



PSICOLOGIA ARGUMENTO

ISSN 0103-7013

Licenciado sob uma Licença Creative Commons



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.37.95.AO04>

Saúde mental na atenção básica: uma descrição das competências da equipe Estratégia Saúde da Família

Mental health in primary care: a description of competencies on Family Health Strategy team

Salud mental en atención primaria: una descripción de las competencias en el equipo

Bacharel em Gestão de Serviços de Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, EE/UFGM - Belo Horizonte – Brasil – email: nalu.veloso@hotmail.com

Adriane Vieira

<http://orcid.org/0000-0001-7552-5491>

Profª Drª do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, EE/UFGM - Belo Horizonte – Brasil – email: vadri-bh@enf.ufmg.br

Teresa Cristina da Silva Kurimoto

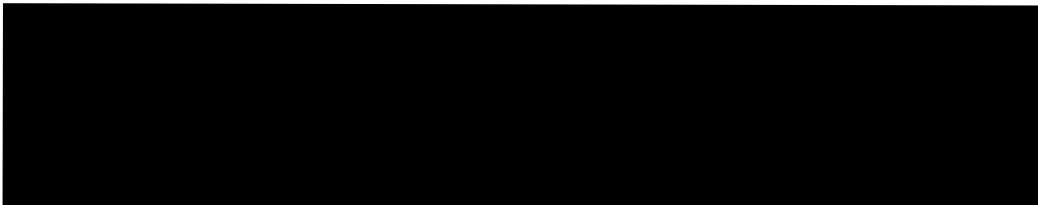
<https://orcid.org/0000-0002-4577-8532>

Profª Drª da Graduação Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, EE/UFGM - Belo Horizonte – Brasil – email: teresac@enf.ufmg.br

Vanessa de Almeida Guerra

<http://orcid.org/0000-0001-5877-0030>

Profª Drª do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de



A Reforma Psiquiátrica Brasileira culminou na transformação do modelo assistencial em Saúde Mental, o qual era baseado numa prática asilar excludente e agora incorpora novas formas de cuidado visando à reinserção do paciente na sociedade. Buscando atender à demanda deste novo cenário, a construção de um atendimento em rede torna-se essencial, no qual as ações de saúde mental são articuladas aos serviços da atenção primária. Sendo assim, os profissionais do programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) passam a incluir as pessoas com sofrimento psíquico de seu território nas práticas de assistência. O objetivo do presente estudo é descrever as competências necessárias para a equipe da ESF atuar na atenção à saúde mental. O método de pesquisa utilizado foi a revisão integrativa da literatura, com a inclusão de 18 estudos publicados entre 2010 e 2017. Da leitura e análise das obras selecionadas foi possível identificar um conjunto de competências técnicas e um conjunto de competências comportamentais. Para efeito do estudo as competências comportamentais foram agrupadas em: competências de acolhimento; competências de vínculo. Como resultados observou-se que as competências comportamentais apresentam-se em maior número que as técnicas.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família; Competência Profissional.

Abstract

The Brazilian Psychiatric Reform culminated in the transformation of the care model in Mental Health, which was based on an exclusive asylum practice and now incorporates new forms of care aiming reintegration of the patient into society. In order to meet the demands of this new scenario, the construction of a network service becomes essential, in which the mental health actions are articulated to the primary care services. Thus, the professionals of the Family Health Strategy (FHS) program now include into their territory of care practices people with mental illness. The aimed of the present study is to describe the competences necessary for the FHS team to work on mental health care. The research method used was the integrative review of the literature, with the inclusion of 18 studies published between 2010 and 2017. From the reading and analysis of the selected works it was possible to identify a set of technical skills and a set of behavioral skills. For the purpose of the study, behavioral skills were grouped into: reception skills; bonding skills. As results it was observed that the behavioral competences are presented in greater number than the techniques.

Key-words: Primary Health Care; Mental health; Family Health Strategy; Professional Competence.

Resumen

La Reforma Psiquiátrica Brasileña culminó con la transformación del modelo de atención en Salud Mental, que se basó en una práctica de asilo excluyente y ahora incorpora nuevas formas de atención destinadas a reintegrar el paciente en la sociedad. En busca de satisfacer la demanda de este nuevo escenario, la construcción de un servicio en red se vuelve esencial, en el cual las acciones de salud mental se articulan con los servicios de atención primaria. De esta manera, los profesionales del programa de Estrategia de Salud Familiar (ESF) ahora incluyen a las personas con problemas psicológicos de su territorio en las prácticas de atención. El objetivo de este artículo es describir las competencias necesarias para que el equipo del ESF actúe en la atención de la salud mental. El método de investigación utilizado fue la revisión de la literatura, con la lectura de 18 estudios publicados entre 2010 y 2017. A partir del análisis de los trabajos seleccionados, fue posible identificar un conjunto de habilidades técnicas y un conjunto de habilidades conductuales. Para el propósito del estudio, las habilidades de comportamiento se agruparon en habilidades de recepción y habilidades de unión. Como resultados se observó que las competencias conductuales se presentan en mayor número que

familiar;



Introdução


O Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado através do capítulo de saúde da Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, configura o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de diretrizes – descentralização, regionalização e participação social, e princípios – universalidade, equidade e integralidade, o SUS parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito (Lobato & Giovanella, 2008).

