



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM

ÁLISSAN KARINE LIMA MARTINS

**SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO SOBRE AS
COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS**

FORTALEZA – CE

2014

ÁLISSAN KARINE LIMA MARTINS

**SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO SOBRE AS
COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE) da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Vieira

FORTALEZA – CE

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M341s Martins, Álissan Karine Lima.
 Saúde mental na estratégia saúde da família: estudo sobre as competências de enfermeiros./ Álissan
 Karine Lima Martins. – 2014.
 186 f. : il. color., enc.; 30 cm.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e
 Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem;
 Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2014.
 Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
 Orientação: Profª. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira.
1. Saúde Mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Enfermagem. 4. Estudos de Validação. 5.
 Promoção da Saúde. I. Título.

ÁLISSAN KARINE LIMA MARTINS

**SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO SOBRE AS
COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE) da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Data da Aprovação: 08 de Agosto de 2014

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a. Dr^a. Profa. Eliany Nazaré Oliveira (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA

Prof^a. Dr^a. Francisca Bezerra de Oliveira (Membro Efetivo)
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a. Dr^a. Fabiane do Amaral Gubert (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Alves e Souza (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista Braga (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará - UFC

A Deus,

Que esteve presente em todos os momentos,
desde o ingresso no doutorado até o término
da tese, provendo todas as situações e
realizando grandes milagres.

A Ele, seja toda honra e glória, para todo o
sempre. Amém!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e todas as oportunidades concedidas. Pela força, paz e consolo em meio aos desafios enfrentados essa etapa. A Ele, toda honra e glória pela vitória! Só em Ti! Como diria o salmista, como é feliz o homem que põe no Senhor a sua confiança...

À minha doce mãe Emília Regina Lima Martins, pelo carinho, amor e acolhida em todos os momentos, no longe e perto.

A meu grande e guerreiro pai, José Ferreira Martins Sobrinho, pelo exemplo de superação, honestidade e honra que me incentivam a saber que tudo é possível quando se tem determinação.

Às minhas irmãs Andressa Martins e Alessandra Martins, pela ajuda na pesquisa, pelos momentos de descontração e pela torcida de sempre.

Aos pequenos Ian Martins e Melissa Martins, pelos momentos de alegrias e pela motivação para construir um mundo melhor para vocês.

Aos meus avós; Maristela, exemplo de superação e força, e Luiz, pela simplicidade e carinho, incentivando em todos os momentos, participando e vibrando com as conquistas e compreendendo as ausências.

Aos meus avós maternos e demais familiares (tios, tias, primos, primas) pela torcida, ânimo e orações quando necessários.

À minha grande amiga e irmã em Cristo, Gabriela de Carvalho, mais conhecida como Bibi, pela partilha de muitos momentos, pelas orações e força.

Às amigas do coração e de trajetória acadêmica desde o mestrado, Adriana Nogueira, Rosilene Baptista e Fátima Nóbrega, pela escuta, compartilhamento de alegrias e conquistas, e de quem sempre posso ter enorme admiração pela competência enquanto profissionais de saúde e como seres humanos pelas qualidades que agrupam enquanto mães, esposas, amigas, professoras, enfermeiras.

Ao amigo Henrique Klein (*in memorian*), com quem tive o prazer de compartilhar muito das expectativas, das dificuldades e dos planos para alcançar esta conquista e que, naquele momento, já reconhecia e validava com suas palavras. Muitas saudades, amigo!

Aos amigos, colegas e irmãos em Cristo de Juazeiro e Fortaleza (Felipe, Pedro Henrique, Larissa, Sara, Pedro Rafael, Benaia, Wesley, Brenda) de quem estive distante e que sempre me proporcionaram companhias repletas de alegria e paz, que me energizaram para chegar até o fim dessa trajetória. Com vocês, os momentos foram mais leves.

Aos colegas e amigos de apartamento, dos quais cito Adriana, Ana Cristina, Gerdane, Thammy e outros(as), que passaram por este ambiente de produção coletiva frente à escolha de crescer e expandir os horizontes.

