mais reservado e singular.

A consulta de Enfermagem em saúde é uma potente ferramenta para o enfermeiro cuidar da pessoa e ter mais subsídios históricos e relacionais com o indivíduo em sofrimento. Trata-se de uma atividade privativa do enfermeiro que, ao desenvolvê-la como estratégia de cuidado em Saúde Mental, contribui para o reconhecimento do profissional perante os usuários e familiares e, também, possibilita uma maior autonomia ao indivíduo, na medida que compartilha seus anseios e temores em um espaço privativo (BRESSAN, 2013).

Conforme apontado por Bolsoni et al. (2016), a consulta de Enfermagem à pessoa com uma demanda de saúde ou em sofrimento psíquico no modelo psicossocial, abrange, além dos aspectos subjetivos, os fatores determinantes e condicionantes para a qualidade de vida, como a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Para que a consulta de Enfermagem se torne uma efetiva prática do enfermeiro em Saúde Mental, é necessário compreender que ela tem uma metodologia própria, com objetivos definidos para fornecer, com qualidade e de forma humanizada, um cuidado de Enfermagem competente, tanto técnica, quanto cientificamente.

Os egressos também destacaram, como habilidades adquiridas ao longo da residência, o desenvolvimento da escuta, da observação e da capacidade de lidar com as questões de ordem subjetiva dos usuários.

Como afirma Amarante (2012), no modelo psicossocial, as formas de relacionamento entre os usuários e os profissionais que atuam nos serviços de saúde propiciam trocas e espaços de interlocução que permitem aos pacientes experienciarem uma posição atuante em seu processo de autocuidado e, a partir desta interlocução, é possível preconizar a colocação em cena da subjetividade e das práticas de intersubjetividade horizontal (AMARANTE, 2012).

Deste modo, evidencia-se que a residência em Saúde Mental vem desempenhando papel relevante na formação de futuros especialistas por proporcionar o desenvolvimento das habilidades e competências essenciais para o exercício profissional na área. A capacitação através da residência propicia uma melhor qualificação e preparo para atuar nas diferentes frentes de trabalho, como evidenciado nos depoimentos.

3.3.2 Subcategoria 2: A transversalidade do cuidado em Saúde Mental

A presente subcategoria foi elaborada a partir de recortes das entrevistas realizadas, tendo em vista a frequência com que surgiram termos que têm aproximação com o cuidado transversal, a saber: aplicação dos conhecimentos em outros serviços, aquisição de competências para atuar em outros serviços, possibilidade de atuação em outros campos e integralidade do cuidado.

Por vezes, os egressos utilizaram a terminologia transversalidade para fazer referência ao uso dos conhecimentos adquiridos em sua formação em outros espaços de cuidado que não fossem, prioritariamente, na área de Saúde Mental e Psiquiatria, conforme as referências a seguir:

[...] Hoje, embora não atue neste campo de conhecimento, aplico o que foi aprendido em outros espaços, pois acredito que a Saúde Mental tem conteúdos que são transversais, ou seja, podem ser aplicados em vários espaços e contextos (E9).

[...] Onde eu trabalho agora não é diretamente com Saúde Mental, mas eu parto do princípio que, em qualquer lugar que eu vá trabalhar, eu vou lidar de alguma forma com isso (E1).

[...] As melhores habilidades que adquiri na Residência de Enfermagem em Saúde Mental foram a escuta e a percepção/observação. São habilidades importantes para qualquer área da vida de um indivíduo (E4).

Segundo Menezes (2001), o termo transversalidade, na educação, é entendido como uma forma de organizar o trabalho didático no qual alguns temas são integrados nas áreas convencionais, de forma a estarem presentes em todas elas. Este conceito surgiu no contexto dos movimentos de renovação pedagógica e a partir da elaboração da LDB de 1996. Foram definidos os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) que, por sua vez, dão orientação para a aplicação da transversalidade.