Esse Sistema de saúde é composto por três níveis de atenção: primário, secundário, terciário. O nível primário, que durante o processo de implementação do SUS foi denominado de Atenção Básica a Saúde (AB), é definido por Lobato e Giovanella (2008) como um conjunto de práticas assistenciais, individuais e coletivas, que apresentam grande resolutividade para os problemas de saúde da população.

Em 2011, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.488/11 que revogou a Portaria GM/MS 648/06, aprovou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Nela a AB foi caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, oferecendo um conjunto de ações que desenvolvem uma atenção integral, impactando na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2011a).

A PNAB organiza a Atenção Básica no país e contempla como um de seus fundamentos a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta estratégia, por meio das equipes de trabalho, expande, qualifica e consolida a AB, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos neste nível de atenção (Brasil, 2011a).

Anterior às alterações ocorridas na AB, os serviços de saúde mental sofreram inúmeras mudanças advindas da mobilização de trabalhadores e de usuários, que ficou denominado como Movimento de Luta Antimanicomial e deu origem à Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Durante esse processo foram discutidas novas formas de assistir através da estruturação de conhecimentos, práticas e serviços extra-hospitalares que atendessem aos sujeitos em suas necessidades (Silveira, 2009). Para tanto, foi necessário articular diferentes pontos de atenção buscando garantir o atendimento às pessoas em sofrimento ou portadoras de transtorno mental no âmbito do SUS, de forma

m 2011, divulgou a Portaria 3.088/11, que apresentou a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Brasil, 2011b).

A RAPS é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2011b).

Segundo o Ministério da Saúde,

A Unidade Básica de Saúde (UBS) como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial 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 pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Brasil, 2011b, p.4).

A superação do modelo asilar implicou na desestruturação dos antigos saberes e fazeres sobre a loucura. A possibilidade de convivência do paciente com a comunidade envolveu a equipe da ESF no atendimento ao sujeito com transtorno ou sofrimento mental. Essa realidade vivenciada pelos profissionais é permeada por dúvidas, curiosidades e receios quanto às ações de cuidado em saúde mental que possam garantir intervenções, as quais considerem a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde (Brasil, 2013).

De acordo com Amarante e Torre (2011), Michael Foucault, em sua tese ‘História da Loucura na Idade Clássica’ investigou várias formas de percepção da loucura até a classificação como doença mental, no período entre o Renascimento e a Modernidade. Além disso, ele também apresentou uma visão crítica sobre o modelo psiquiátrico da época, o qual era baseado numa prática de internato excludente (Amarante & Torre, 2011).

Para esses autores, as idéias de Michael Foucault são fundamentais no processo da reforma psiquiátrica, tais como:

(...) romper com a medicalização e psiquiatrização da sociedade como processos de dominação do corpo, substituindo a fórmula doença-cura e o ideal de “reparação do dano” pela noção de produção de subjetividade e reprodução social dos sujeitos e da cidadania; e finalmente, a da possibilidade de superar um dos principais problemas que toda Reforma Psiquiátrica precisa enfrentar: o da reedição de velhos modelos como aparência de novos modelos, isto é, a humanização e reformação de velhas práticas psiquiátricas tidas como novas e transformadoras (Amarante & Torre, 2011, p. 58).

[REDACTED] s grupos da sociedade fizeram as primeiras denúncias quanto à situação dos manicômios devido à assistência precária que prestavam, e deram início ao Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Esse movimento visava “radicais transformações no campo assistencial público, em uma saúde mental que superava o modelo asilar em um sistema de saúde que garantia uma atenção universal” (Júnior, Silva & Desviat, 2016, p. 1450).

Segundo Silveira (2009, p. 34) “essas mudanças, no bojo do processo de democratização, acumularam legitimidade nos anos subseqüentes, por meio da realização de eventos que questionavam o modelo hegemônico da assistência à Saúde Mental, até então centrado na assistência médica hospitalar”.

Avançando sobre as discussões quanto à reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, em 1990 o país se tornou signatário da Declaração de Caracas. Nesse documento foi enunciado que por meio da articulação entre Atenção Psiquiátrica e Atenção Primária à Saúde é possível desenvolver modelos de cuidado garantindo ao paciente o convívio com suas redes sociais (Silveira, 2009).

Buscando efetivar as propostas da RPB em 2001, foi sancionada a Lei 10.216 assegurando a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Em 2002, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Nela foi consolidada a política de saúde mental do Governo Federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Nos anos seguintes, o Ministério da Saúde propõe ‘linhas de financiamento próprio’ para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico; mecanismos de fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (Moura, 2011).

Para promover a articulação entre os serviços de saúde mental e a Atenção Básica é necessário ter como princípios: a noção de território, a organização de uma rede de saúde mental, a intersetorialidade, a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários e a construção de uma autonomia possível ao usuário e familiares (Brasil, 2011b). Esses princípios, segundo Correia, Colvero e Barros (2011), são alcançados por meio de quatro categorias de ações desenvolvidas na Atenção Básica: visita domiciliar ao doente mental e seus familiares; vínculo e acolhimento; encaminhamento ao serviço especializado e oficinas terapêuticas.