Às amigas “Fiéis”, Paula Cazaqui, Fátima de Oliveira, Márcia Andréia, Mayra, Gabriela e Amábille Nascimento, pelo prazer de tê-las como amigas, que torcem e com quem pude compartilhar ansiedades e conquistas.

Aos amigos do ministério de louvor da Primeira Igreja Batista no Crato, pelas palavras de ânimo, orações e comunhão, momentos fundamentais que alimentaram e alimentam minha alma e espírito.

À Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Vieira, pelas oportunidades, confiança e compreensão necessárias no decorrer dessa trajetória. Foi um prazer tê-la como orientadora, tendo em vista a referência de profissionalismo e comprometimento com a Enfermagem, a Educação em Saúde e a Promoção da Saúde que és.

À Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Alves e Souza, pelo exemplo de enfermeira docente na área de saúde mental, grande motivadora e exemplo de que no processo de ensino-aprendizagem o envolvimento com a mudança de práticas é o que de fato faz a diferença, que reflete e impacta na construção de novos enfermeiros.

À Prof^a. Dr^a. Fabiane do Amaral Gubert, pelo companheirismo e parcerias desde os primeiros contatos, e que foram fundamentais no decorrer dessa caminhada.

À Prof^a. Dr^a. Ana Karina Pinheiro, pela acolhida enquanto coordenadora da Pós-Graduação e pelas grandes contribuições no momento da qualificação e neste momento de defesa.

Ao Prof. Dr. Paulo César, pela disponibilidade e contribuições frente ao desafio das análises estatísticas.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Eliany Nazaré Oliveira, Francisca Bezerra de Oliveira e Ângela Maria Alves e Souza pelas contribuições como membros da banca examinadora.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), pela grande contribuição no processo de formação na pesquisa no decorrer do mestrado e doutorado, em especial à Prof^a. Dr^a. Patrícia Neyva Pinheiro, Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Braga, Prof^a. Dr^a. Escolástica Moura, Prof^a. Dr^a. Lorena Ximenes e Prof^a. Dr^a. Elizângela Teixeira.

Às colegas do grupo de orientandas, Ana Cristina, Joyce Mazza, Ana Larissa Machado, Stella Maia, Lydia Freitas, Tábytha e Gabriele pelos espaços de convivência e aprendizado coletivo.

Aos colegas do curso de doutorado pelas oportunidades de compartilhamento de vivências e momentos de aprendizagem em grupo.

Às funcionárias do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC): Jaqueline, Cleirismar, Walma, Joelna, Jú, Antônia, Thaís; com quem sempre pude contar com a gentileza nos momentos de busca (nos cafezinhos, no acesso às salas, nas informações cotidianas).

Aos alunos, colegas e amigos da Universidade Federal do Piauí (UFPI), em especial à amiga Izabel Falcão, pelo exemplo de determinação e companheirismo durante minha breve passagem por terras piauienses.

Aos alunos e colegas da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), pelo incentivo ao crescimento profissional, em especial aos alunos orientandos e à Prof^a. Dr^a. Francisca Bezerra de Oliveira, que com muita competência tem contribuído ricamente na minha prática profissional e pessoal.

Aos mestres e grandes amigos Joseph Dimas de Oliveira, Glauberto Quirino e Kely Vanessa, pela torcida e apoio no decorrer da graduação e que perpassam até hoje nos vários momentos de conquista pessoal e profissional.

Aos enfermeiros profissionais e docentes que participaram do Comitê de Especialistas pelas avaliações e sugestões no processo de validação do instrumento.

Aos coordenadores e assessores das 20^a e 21^a Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), bem como aos Secretários de Saúde e coordenadores da Atenção Básica dos municípios de Juazeiro do Norte, Crato, Assaré, Nova Olinda, Jardim, Farias Brito, Antonina do Norte, Missão Velha, Barbalha, Caririaçu e Granjeiro pelo acesso ao nível regional e local às informações e às autorizações necessárias para a realização da pesquisa.