Segundo a autora, no âmbito dos PCN, a transversalidade diz respeito à possibilidade de se estabelecer, na prática educativa, uma relação entre aprender conhecimentos teoricamente sistematizados (aprender sobre a realidade) e as questões da vida real e de sua transformação (aprender na realidade e da realidade). Dessa forma, os PCN sugerem alguns “temas transversais” que correspondem a questões importantes e urgentes como: Ética, Saúde, Meio Ambiente, Orientação Sexual, Trabalho e Consumo e Pluralidade Cultural. A transversalidade difere

No SUS, a transversalidade é um dos princípios do Programa Nacional de Humanização (PNH) que visa estar presente em todos os programas e políticas. Com isso, o resultado esperado é um grau de contato e comunicação entre pessoas e grupos ampliados, sem hierarquia, reforçando a produção de saúde com qualidade.

O termo transversalidade está em consonância com o que é conceituado pelo Programa Nacional de Humanização (PNH), uma vez que horizontaliza o cuidado e não o limita a espaços comumente reconhecidos como os de cuidado em Saúde Mental. Ao contrário, o cuidado transversal permite, na visão desses egressos, ofertar assistência em Saúde Mental em qualquer espaço de cuidado.

Feuerwerker, Bertussi e Merhy (2016, p.203) afirmam que “a transversalidade rompe com a dicotomia de uma dimensão verticalizada na produção do conhecimento para uma dimensão atravessada por múltiplos planos de afetações”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a RP instaurada no país na década de 1980 e legitimada pela Lei 10.216 de 2001, ocorreu um amplo movimento de desinstitucionalização e criação de novos dispositivos de cuidado em Saúde Mental como os CAPS, ESF, Residências Terapêuticas e outros. Paralelo a todo este movimento, em 1996, foi lançada a Lei de Diretrizes e Bases do Ensino que exigiu, por parte das Instituições de Ensino e professores, os desafios impostos na implementação dos novos currículos dos cursos, considerando o perfil epidemiológico da população e as mudanças ocorridas nos campos social, econômico e político do país.

Acompanhando este movimento, os cursos de graduação em Enfermagem no país, liderados pela Associação Brasileira de Enfermagem, realizaram uma série de mudanças curriculares. Dentre estas mudanças, houve o avanço das propostas na área de Enfermagem Psiquiátrica, como a adesão dos pressupostos da RP à formação dos futuros enfermeiros e inserção de conteúdos relativos aos novos dispositivos de cuidado em Saúde Mental na grade curricular. Deste modo, ampliou-se o olhar sobre o processo saúde-doença mental, com valorização dos aspectos subjetivos do cuidar, participação da família e usuários e distanciamento de práticas hospitalocêntricas, coercitivas e tão combatidas pela sociedade e profissionais da área.

Apesar de ter havido uma expressiva produção do conhecimento por parte da academia, no que diz respeito ao novo paradigma de cuidados em Saúde Mental, por outro lado, houve a necessidade de elaboração de estudos que colocassem em relevo os aspectos relacionados à formação do enfermeiro para atuar no campo Saúde Mental, em face das mudanças nos currículos e os novos dispositivos de cuidado. É neste sentido que o presente estudo buscou contribuir com o debate e produção do conhecimento, ao escolher como objeto “a visão de enfermeiros egressos de um curso de residência em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental sobre a sua contribuição para a formação de especialistas consoante à RP”

A escolha do objeto e os objetivos propostos evidenciaram se tratar de uma temática de grande relevância para o ensino de Saúde Mental, considerando que os egressos, em seus depoimentos, trouxeram expressivas contribuições para o campo ao expressarem, em suas falas, as seguintes questões:

No que diz respeito ao término da residência e inserção no mercado de trabalho, os enfermeiros ainda enfrentam inúmeras dificuldades, considerando a inexistência de concursos públicos que absorvam e valorizem a especialização na área, apesar de, em alguns momentos,

os egressos referirem a importância da especialização para absorção pelo mercado e melhoria do currículo. Como evidenciado, quatro dos participantes não atuavam na área em que se especializaram, situação preocupante, considerando os inúmeros dispositivos de cuidados em Saúde Mental que foram criados com a Reforma. Infere-se, com estes dados, que, provavelmente, outros enfermeiros sem formação em Saúde Mental devem estar ocupando estes postos de trabalho, pois algumas portarias referentes à organização dos CAPS não exigem formação específica em Saúde Mental.