As ações de Saúde Mental desenvolvidas na AB exigem das equipes da ESF práticas, pautadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que promovam uma

[REDACTED] ainda, a reabilitação psicossocial do usuário.

As visitas domiciliares permitem o acompanhamento do uso da medicação e a aquisição das receitas. Além disso, possibilitam um momento para que a família seja esclarecida quanto à doença mental e sobre como lidar com o indivíduo. Com as visitas é possível, também, entender a realidade do sujeito e sua família (Correia, Colvero & Barros, 2011).

As ações de vínculo e acolhimento são consideradas eixos norteadores da assistência, e são responsáveis por garantir o cuidado de forma humanizada. Sendo assim, cabe a equipe da ESF buscar os usuários e suas famílias ativamente para o acompanhamento no longo prazo, e, portanto, os profissionais devem estar preparados para lidar com o sofrimento humano (Brasil, 2011a).

As consultas com o médico clínico para o atendimento de queixas físicas, aquisição de receitas, consultas especializadas para os centros de convivência, CAPS e ambulatório são classificadas como ações desenvolvidas pelos profissionais da ESF na categoria de encaminhamento dos doentes mentais (Correia, Colvero & Barros, 2011).

As oficinas terapêuticas são desenvolvidas em atividades grupais na UBS ou na própria comunidade, onde os usuários participam de oficinas de artesanato, oficina de trabalhos manuais, grupos de caminhada, terapia comunitária, oficina de pintura e recepção de saúde mental. A partir dessas práticas é possível trabalhar a reabilitação psicossocial, promoção da cidadania e incorporação da família na recuperação desses indivíduos (Correia, Colvero & Barros, 2011).

Essa rotina poderá suscitar dúvidas na equipe sobre como proceder, e para prestar um cuidado de qualidade ao usuário é necessário que o profissional, em sua formação e também nos processos de educação permanente, desenvolva as competências necessárias.

Entre os anos 1970 e 1980 autores norteamericanos, tais como McClelland e Dailey (1972), Boyatzis (1982) e Spencer e Spencer (1993), atribuíram ao termo competência um conjunto de qualificações que permitem um desempenho superior, durante um certo trabalho ou situação (Dutra, Silva & Hipólito, 2000).

Outra linha de pensamento foi desenvolvida por autores da corrente francesa durante os anos 1980 a 1990, dentre eles LeBortef (1995) e Zarifian (1996), que vincularam o conceito de competências não apenas ao conhecimento necessário ao

[REDACTED] o que se sabe em um determinado contexto, isto é, ao saber ser e ao saber mobilizar conhecimentos em diferentes contextos (Fleury & Fleury, 2001).

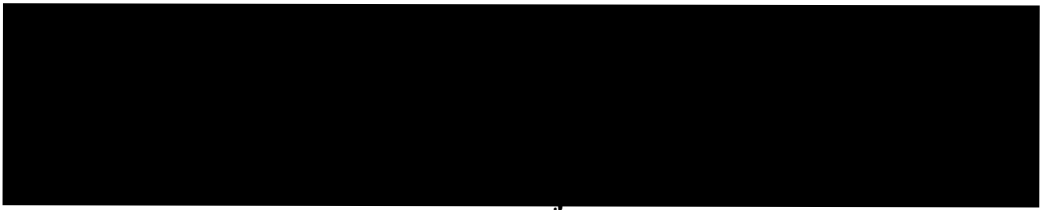
Segundo Fleury e Fleury (2001), o debate acerca de competência emergiu no Brasil fundamentado inicialmente na literatura americana, pensando-se competência como algo que o indivíduo tem. Posteriormente, autores franceses e ingleses foram incorporados na literatura brasileira, contribuindo para o enriquecimento conceitual acerca do tema, além de criar novos enfoques e perspectivas. Nesse novo contexto, a abordagem das competências ganhou força em todos os setores econômicos, incluindo o da saúde (Chong, 2013), em função das falhas na qualidade, na baixa satisfação do usuário e nas deficiências do processo de educação para as carreiras na saúde (Calhoun *et al.*, 2008).

Fleury e Fleury (2001, p. 188) definem competência como um saber agir responsável, capaz de integrar conhecimentos e habilidades, os quais “agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo. Os autores concordam com Dutra, Silva e Hipólito (2000), visto que para esses escritores competência é vista como a capacidade do indivíduo, através de um conjunto de habilidades, atitudes e conhecimento, gerar resultados dentro dos objetivos da organização.

Segundo Perrenoud (2014), a competência é uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiando-se em conhecimentos, articulando-se a formação do profissional e as exigências das organizações empregadoras.

No campo da saúde, especialmente aos que se dedicam à atenção básica, a construção de competências profissionais implica em articular diferentes saberes para a construção de uma prática pautada não somente no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, mas também em atitudes (Camelo & Angerami, 2013).

Neste trabalho, optou-se por classificar as competências em técnicas e comportamentais. Segundo Manfredi (1999), as competências técnicas englobam os conhecimentos que o profissional precisa dominar para desempenhar sua função, enquanto as competências comportamentais englobam as habilidades e as atitudes, ou seja, é tudo aquilo que o profissional precisa demonstrar como seu diferencial competitivo e tem impacto em seus resultados, por exemplo, criatividade, flexibilidade, foco em resultados e no cliente e lideranças.



Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi descrever as competências necessárias para a equipe da ESF atuar na atenção à saúde mental, por meio de uma revisão integrativa de literatura. Sendo a competência entendida como “(...) um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo” (Fleury & Fleury, 2001, p.188).

Método

Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão integrativa da literatura, definida por Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 759) como um método que “tem a finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema investigado”.

Os autores pontuam a existência de seis etapas para a revisão integrativa, sendo elas: (1) identificação do tema e questão de pesquisa; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da síntese do conhecimento.

A primeira fase da revisão foi dedicada à seleção de publicações, por meio de uma pesquisa realizada na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), localizando-se os artigos utilizados no estudo. Os descritores utilizados foram combinados da seguinte maneira: Atenção Primária *AND* Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família *AND* Competência *AND* Saúde Mental.

A combinação dos descritores Atenção Primária *AND* Saúde Mental retornou um total de 15.823 resultados, e para seleção da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: monografias, teses e artigos disponíveis na íntegra; no idioma português; publicados do período de 2010 a 2017. Por meio desses critérios chegou-se a 97 publicações. A combinação dos descritores Estratégia Saúde da Família *AND* Competência *AND* Saúde Mental retornaram 115 resultados. Os critérios de inclusão

[REDACTED] dados no período de 2010 a 2017 e no idioma português.

Na sequência procedeu-se à leitura minuciosa de cada resumo/trabalho, que continham os termos ‘Saúde Mental’ e/ou ‘Atenção Primária’ e/ou ‘Estratégia Saúde da Família’, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo. A seleção conduzida por esses critérios identificou 18 artigos (12 em LILACS, 3 em BDENF, 2 em Coleciona SUS e 1 em MEDLINE), sendo 15 estudos aplicados e 2 de revisão.

Para a organização e tabulação dos dados, as pesquisadoras elaboraram instrumento de coleta de dados contendo: autores, ano de publicação, fonte de publicação, metodologia dos estudos, e competências necessárias para a ESF atuar na saúde mental. Os trabalhos foram comparados por similaridade de conteúdo, sob a forma de duas categorias empíricas: competências técnicas e competências comportamentais. As comportamentais foram ainda agrupadas em: competências de acolhimento e competências de vínculo.

Resultados

Na presente revisão integrativa foram analisados 18 artigos, os quais se encaixaram nos critérios de inclusão estabelecidos. No Tabela 1 são apresentadas as características das publicações selecionadas como amostra do estudo e a apresentação dos resultados relativos à variável de interesse ‘competências necessárias para os profissionais da ESF atuarem em Saúde Mental’.

Verifica-se que em relação às fontes das publicações 3 artigos pertencem ao banco de dados BDENF, 12 ao LILACS, 2 ao Coleciona SUS e 1 a base MEDLINE.

Quanto ao ano de publicação foi encontrado apenas 1 artigo no ano de 2010 e 1 no ano de 2017. Em 2011 foram encontrados 2 estudos. Nos anos de 2012, 2013 e 2015 foram encontradas 3 publicações, uma em cada ano. O ano de 2014 destacou-se com 5 artigos e no ano de 2016 não foram encontrados estudos.

No que diz respeito ao tipo de estudo, 13 eram estudos empíricos com método qualitativo que utilizaram técnicas diversas para coleta de dados, como entrevistas, observações e grupos focais, 5 eram revisões da literatura, sendo apenas uma integrativa e as demais narrativas.

Características das publicações que fizeram parte do estudo

Autores	Ano	Fonte	Método	Competências necessárias para a ESF atuar na saúde mental
Neves, Lucchese e Munari	2010	LILACS	Revisão narrativa.	Acolhimento, escutar as pessoas, incluí-las nas atividades coletivas, responsabilizar-se pelas pessoas que estão sendo cuidadas, estruturar vínculos afetivos e de compromisso no processo de ajuda, trabalhar em equipe, lidar com a afetividade e a subjetividade das pessoas, comunicação.
Arce, Souza e Lima	2011	LILACS	Pesquisa qualitativa, entrevistas com 28 profissionais de nível médio e superior da ESF do Distrito Federal que participaram de capacitação em saúde mental.	Acolhimento, vínculo, corresponsabilização, conhecimentos em epidemiologia.
Campos <i>et al.</i>	2011	LILACS	Estudo avaliativo, participativo, qualitativo, grupos focais com profissionais da ESF e 29 entrevistas com usuários de uma cidade brasileira.	Escuta, trabalho em equipe, conhecimento quanto a orientação de uso dos medicamentos psicotrópicos.
Souza <i>et al.</i>	2012	LILACS	Revisão integrativa da literatura, 38 artigos publicados entre 1999 e 2009.	Escuta psicossocial, acolhimento e o trabalho integrado em rede.
Magalhães <i>et al.</i>	2012	BDENF	Pesquisa qualitativa, em uma Unidade de ESF de um Município do Estado do Rio Grande do Sul, 4 entrevistas semiestruturadas.	Habilidade para trabalhar em grupo, estabelecer vínculo e dar acolhimento aos usuários, escutar os problemas do usuário, transmitir confiança, comunicação.
Araújo	2012	LILACS	Pesquisa qualitativa, entrevistas com 6 trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), da cidade de São Paulo, SP.	Capacidade de escutar, comunicar e estabelecer vínculo com o usuário, e identificar suas necessidades reais.
Dorneles e Cossetin	2013	LILACS	Revisão narrativa, com coleta de dados em bases virtuais das principais revistas da área da saúde, 10 artigos publicados no período de 2008 a 2013.	Capacidade detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico, prover escuta qualificada, afetividade, aceitação e não julgamento, empatia, confiança, segurança, autoconhecimento e respeito mútuo, comunicação, diálogo.
Andrade <i>et al.</i>	2013	Coleciona SUS	Pesquisa qualitativa, entrevista com 8 profissionais da saúde de nível médio e superior da ESF do estado do Rio de Janeiro.	Capacidade de escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.
Autores	Ano	Fonte	Método	Competências necessárias para a ESF atuar na saúde mental