Aos enfermeiros das unidades básicas da Estratégia Saúde da Família dos municípios pela confiança e contribuição com o estudo.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo apoio financeiro no início da inserção no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Foram muitas as pessoas que acompanharam comigo e contribuíram no caminhar dessa trajetória e a quem direciono meus sinceros agradecimentos.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhado, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar”. (Paulo Freire)

RESUMO

A atenção em saúde mental sofreu um intenso processo de reestruturação das práticas, passando a incluí-la no espaço da Atenção Primária à Saúde. Para a atuação adequada frente às demandas em saúde mental neste novo cenário, os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família devem estar preparados para adotar condutas que sejam alicerçadas em conhecimentos, habilidades e atitudes condizentes às situações do cotidiano. Nesse sentido, o estudo teve como objetivo averiguar as competências dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família para atuação em saúde mental. Pesquisa metodológica, de abordagem quantitativa, realizada com 149 enfermeiros de unidades básicas de saúde de municípios da 20ª e 21ª Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará. Uma escala para coleta dos dados foi elaborada, validada por juízes e aplicada junto aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no período de setembro a outubro de 2013. A confiabilidade da escala foi verificada pelo teste de Alfa de Crombach. A validade de conteúdo foi verificada pelo Índice de Validação de Conteúdo (IVC). Foi utilizada a análise estatística descritiva calculada pelas porcentagens das variáveis socioeducacionais, além das medidas de tendência central, tais como média e desvio padrão das categorias da escala. As análises foram feitas comparando-se médias por meio dos testes t de *Student* e F de *Snedecor*, contando ainda com análises de associações e correlações das competências com as características dos enfermeiros por meio dos testes não paramétricos de χ^2 . Para todas as análises estatísticas inferenciais foi fixado o nível de significância de 5%. Quanto aos aspectos éticos, foram obedecidas as normas da Resolução 466/ 2012. Os resultados apontaram que o conteúdo da escala foi considerado compreensivo e válido, segundo o comitê de juízes. Para a validade de conteúdo, a escala teve IVC de 0,86. O Alfa de Crombach foi de 0,91, evidenciando excelente confiabilidade. Na amostra houve o predomínio do sexo feminino (87,2%), o estado civil casado(a)/ união estável (59,7%) e faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos (51,7%). Os itens que obtiveram os maiores níveis de concordância dentre os enfermeiros estiveram relacionados à competência no relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente, de gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde de monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde. Quanto à associação entre a escala e as características sociodemográficas e de formação, apresentaram relação faixa etária e as competências de função ensino-orientação ($p=0,034$) e competência cultural ($p=0,044$); tempo de formação e as competências de função de ensino-orientação ($p=0,002$) e monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde ($p=0,044$); e tempo de atuação e a competência ensino-orientação ($p=0,006$). Considerando a escala total, os maiores escores foram encontrados dentre os profissionais do sexo feminino ($98,4 \pm 16,7$), na faixa etária compreendida entre 45 – 60 anos ($101,9 \pm 21,7$), com tempo de formação maior que 10 anos ($99,4 \pm 19,1$) e tempo de atuação na APS ($99,4 \pm 19,1$). Espera-se que os resultados do estudo contribuam no direcionamento de ações para qualificação da prática em saúde mental no cenário da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Estudos de Validação. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Mental health care, in accordance with public health policies, underwent an intense process of restructuring care practices starting to include it in the Primary Health Care space. For proper performance facing the demands on mental health in this new scenario, the nurses of the Family Health Strategy should be prepared to adopt behaviors grounded in knowledge, skills, and attitudes consistent with everyday situations. In this context, this study aimed to evaluate the skills of nurses of the Family Health Strategy to work in mental health. A methodological research of quantitative approach conducted with 149 nurses in the basic health units of municipalities in the 20th and 21st Regional Health Coordinators of the State of Ceará, Brazil. For data collection, we developed a scale, validated by judges and applied with the nurses of the Family Health Strategy from September to October 2013. To assess the reliability of the scale, we applied the Cronbach's alpha. For content validity, we used the Content Validation Index (CVI). We used descriptive statistical analysis calculated by percentages of socio-educational variables, besides measures of central tendency, such as mean and standard deviation of the categories of the scale. We performed the analyses by comparing means through the Student's t-test and Snedecor's F distribution, together with analyzes of associations and correlations of skills with the characteristics of nurses by means of Chi-square nonparametric tests. For all inferential statistical analyzes, we established the level of significance of 5%. Regarding ethical issues, we followed the rules of Resolution 466/2012. According to the committee of judges, results showed that the content of the scale was comprehensive and valid. For content validity, the CVI scale was 0.86. The Cronbach's alpha was 0.91, indicating excellent reliability. In the sample, there was a predominance of females (87.2%), married/in stable relationship (59.7%), and aged 30-39 years (51.7%). The items that presented the highest levels of agreement among the nurses were associated with the skill in the nurse-patient therapeutic relationship, of management and negotiation of supply of care within the health system for monitoring and assurance of health care practice. Regarding the connection between the scale and the socio-demographic and training characteristics, there was association in age and function skills of teaching-orientation ($p=0.034$) and cultural skills ($p=0.044$); training time and function skills of teaching-orientation ($p=0.002$) and monitoring and guarantee of health care practice ($p=0.044$); and time of performance and skills of teaching-orientation ($p=0.006$). Considering the total scale, the highest scores were found among female workers (98.4 ± 16.7), aged 45-60 years (101.9 ± 21.7), with more than 10 years of training (99.4 ± 19.1), and work experience in PHC (99.4 ± 19.1). Thus, we hope the study results contribute to directing actions for qualification in mental health practice within Primary Health Care.