Quanto aos conhecimentos e práticas adquiridos com a residência, identificou-se que os egressos perpassaram, em seus discursos, uma preocupação com os aspectos psicossociais do cuidado em Saúde Mental, valorização da escuta, da empatia e do relacionamento terapêutico. Acrescenta-se a troca de experiências com as demais equipes, o desenvolvimento da liderança, realização de grupos e acolhida mediante a consulta de Enfermagem, cujo aprendizado contribui para o distanciamento de práticas centradas no corpo e na doença. A partir dos resultados, infere-se que os conteúdos formativos dos enfermeiros na área vêm produzindo novos atores sociais com uma visão mais ampliada dos aspectos psicossociais envolvidos no processo saúde-doença e em novas formas de acolhimento/cuidado em Saúde Mental coadunados com a Reforma e os novos dispositivos de cuidado.

Apesar do número de participantes do estudo, por ter sido realizado em apenas uma instituição, pelo fato de serem egressos e de terem vivenciados experiências relacionadas à inserção no mercado de trabalho e, especificamente, na Saúde Mental, os resultados apontados pelos participantes, evidenciaram que a residência em Saúde Mental, consoante à RP contribui, de forma efetiva, para a produção de um saber que, por sua matriz subjetiva, pode ser aplicado em vários contextos de cuidado.

Há a necessidade de divulgação dos resultados em eventos e da produção de artigos neste campo, no intuito de fortalecer as discussões e reflexões sobre o atual paradigma de cuidado em Saúde Mental, que vem influenciando a formação de enfermeiros nos níveis de graduação e de pós-graduação *lato sensu*. Ratifica-se, com o estudo, a missão da instituição formadora que, ao estabelecer parceria com a unidade de ensino, forma especialistas na área de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica para o atendimento de qualidade aos usuários do SUS e serviços privados.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, B. G. C; MOURA, V. L. F; SORIA, D. A. C. Especialização nos moldes de residência em enfermagem. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 57, n. 5, p. 555-559, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2016.
- ALVES, M. P et al. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.10, p.3043-3050. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3043.pdf>>. Acesso em: 20 em out. 2016
- AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In:_____ (Org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 201-15.
- _____. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 1996.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 2007.
- ANTUNES, R. **A dialética do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.
- AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Psicol. Saúde**. Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 71-80, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2016.
- ATHAYDE V.; HENNINGTON E. A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22 n. 3 p. 983-1001, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30 set. 2017.
- BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm>. Acesso em: 22 jun. 2016.
- BANDEIRA, M.; BARROSO, S. M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500023>. Acesso em: 25 maio 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2010.

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Rev Bras Psiquiatr**. São Paulo, v. 32, supl. 2, p. S71-S77, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600003>. Acesso em: 13 abr. 2016.

BENEVIDES, D.S. et al. Mental healthcare through therapeutic groups in a day hospital: the healthcare workers' point of view. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.32, p.127-38, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/11.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

BOLSONI, Eduarda Berckenbrock et al. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: Revisão Integrativa. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 249-259, dez. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016120000008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2017.

BRASIL. Lei nº 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. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 30 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.20. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1216.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: **DesprecarizaSUS**: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. **Guia de Orientações para o Enfermeiro Residente**: curso de pós-graduação (especialização), sob a forma de treinamento em serviço (residência) para enfermeiros (Residência em Enfermagem). Brasília, DF, 2005. 60p. Disponível em:

<http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e3fb0d9783.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122**, de 25 de janeiro de 2012a. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 25 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130**, de 26 de janeiro 2012b. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 07 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 148**, de 31 de janeiro de 2012c. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>. Acesso em: 23 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.090**, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 13 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012d, p.114. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, DF, 2012e, p.100. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 5 maio 2016.

BRESSAN, VR. Consulta de Enfermagem: sistematização voltada ao projeto terapêutico. In: MARCOLAN JF; CASTRO RCB. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 687-91, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300020>. Acesso em: 18 set. 2017.

CARDOSO, L. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Florianópolis (SC). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 103 p. Disponível em: <https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/14665/mod_resource/content/3/Modulo7_Psicossocial.pdf>. Acesso em: 25 maio 2016.

CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. O grupo psicoterapêutico no Caps. **Ciênc. saúde coletiva**. 2006, vol.11, n.3, pp.775-783. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300025&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 dez. 2017.