Veloso e Mello			entrevista com 16 profissionais de uma equipe de ESF do município de Guaiúba, CE.	municar.
Santos e Nunes	2014	LILACS	Pesquisa qualitativa, 3 grupos focais com 6 ACS cada, de 2 Unidades de Saúde da Família da Bahia.	Disposição em escutar o outro, conhecer o contexto de vida dos moradores, estabelecer vínculo de confiança, saber mediar saberes e construir ligações entre dispositivos de cuidados formais e informais.
Fortes <i>et al.</i>	2014	LILACS	Revisão narrativa.	Saber confiar nas potencialidades dos recursos familiares, saber engajar os membros da família.
Frateschi e Cardoso	2014	LILACS	Pesquisa qualitativa, dois grupos focais com 13 usuários de uma UBS e de uma USF de um município de médio porte localizado no interior do estado de São Paulo, SP.	Escuta qualificada, que promova acolhimento e vínculo, bem como de uma assistência humanizada, longitudinal e integral.
Hirdes	2014	MEDLINE	Pesquisa qualitativa, realizada em município da região metropolitana de Porto Alegre, RS, com profissionais das equipes de referência das USF. No total foram entrevistados 21 participantes e realizados e grupos focais.	Estabelecer vínculo, manter o sigilo, o respeito, saber contextualizar o cenário da vida das pessoas, elaborar projetos terapêuticos.
Sandri	2014	Coleciona SUS	Pesquisa qualitativa, observação do Acolhimento realizado numa Unidade de Saúde, na cidade de Porto Alegre, RS.	Envolvimento com o usuário, empatia, capacidade de escuta, postura acolhedora, capacidade de interlocução.
Wenceslau e Ortega	2015	LILACS	Revisão narrativa da literatura nacional de 38 trabalhos entre os anos de 1999 e 2009.	Acolhimento dos usuários, responsabilização pela clientela, estabelecimento de vínculos entre os sujeitos envolvidos, garantir a integralidade do cuidado.
Muniz <i>et al.</i>	2015	BDENF	Pesquisa qualitativa, entrevista semiestruturada com 6 profissionais de saúde da Rede de Saúde Mental do município de Niterói-RJ.	Acolhimento, vínculo e responsabilização em relação ao usuário, trabalho da equipe.
Lima <i>et al.</i>	2015	LILACS	Qualitativo, pesquisa-ação, entrevistas e observação, 22 profissionais da saúde, agentes comunitários e acadêmicos de Fortaleza, CE.	Capacidade de escuta e compreensão das necessidades dos usuários, autonomia e empoderamento para lidar com problemas do cotidiano, vínculo e acolhimento, empatia para compreender o contexto de vida dos indivíduos.
Autores	Ano	Fonte	Método	Competências necessárias para a ESF atuar na saúde mental

entrevistas com 9
profissionais de saúde e
usuários da rede de atenção
primária à saúde.

referência e contra referência, atenção e
acolhimento, diálogo, capacidade de
planejamento.

Fonte: elaborado pelos autores.

Em relação às competências foi possível depreender dos trabalhos científicos analisados que as competências comportamentais se sobressaem em relação as competências técnicas, sintetizadas na Tabela 2.

Tabela 2

Competências necessárias para a equipe da ESF atuar na atenção à saúde mental

Competências comportamentais		Competências técnicas
Acolhimento	Vínculo	
<ul style="list-style-type: none"> • Escuta para compreender o contexto de vida e identificar suas reais necessidades. • Incluir usuários e familiares nas atividades coletivas. • Responsabilizar-se pelas pessoas que estão sendo cuidadas . • Afetividade. • Aceitação e não julgamento. • Autonomia e empoderamento do profissional da saúde para lidar com problemas do cotidiano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Transmitir confiança e segurança. • Diálogo e comunicação. • Promover o autoconhecimento e respeito mútuo das equipes usuários e familiares. • Trabalhar em equipe e promover a cooperação. • Capacidade de persuasão e convencimento do usuário sobre sua corresponsabilidade no tratamento. • Saber confiar nas potencialidades dos recursos familiares. • Manter sigilo e respeito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a orientação de uso dos medicamentos psicotrópicos. • Conhecer a rede de referência e contrareferência. • Mediar saberes e construir ligações entre dispositivos de cuidados formais e informais. • Ter domínio de novas terapias. • Conhecimentos em epidemiologia.