Keywords: Mental Health. Primary Health Care. Nursing. Validation Studies. Health Promotion.

RESUMEN

La atención en salud mental, según las políticas públicas de salud, sufrió intenso proceso de reestructuración de las prácticas de atención a incluirlo en el espacio de Atención Primaria de Salud. Para actuación adecuada delante de las exigencias en salud mental en este nuevo escenario, los enfermeros de la Estrategia de Salud Familiar deben estar preparados para adoptar comportamientos que se basan en conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a las situaciones cotidianas. En este sentido, el objetivo del estudio fue verificar las habilidades de enfermeros de la Estrategia de Salud Familiar para trabajar en salud mental. Investigación metodológica, con enfoque cuantitativo, realizado con 149 enfermeros en las unidades básicas de salud de municipios de la 20ª y 21ª Regional de Salud del Ceará. Una escala para recolección de datos fue desarrollada, validada por jueces y aplicada con los enfermeros de la Estrategia de Salud Familiar, de septiembre a octubre de 2013. La confiabilidad de la escala se evaluó mediante la prueba de Alfa de Crombach. La validez de contenido fue verificada por Índices de Validación de Contenido (IVC). Se realizó análisis estadístico descriptivo, calculado por porcentajes de las variables socio-educativas, además de las medidas de tendencia central, como media y desviación estándar de las categorías de la escala. Los análisis se realizaron mediante la comparación de los testes *t* de Student e *F* de Snedecor, que siguen confiando en el análisis de las asociaciones y correlaciones de competencias con las características de enfermeros mediante pruebas no paramétricas χ^2 . Para todos los análisis estadísticos inferenciales se estableció el nivel de significación de 5%. En cuanto a las cuestiones éticas, fueron obedecidas las reglas de la Resolución 466/2012. Los resultados señalaron que el contenido de la escala fue considerado comprensible y válido, según el comité de jueces. Para la validez de contenido, la escala presentó IVC de 0,86. El alfa de Crombach fue de 0,91, lo que indica excelente confiabilidad. En la muestra hubo predominio del sexo femenino (87,2%), estado casado (a)/relación estable (59,7%) y con edades comprendidas entre 30-39 años (51,7%). Los elementos obtuvieron los más altos niveles de concordancia entre los enfermeros estaban relacionados con la competencia en la relación terapéutica enfermero-paciente, de gerencia y negociación de la oferta de la atención en el sistema de salud de seguimiento y garantía de la práctica de la atención en salud. La asociación entre la escala y las características sociodemográficas y de formación, presentaron relación entre faja de edad y las competencias de función enseñanza-orientación ($p=0,034$) y competencia cultural ($p=0,044$); tiempo de formación y las competencias de función de enseñanza-orientación ($p=0,002$) y monitorización y seguridad de la práctica de atención en salud ($p=0,044$); y tiempo de actuación y la competencia enseñanza-orientación ($p=0,006$). En