CARDOZO, C. G; SILVA, L. O. S. A importância do relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho. **Interbio**, v.8, n.2, jul-dez, 2014. Disponível em: <http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol8_num2/arquivos/artigo3.pdf>. Acesso em: 28 maio 2016.

CARVALHO, R.A.C. **Formação no trabalho da enfermagem**: a visão do egresso de um curso de residência. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=8548>. Acesso em: 12 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº 459 de 21 de agosto de 2014. Estabelece requisitos mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem. COFEN, 2014, p. 59. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=profissional&pagina=resolucoes>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

_____. Resolução COFEN nº 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007. COFEN, 2007, p.13. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Relatório Final**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4., Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2016.

CORBELLINI, V. L. et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm**, v. 63, n. 4, p. 555-560, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/28857>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2016.

COSTA D. O.; TAMBELLINI A. T. A visibilidade dos escondidos. **Physis: Rev saúde coletiva**, 2009 19: 953-68. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4008/400838225003.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2017

COSTA-ROSA, Abílio. **O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar**. In: AMARANTE, Paulo. (Org.) Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 141-168, 2000.

DALRI, R.C.M.B, et al. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, nov./dez. 2014, 22(6):959-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2017.

DAMÁSIO, V.F.; MELO, V.C.; ESTEVES, K.B. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev enferm UFPE**, 2008 out./dez., v 2 n 4. P. 425-33. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/329/pdf_404>. Acesso em: 12 jun. 2016.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DUARTE, A. Por que as equipes não funcionam. 2012. **Portal dos Gestores de Pessoas**. Disponível em: <http://www.gpportal.com.br/2011/10/por-que-as-equipes-nao-funcionam_22.html>. Acesso em: 11 dez. 2017.

DYNIWICZ, A.M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. - São Caetano do Sul, SP. Difusão Editora, 2014.

FALCONE, E. M. O. et al. Validade convergente do Inventário de Empatia (IE). **Psico-USF**, v. 18, n. 2, p. 203-210, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712013000200004&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 6 abr. 2017.

FERNANDES, J. D. et al. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 962-968, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2016.

FERREIRA, M. R. A. C. *De generalista a especialista*: motivações para a formação especializada em enfermagem. O caso das organizações de saúde públicas, na sub-região oeste do distrito de Lisboa. 2013. 218 fls. Dissertação (Mestrado em Gestão de Recursos Humanos) - Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria, Lisboa. 2013.

FEUERWERKER, L.C.M; BERTUSSI, D.C.; MERHY, E.E. Políticas e cuidados em saúde. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído na rede. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 440 p.

GOHN, M. G. Movimentos Sociais na Contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, Minas Gerais, v.16, n. 47, p. 333-351, maio/ago. 2011. Disponível em: <<http://www.portalconscienciapolitica.com.br/products/breve-historia-dos-movimentos-sociais-no-brasil/>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

GUANAES, C.; JAPUR, M. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 23, n.3, p.134-140, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000300005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 dez. 2017.

HADDAD, M. C. F. L. A residência de enfermagem na formação profissional. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/20051/pdf>>. Acesso em: 4 maio 2017.

HOGUE, M. A.; HUE Y, L. Y.; O'CONNELL, M. J. Best practices in behavioral health workforce education and training. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v.32, p.131-165, 2004. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1023/B:APIH.0000042742.45076.66>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

JARDIM, V. M. R. et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de atenção psicossocial. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 241-8, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200006>. Acesso em: 13 jul. 2016.

JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-739, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2016.

JÚNIOR, A. C. S.; OTANI, M. A. P. O ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental no currículo por competências. **Rev. Min. Enferm**, v.15, n.4, p. 539-545, out./dez., 2011. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/68>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

KANTORSKI, L. P. et al. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 317-324, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300010>. Acesso em: 3 maio 2016.

KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B.; TEIXEIRA, J. S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trab Educ Saúde**, v. 6, n. 1, p.87-105, mar./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000100006>. Acesso em: 3 maio 2016.