Fonte: elaborado pelos autores.

Os resultados apontam para a necessidade de 6 competências de acolhimento, 7 competências de vínculo e 5 competências técnicas.

Discussão

Competência comportamental: acolhimento dos usuários

O acolhimento é um espaço propício a momentos de diálogo e de escuta ativa. Nesse cenário o processo de cuidado passa a ser desenvolvido de forma que o usuário se

técnicos (Araújo, 2012).

Para Dorneles e Cossetin (2013) e Hirdes (2014) o acolhimento dos usuários é uma ferramenta potencial para desenvolver ações de Saúde Mental, visto que contribui para a humanização do cuidado. Ele deve ser realizado de modo contínuo e com sensibilidade, para identificar o sofrimento através da escuta qualificada, garantindo o sigilo e viabilizando o tratamento na própria atenção básica (Dorneles & Cossetin, 2013; Hirdes, 2014).

Ainda segundo Dorneles e Cossetin (2013, p.13) a ação do acolhimento é uma tecnologia leve, que consiste em desenvolver competências comportamentais, tais como “sentar na sua frente, olhar em seus olhos, ouvi-lo com interesse e dedicação sobre alguém ou alguma coisa, transmitir confiança, permitindo o estabelecimento de vínculos emocionais e otimizando o atendimento”. A escuta qualificada promove, portanto, o entendimento do real motivo da procura do indivíduo pelo serviço, “identificando assim suas necessidades e a resolutividade, diminuindo as dificuldades de acolher estes usuários na atenção básica” (Dorneles & Cossetin, 2013, p. 14).

Nesse sentido, as autoras entendem ser necessário que os profissionais da ESF sejam capacitados para apresentar competências como “afetividade, aceitação e não julgamento, empatia, confiança, segurança, autoconhecimento e respeito mútuo”, durante o processo de cuidado dos sujeitos em sofrimento mental (Dorneles & Cossetin, 2013, p. 14).

No decorrer da análise dos resultados encontrados, observou-se que os autores evidenciam que para promover um real acolhimento dos usuários é crucial que os profissionais, durante o atendimento, escutem o usuário atentamente. Segundo Andrade *et al.* (2013, p. 3554), “ouvir é uma forma de melhor compreender a situação e também de acolher os portadores de sofrimento mental, sendo essencial para permitir a inclusão efetiva deles aos serviços de saúde”.

Sendo o acolhimento um importante espaço para a construção do vínculo, o profissional precisa reconhecer que, além de um instrumento de trabalho, acolher é uma postura construída diariamente, e que supera a ação de triar, ou seja, de recepcionar, ouvir e encaminhar. Para que o usuário se sinta bem acolhido é necessário abrir espaço para ouvi-lo de forma receptiva, atenciosa e solidária (Sandri, 2014; Munizet *al.*, 2015).

al se faz através do carinho, da atenção e da conversa, para que se possa gerar uma preocupação e envolvimento além dos aspectos biológicos. Desenvolver a escuta e o diálogo rompe com o aspecto técnico-científico, e promove um espaço de compreensão essencial nas ações de cuidar.

No estudo de Frateschi e Cardoso (2014) os usuários de uma UBS e de uma USF de um município de médio porte localizado no interior do estado de São Paulo, relataram que profissionais da ESF focavam apenas a medicalização para a amenização dos sintomas, esquecendo-se de promover o diálogo e a aproximação dos usuários e familiares. Por esse motivo a unidade foi classificada como pouco acolhedora. Essa situação pode ser revertida se os profissionais fossem preparados para realizar o cuidado de forma longitudinal, considerando o indivíduo para além da doença.

Para Magalhães *et al.* (2012) os profissionais de saúde ainda estão imersos em um modelo de trabalho médico hegemônico. Eles consideram que o acolhimento não deve se restringir ao primeiro atendimento, mas proliferar por todos os encontros, permitindo se dirigir ao sujeito em sofrimento escutando suas angústias, concentrando na fala, nos olhares, nas experiências e induzindo novas formas de sociabilidade. Assim, é possível “dirigir-se ao sujeito, e não a priori às suas doenças” (Magalhães *et al.*, 2012, p. 3108).

Segundo Santos e Nunes (2014, p.117), escutar o usuário significa “dispor sua experiência de vida com o intuito de produzir saúde”. Os autores ponderam que usar de situações vividas para servir de exemplo ao paciente, pode apresentar resultados positivos na promoção do cuidado. Entretanto, os profissionais só conseguem desenvolver essas ações se construírem uma relação de confiança.

Segundo Neves, Lucchese e Munari (2010), para superar o modelo clínico-psiquiátrico centrado na referência hospitalar, se faz necessário promover mudanças no ensino e na prática, constituídas a partir do desenvolvimento do saber/fazer, de modo a consolidar as diretrizes do SUS e da atenção psicossocial. É no campo da prática, de acordo com os autores, que muitas transformações estão acontecendo. O contexto é essencial para o desenvolvimento de competências e desafio para os serviços e para as instituições de ensino já está posto.