consideración a la escala total, las mayores puntuaciones fueron encontradas entre los profesionales del sexo femenino ($98,4 \pm 16,7$), con edades entre 45 – 60 años ($101,9 \pm 21,7$), con tiempo de formación mayor que 10 años ($99,4 \pm 19,1$) y tiempo de actuación en la APS ($99,4 \pm 19,1$). Se espera que los resultados del estudio contribuyan a las acciones para cualificación de la práctica en salud mental en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Salud mental. Atención Primaria de Salud. Enfermería. Estudios de Validación. Promoción de la Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição do número de juizes, segundo características. Fortaleza, 2013	74
Tabela 2-Índice de Validade de Conteúdo das Propriedades Psicométricas e Alfa de Crombach dos itens da “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”. Fortaleza, 2013	76
Tabela 3- Características sociodemográficas e de formação acadêmica dos enfermeiros das unidades da ESF das 20ª e 21ª CRES. Região do Cariri - CE, Set – Out/ 2013	86
Tabela 4- Distribuição do número de enfermeiros, segundo a escala sobre competências. Região do Cariri, Set – Out/ 2013	89
Tabela 5- Distribuição do número de enfermeiros, segundo a escala sobre competências e a faixa etária. Região do Cariri, Set – Out/ 2013	95
Tabela 6- Distribuição do número de enfermeiros, segundo a escala sobre competências e tempo de formação. Região do Cariri, Set – Out/ 2013	97
Tabela 7- Distribuição do número de enfermeiros, segundo a escala sobre competências e tempo de atuação. Região do Cariri, Set – Out/ 2013	99
Tabela 8- Distribuição do número de enfermeiros, segundo a escala sobre competências e Coordenação Regional de Saúde (CRES). Região do Cariri, Set – Out/ 2013.....	100
Tabela 9-Comparação das médias do escore da escala total, segundo as variáveis sociodemográficas e de formação acadêmica dos enfermeiros das unidades da ESF das 20ª e 21ª CRES. Região do Cariri – CE, Set – Out/ 2013.....	102

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Municípios constituintes da Região de Saúde do Cariri. Ceará, 2012.....	57
Figura 2 - Fases dos procedimentos para coleta de dados. Fortaleza, 2013.....	59
Figura 3 - Procedimentos teóricos na elaboração de instrumentos. Fonte: Pasquali, 2010.	60
Figura 4 - Instrumento validado pelo comitê de juízes submetido à Plataforma do Google Drive. Região do Cariri - CE, 2013.....	68
Figura 5 - Etapas do processo de validação de conteúdo das propriedades psicométricas e Alfa de Crombach dos itens da Escala. Fortaleza, 2013	81
Figura 6 - Distribuição do número de enfermeiros, segundo domínios de competências. Região do Cariri, Set - Out/2013	91
Quadro 1 - Distribuição do número de enfermeiros nos municípios pertencentes à 20ª e 21ª Microrregionais de Saúde. Ceará, 2012	58
Quadro 2 - Critérios e respectivas pontuações eleitas para seleção do comitê de especialistas para fase de validação do instrumento da pesquisa. Fortaleza, 2012	64
Quadro 3 - Domínios de Competências validadas pelos juízes na “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”. Fortaleza, 2013.....	83