KESTENBERG, C. C. F. A habilidade empática é socialmente aprendida: um estudo experimental com graduandos de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 427-433, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a02.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

KIRSHBAUM, D. I. R.; PAULA, F. K. C. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede públicas de Campinas-SP. **Rev Latino-Am de Enferm.** v. 9, n. 5, p. 77-82, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000500012>. Acesso em: 7 ago. 2017.

KONDO, E. H. et al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um ponto de atendimento. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 2, p.501-507, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a27.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

LOPES, G. T. **Residência de Enfermagem: espaço de lutas e contradições**. Rio de Janeiro: Epub, 2000.

LOPES, N. D. et al. Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n.6, p.627-634, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600003>. Acesso em: 26 abr. 2016.

LOYOLA, C. **Notas sobre o cuidar em enfermagem psiquiátrica**. In: CAVALCANTI, M. T.; FIGUEIREDO, A. C.; LEIGING, A. (Org.). Por uma psiquiatria inquieta. Rio de Janeiro: Contracapa, 2008. p. 67-70.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Unidade de internação psiquiátrica em hospital geral: Espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**, v. 11, n. 5, p. 672-677, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000500016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 maio 2016.

MACHADO M. H. et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enferm Foco**, 2016, p.35-62. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691/301>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

MARCOLAN, J. F. **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 544p.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C; OLIVEIRA M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea digital**, v.13, n. 2, p. 239-244, 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118035/000894801.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2007.

MENDES, S. S.; MARTINO, M. M. F. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1471-1476, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600026>. Acesso em: 16 maio 2017.

MENEZES, E. T.; SANTOS, T. H. Verbete transversalidade. Dicionário Interativo da Educação Brasileira. **Educabrasil**. São Paulo, Midiaxi, 2001. Disponível em: <<http://www.educabrasil.com.br/transversalidade/>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In:

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais, **Saúde em Debate**, Londrina, v.27, n.65, p.316-323, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000126&pid=S1413-8123201300080000300014&lng=pt>. Acesso em: 13 jan. 2017.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Práxis em salud um desafio para lo público**. São Paulo (SP), Hucitec, 1997.

MIELKE, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, 2009, v.14, n.1, p. 159-164. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100021>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

MOTA, R. B. A. **Programa de residência multiprofissional integrada em saúde**: uma avaliação da política de educação permanente em saúde no HC/UFPE a partir da inserção dos egressos no mercado de trabalho de 2012 a 2015. 2016. 66 f. Dissertação (Mestrado) - UFPE. 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/20013>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

MOURA, J. A. **História da assistência à saúde mental no Brasil**: da reforma psiquiátrica a construção dos mecanismos de atenção psicossocial. 2011. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 15 maio 2016.

NÓBREGA, M. P. S. S; FERNANDES M. F. T; SILVA, P. F. Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum. **Rev. Gaúcha Enferm**, 2017 mar., 38 (1):e63562. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/63562/41166>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Esc. Anna Nery**. 2006, v.10, n. 4, p. 694-702. ISSN 1414-8145. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000400011>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temática: uma proposta de operacionalização. Texto didático e instrumentos. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa, Universitária, 2002.

OLIVEIRA, F. B. et al. Saúde Mental e estratégia de saúde da família: uma articulação necessária. **Psychiatry on line Brasil**, 2009. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano09/art0909.php>>. Acesso em: 22 maio 2016.

OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 67-70, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2017.

PAES, M. R. et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Cienc Cuid Saúde**, v. 12, n. 2, p.407-412, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14207/pdf>>. Acesso em: 23 maio 2016.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p.103-109, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000100016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 9 abr. 2016.

PERES, A. M. P., CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 492-494, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15>>. Acesso em: 09 abr. 2016.

PIMENTA, A.L. **Identidade profissional da Enfermagem: uma construção à luz da sociologia das profissões**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/123204/327456.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

PIMENTA, A.L.; SOUZA, M.L. Identidade profissional da enfermagem nos textos publicados na REBEN. **Revista Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-4370015.pdf>. Acesso em: 23 set. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre, Artmed, 2011, 487 p.

POZ, M. R. D.; LIMA, J. C. S.; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 2, p.621-639, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838254012>> Acesso em: 27 abr. 2016.

RIBEIRO, E.M; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública** v. 20, n.2, p.438-446.2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 dez. 2017.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 350-357, set. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300005 >. Acesso em: 02 maio 2016.