Competência comportamental: vínculo com a família e seus desdobramentos

as ações de cuidado para o território do sujeito em sofrimento. “Nesse sentido, a família tem seu papel ressignificado, não mais sendo afastada em prol de um sistema asilar, mas sendo entendida como fundamental no processo de cuidado” (Arce, Souza & Lima, 2011, p. 544).

A vinculação com família é onde se inicia a relação de cuidado com o sujeito em sofrimento, são esses atores os primeiros a serem contatados, quando se trata de saúde mental. O suporte emocional dado pela família é considerado um importante agente terapêutico, podendo melhorar os resultados do tratamento (Santos & Nunes, 2014; Souza *et al.*, 2012).

Na construção do vínculo familiar, o profissional da ESF deve saber identificar e confiar na potencialidade familiar e seus recursos, além de reconhecer disfunções familiares graves. Nesse caso, espera-se que a equipe desenvolva competências capazes de promover o engajamento entre os membros da família. É fundamental que haja espaços de diálogo, em que todos tenham oportunidade de se expressar e promoverem a escuta ativa no auxílio aos familiares, para que possam compreender suas dificuldades e desenvolver formas de cooperação (Fortes *et al.*, 2014).

Cabe ao familiar se responsabilizar pela marcação de consultas, pelo controle e manejo dos medicamentos e pela busca da inserção dos usuários nas atividades terapêuticas. Portanto, a construção de um vínculo com a família é fundamental para garantir o cuidado contínuo da pessoa em sofrimento, e assim promover a melhoria da sua qualidade de vida (Santos & Nunes, 2014; Lima *et al.*, 2015).

Segundo Frateschi e Cardoso (2014), o profissional da equipe deve transmitir ao sujeito que ele não irá assumir sozinho o peso de seu sofrimento. Nos momentos que o encaminhamento for imprescindível, espera-se que a equipe da ESF apresente corresponsabilização dos casos, ou seja, busque por informações sobre a evolução do tratamento do paciente.

Competências técnicas

No que se refere às competências técnicas, além dos profissionais da atenção básica desenvolverem a capacidade resolutiva, ele devem também aumentar o grau de singularização da relação equipe-usuário (Barbosa *et al.*, 2017; Frateschi & Cardoso, 2014). Para que isso aconteça a equipe precisa ter conhecimento acerca da legislação e

iva, nas situações de agravo, afirma seu papel na comunidade, facilitando sua movimentação no território. Tal comportamento confere prestígio aos profissionais e garante “legitimidade diante da comunidade” (Santos & Nunes, 2014, p 112).

Outra competência técnica identificada refere-se aos conhecimentos sobre os fármacos utilizados, que articulada com a competência comunicação possibilita a tradução da linguagem científica para o usuário e sua família. De acordo com Campos *et al.* (2011), os usuários fazem uso de psicotrópicos por longos períodos com esparsas reavaliações pelo médico psiquiatra. Sendo assim, visando assegurar a eficácia do cuidado e diminuir a longa espera pelo atendimento especializado, os profissionais da atenção básica devem mediar saberes e construir ligações entre dispositivos de cuidados formais e informais (Santos & Nunes, 2014).

Além disso, segundo Arce *et al.* (2011, p. 556) é abordado que é fundamental que os profissionais aprendam a realizar uma análise concreta da demanda em Saúde Mental a partir de conhecimentos epidemiológico, com a finalidade de “não se reduzir a assistência apenas à definição de diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção”

Considerações finais

O objetivo deste trabalho foi descrever as competências necessárias para a equipe da ESF atuar na atenção à saúde mental, por meio de uma revisão integrativa de literatura de 18 trabalhos selecionados para este fim.

Da leitura e análise das obras selecionadas foi possível identificar um conjunto de competências técnicas e um conjunto de competências comportamentais. Para efeito do estudo as competências comportamentais foram agrupadas em: competências de acolhimento; competências de vínculo. Como resultados observou-se que as competências comportamentais se apresentam em maior número que as técnicas.

Para que o profissional da atenção básica sinta-se preparado para realizar ações no âmbito da saúde mental identifica-se a necessidade de: escutar, ter disposição para conversar, receber o usuário com hospitalidade e sensibilidade, se corresponsabilizar pelos casos encaminhados, promover espaços de diálogo, identificar e confiar na potencialidade familiar, engajar paciente e família na construção da saúde, e saber agir

onal ter conhecimentos sobre epidemiologia, procedimentos técnicos de cuidado em saúde mental como saber identificar um momento de crise e indicação medicamentos psicotrópicos. Cabe ao profissional ter entendimento, também, quanto ao fluxo e legislação da RAPS.

A equipe da ESF com competências bem desenvolvidas proporciona ao indivíduo com sofrimento psíquico a possibilidade de receber o tratamento sem comprometer o vínculo com a família, com suas redes sociais e com o trabalho, que são pontos importantes na recuperação, além de torná-lo peça importante na construção de seu bem-estar.


A educação em saúde é importante para que os profissionais de saúde desenvolvam competências que permitam tanto ofertar serviços de qualidade, que garantam os direitos do usuário, quanto melhorar o funcionamento da rede de saúde, evitando que ocorram gargalos nos serviços especializados. Portanto, as equipes devem ser bem preparadas, cabendo aos gestores ofertarem capacitações e reciclagens constantes, de forma que esses trabalhadores estejam aptos para as práticas de Saúde Mental.