SANTOS, et al. **Centro de Convivência e Cultura** - Trabalhando a inserção social do paciente com transtorno mental. 2012. Disponível: em:

<<http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/extensao-cultura/trabalhos-extensao-cultura/extensao-cultura-kassila-conceica.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

SANTOS, R. M.; RIBEIRO, L. C. C. Percepção do usuário da Estratégia Saúde da Família sobre a função do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, 2010, v.15, n. 4, p. 709-715, 2010.

Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20373/13542>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

SANTOS, S. S. C. Perfil de egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Rev. Bras. Enferm**, v. 59, n. 2, p. 217-221, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019622018.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

SARACENO, B.; DUA, T. Global mental health: the role of psychiatry. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 259, supl. 2, p. 109-117, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/38055109_Global_mental_health_The_role_of_psychiatry>. Acesso em: 03 mar. 2016.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 441-9, maio/jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020>. Acesso em: 17 jun. 2017.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-298, jun. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452008000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jul. 2016.

SILVA, N. S. et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 out./dez., 22(4): 1142-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400033>. Acesso em: 22 mar. 2016.

SILVA, R. M. O. *Especialização em enfermagem sob a forma de residência: experiência transicional na trajetória das egressas*. 2013. 285 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SILVEIRA, L. C. et al. A clínica de enfermagem em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, v. 25, n. 2, p.107-20, 2011. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5549>>. Acesso em: 18 maio 2017.

SOARES, R. D. et al. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. **Esc Anna Nery** (impr.), 2011, jan./mar., v. 15, n. 1, p. 110-115. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/16.pdf>. Acesso em: 02 maio 2016.

SOARES, S. R. R. **Centro de atenção psicossocial**: como o usuário vivencia o cotidiano do serviço. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-16042007-171040/> Acesso em: 18 jun. 2016.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K; ARANTES, E. C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri, SP. Manole, 2008, 668p.

TAVARES, C. M. M. et al. Mudanças no ensino de graduação na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE**, Recife, v. 9, n. 12, p. 1329-1336, dez., 2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6716/pdf_913> . Acesso em: 24 mar. 2016.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Deliberação nº 26**. Autoriza a criação do Curso de Especialização em Enfermagem na modalidade de Residência. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.boluerj.uerj.br/pdf/de_00262012_10102012.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

VALADARES, G. V; VIANA, L. O. A globalização, as formas de organização do trabalho e a enfermagem. **Esc. Anna Nery**, 2005, v. 9, n. 1, p. 116-123. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127720494015>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

VASCONCELLOS, V.C. Trabalho em equipe na Saúde Mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, 2010, v.6, n.1, p. 1-16. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/15.pdf> >. Acesso em: 01 dez. 2017.

VASCONCELOS S. P et al. Morbidity among nursing personnel and its association with working conditions and work organization. **Work**. 2012, 41:3732-7. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22317289>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. bras. Enferm**, 2004, vol. 57, n. 6, p. 738-741. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000600022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2001**. Mental Health: New Understanding, New Hope, Geneva: WHO, 1990.

ZANINI, G. P. **Matriciamento em saúde mental: a construção de um fazer.** Trabalho de Conclusão de curso (Especialização em Saúde Comunitária) 2012. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/40124>. Acesso em: 14 mar. 2016.

ZANONI, C. S. et al. Contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 215-224, ago. 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/19283>>. Acesso em: 19 set. 2017.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Reforma Psiquiátrica e formação em Enfermagem: a residência em Saúde Mental. Pesquisadores responsáveis: Olívia de Andrade Guerra (mestranda) e o Professor Doutor Elias Barbosa de Oliveira (orientador). Pertencentes à Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Telefone institucional: (21)28688255. Nome do voluntário:_____ . O (A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que possui como objetivos: analisar de que modo os egressos da residência de Enfermagem em Saúde Mental vêm sendo absorvidos pelo setor saúde ao considerar o perfil socioprofissional; discutir as contribuições da residência de Enfermagem em Saúde Mental para a formação de especialistas na visão de egressos da residência; descrever como os conhecimentos adquiridos pelos egressos da residência de Enfermagem em Saúde Mental vêm sendo aplicados nas áreas de atuação. Nesta etapa da pesquisa, você responderá um instrumento contendo em sua primeira parte dados sociodemográficos seguidos de algumas questões sobre a sua visão acerca da formação especializada em Saúde Mental. Os depoimentos serão gravados e durarão cerca de 30 minutos, podendo o tempo ser prorrogado. A entrevista será realizada de acordo com a sua disponibilidade em dia, horário a serem agendados e em local privativo. Essa pesquisa não representa riscos diretos a sua saúde ou bem-estar. Os benefícios serão a ampliação do conhecimento sobre o processo de formação de especialistas em Saúde Mental nos moldes da residência.