Referências

- Amarante, P., & Torre, E. (2011). Michel Foucault e a “História da Loucura”: 50 anos da história da psiquiatria. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, (6), 41-64.
- Andrade, J. *et al.* (2013). Atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da equipe de saúde da família. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(2), 3549-3557. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i2.3549-3557>
- Araujo, A. K. (2012). *Avaliação em saúde mental: o processo de acolhimento*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/D.6.2012.tde-15032012-101652.
- Arce, V. A. R., Sousa, M. F. de, & Lima, M. da G. (2011). A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(2), 541-560. doi.org/10.1590/S0103-73312011000200011.
- Barbosa, V. B. *et al.* (2017). O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 9(3), 659-668. doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.659-668.
- Boyatzis, R. E. (1982). *The competent manager: a model for effective performance*. New York: John Wiley & Sons.

- model for health care leadership. *Journal of Healthcare Management*, 53(6), 375-89, 2008. DOI INEXISTENTE.
- Camelo, S., & Angerami, E. (2013). Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(2), 552-560. doi.org/10.1590/S0104-07072013000200034.
- Campos, R. O., Gama, C. A., Ferrer, A. L., Santos, D. V. D. dos, Stefanello, S., Trapé, T. L., & Porto, K. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4643-4652. doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013.
- Chong, E. (2013). Managerial competencies and career advancement: a comparative study of managers in two countries. *Journal of Business Research*, 66, 345-53. doi.org/10.1016/j.jbusres.2011.08.015
- Correia, V., Colvero, L., & Barros, S. (2011). Saúde Mental na Atenção Básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45(6), 1501-1506. doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032.
- Dorneles, M., & Cossetin, A. (2017). *Acolhimento em saúde na atenção primária em saúde: uma revisão bibliográfica*. (Doutorado). Instituto Federal do Rio Grande do Sul.
- Dutra, J., Silva, C., & Hipolito, J. (2000). Gestão de pessoas por competências: o caso de uma empresa do setor de telecomunicações. *Revista de Administração Contemporânea*, 4(1), 161-176. doi.org/10.1590/S1415-65552000000100009.
- Fortes, S. et al. (2014). Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 079-1102. doi.org/10.1590/S0103-73312014000400006
- Frateschi, M. S., & Cardoso, C. L. (2014). Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 545-565. doi.org/10.1590/S0103-73312014000200012.
- Lobato, L. de V.C., & Giovanella, L. (2008). Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In L. Giovanella, S. Escorel, L. de Vasconcelos Costa Lobato, J. Carvalho de Noronha & A. Ivo de Carvalho. *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (1st ed., pp. 89-120). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Hirdes, A. (2015). A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 371-382. dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.11122014.
- Júnior, H., Silva, P., & Desviat, M. (2016). Reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1449-1460. doi.org/10.1590/1413-81232015215.00872016.
- Fleury, M. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, 183-196. doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010.
- LeBortef, G. (1995). *De la compétence*. France: Editions d'Organisations.

- ília: um estudo exploratório. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 1905-1914. doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1905-1914.
- Manfredi, S. M. (1999). Trabalho, qualificação e competência profissional: das dimensões conceituais e políticas. *Educação e Sociedade*, 19(64): 13-49. doi.org/10.1590/S0101-73301998000300002.
- McClelland, D. C., & Dailey, C. (1972). *Improving officer selection for the foreign service*. Boston: McBer.
- Magalhães, V. et al. (2012). Ações de Saúde Mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 4(4), 3105-3017. doi.org/10.9789/2175-5361.2012.v4i4.3105-3017.
- Ministério da Saúde. (2011a). *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2011b). *Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011*. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de Atenção Básica*, 34. Brasília.
- Moura, J. (2011). História da assistência à saúde mental no brasil: da reforma psiquiátrica à construção dos mecanismos de atenção psicossocial. *Psicologado Artigos* [Online], 6. DOI INEXISTENTE.
- Muniz, M. et al. (2015). Ampliando a rede: quando o usuário de drogas acessa a atenção psicossocial pela atenção básica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(4), 3442-3453. doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3442-3453.
- Neves, H. G., Lucchese, R., & Munari, D. B. (2010). Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 666-670. doi.org/10.1590/S0034-71672010000400025.
- Perrenoud, P. (2014). *Dez competências para ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sandri, A. (2014). *Acolhimento: tecnologia para apreensão das questões de saúde mental na unidade básica de saúde*. Dissertação de Mestrado, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, Porto Alegre, RGS, Brasil.
- Santos, G. A., & Nunes, M. de O. (2014). O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), 105-125. doi.org/10.1590/S0103-73312014000100007.
- Silveira, M. (2009). *A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Souza, L. G. S. et al. (2012). Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1022-1034. doi.org/10.1590/S0104-12902012000400019.
- Spencer L. M., & Spencer, S. (1993). *Competence at work*. New York: John Wiley & Sons.
- Veloso, T. M. C., & Souza, M. C. B. de M. e. (2013). Concepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 79-85. doi.org/10.1590/S1983-14472013000100010.

 e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1121-1132. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>.

Zarifian, P. (1996). *A gestão da e pela competência*. Rio de Janeiro: Centro Internacional para Educação, Trabalho e Transferência de Tecnologia.