Caso você queira tirar alguma dúvida ou solicitar outros esclarecimentos poderá entrar em contato com o pesquisador responsável através de telefone ou pessoalmente. Você também poderá se retirar e desistir da pesquisa em qualquer fase sem qualquer prejuízo. Poderá também recorrer ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/HUPE)¹. Você não terá custos ao participar deste estudo. Estão garantidos e assegurados o sigilo dos dados e o anonimato. Os resultados serão utilizados apenas para fins acadêmicos, sendo que a guarda e acesso do mesmo é de responsabilidade do pesquisador. A divulgação dos resultados ocorrerá sob a forma de relatório, apresentação em eventos científicos e produção de artigos.

Assinando este termo, você concorda em participar voluntariamente desse estudo e declara que todas as dúvidas foram sanadas. Embora concordando em participar, você não está desistindo de nenhum direito.

Eu, _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante

Assinatura do responsável por obter o Consentimento.
Olívia de Andrade Guerra

Nota 1: Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (CEP/HUPE). Av. 28 de setembro nº 77 - Térreo (Vila Isabel). UF: (RJ). Município Rio de Janeiro. Tel: (21) 2868 8253

APÊNDICE B - Instrumento de caracterização dos participantes

1. Idade () 21 a 25 ; () 26 a 35 () > 35 anos.
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Situação Conjugal () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo
4. Renda em sal. mínimo: () 2 a 5 () 6 a 10 () 11 a 15 () acima de 15
5. Ano de conclusão da residência em Saúde Mental: _____
6. Atuação na área em que se especializou () sim () não
7. Caso sim, especifique: () Docência () Gerência () Assistência
8. Pós graduação () Mestrado concluído () Mestrado em andamento () Doutorado concluído () Doutorado em andamento
9. Tempo de exercício profissional em anos: _____
10. Tempo de atuação na área em que se especializou em anos: _____
11. Contrato de trabalho () CLT () Estatutário () Terceirizado () Temporário
12. Jornada de trabalho () Manhã () Tarde () Turno diurno () Turno noturno
13. Horas de trabalho semanal no setor: () 30h () 40 () > 60
14. Número de vínculos empregatícios: () 1 () 2 () > de 2
15. Horas de trabalho considerando outros vínculos () 40 () 60 () > 60

APÊNDICE C - Roteiro de entrevistas

1. Fale-me a respeito da realização da residência em Saúde Mental?
2. Em que a residência de Enfermagem contribuiu para a sua inserção no mercado de trabalho?
3. Como a residência de Enfermagem contribuiu para a sua atuação como enfermeiro em seu local de trabalho?
4. Quais os aspectos positivos da realização do curso de residência em Enfermagem para a sua atuação profissional?
5. Quais os aspectos negativos da realização do curso de residência em Enfermagem para a sua atuação profissional?
6. Considerando a sua formação como especialista em Saúde Mental, quais as contribuições destes saberes para o seu campo de atuação atual?
7. Quais habilidades e competências que você adquiriu durante o curso de residência em Enfermagem?
8. Fale-me a respeito da sua inserção no mercado de trabalho, considerando a especialização em Saúde Mental.
9. Fale-me a respeito da absorção pelo mercado de trabalho dos egressos da residência em Saúde Mental.

ANEXO - Parecer consubstanciado do CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Reforma Psiquiátrica e formação em Enfermagem: a residência em Saúde Mental

Pesquisador: Olívia de Andrade Guerra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 6.192.0616.4.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.823.694

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Novembro de 2016

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br