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CRES	Coordenação Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marília
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
WONCA	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Das Razões do Estudo.....	16
1.2 Da Reforma Psiquiátrica à Promoção da Saúde Mental na Comunidade.....	17
1.3 Saúde Mental e o Referencial de Competências.....	22
2 OBJETIVOS.....	27
2.1 Objetivo Geral.....	27
2.2 Objetivos Específicos.....	27
3 MARCO TEÓRICO.....	28
3.1 Formação por Competências e sua Repercussão na Prática em Saúde Mental do Enfermeiro.....	28
3.2 Competências para atuação do enfermeiro em Saúde mental na ESF.....	33
3.2.1 Gerenciamento do Status de Saúde/Doença do Paciente.....	33
3.2.2 Relacionamento Enfermeiro-Paciente.....	43
3.2.3 Função Ensino-Orientação.....	46
3.2.4 Papel Profissional do Enfermeiro.....	48
3.2.5 Gerenciamento e Negociação da Oferta de Cuidados dentro do Sistema de Saúde... ..	49
3.2.6 Monitoramento e Alcance da Qualidade das Práticas de Cuidado em Saúde.....	51
3.2.7 Competência Cultural.....	53
4 METODOLOGIA.....	56
4.1 Tipo de Estudo.....	56
4.2 Local de Pesquisa.....	56
4.3 População e Amostra.....	58
4.3 Procedimentos para Coleta de Dados.....	59
4.3.1 Desenvolvimento da “Escala sobre Competências de Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”.....	60
4.3.1.1 Construção da “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”.....	60
4.3.1.2 Validação por Comitê de Juízes.....	62
4.3.1.3 Realização do Teste Piloto.....	66
4.3.2 Aplicação do Instrumento.....	69
4.3.2.1Planejamento para Aplicação do Instrumento e Treinamento dos Pesquisadores de Campo.....	69

4.3.2.2 Aplicação da “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”	70
4.4 Análise dos Dados.....	70
4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	71
5 RESULTADOS	73
5.1 Validação Aparente, Semântica e de Conteúdo da Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.....	73
5.1.1 Caracterização dos Juízes	73
5.1.2 Validação Aparente, Semântica e de Conteúdo pelo Comitê de Juízes	75
5.1.3 Realização do Teste Piloto	84
5.2 Resultados relacionados à Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.....	86
5.2.1 Características dos Enfermeiros das Unidades da ESF das 20 ^a e 21 ^a CRES.....	86
5.2.2 Mensuração das médias e desvios padrão da Escala sobre Competências de Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária.....	89
5.2.3 Correlação das médias e desvios padrão da Escala sobre Competências de Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária com as variáveis sociodemográficas e de formação acadêmica	101
6 DISCUSSÃO	104
6.1 Características Sócio Demográficas e de Formação dos Enfermeiros.....	104
6.2 Competências dos Enfermeiros para Atuação em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	107
7 CONCLUSÕES	119
8 LIMITES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES	121
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICE A – KIT INFORMATIVO PARA O COMITÊ DE ESPECIALISTAS	138
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIROS).....	163
ANEXO A – TERMOS DE AUTORIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO	175
ANEXO B – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	186

1 INTRODUÇÃO

1.1 Das Razões do Estudo

O ato de pesquisar inclui aspectos objetivos e subjetivos, motivando os sujeitos envolvidos nessa tarefa a agrupar esforços para a construção de conhecimentos os quais proporcionem ganhos no campo da ciência e que representem avanços palpáveis para o homem e a sociedade. Em saúde, esses avanços se traduzem em práticas que contribuam para o incremento da qualidade de vida e de bem-estar dos indivíduos.

Considerando estes aspectos e incluindo-se como ator social na produção das práticas em saúde, a saúde mental passa a compor parte do nosso interesse desde a graduação. Foi quando, envolvidos nas atividades de iniciação científica e nas vivências de estágio extracurricular, pudemos nos aproximar do contexto dos serviços substitutivos em saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dos municípios de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, e neles refletir sobre as formas de aprimoramento, conforme as recomendações dadas pelas políticas deste campo.

Já em 2007, na qualidade de enfermeira no Curso de Especialização em Saúde da Família, tivemos a chance de aprofundar conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) como proposta para o redirecionamento da atenção em saúde com qualidade e ênfase nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Ali, aflorou o desejo de identificar na ESF espaços para o desenvolvimento de ações em saúde mental, integradas à linha de cuidado do indivíduo, da família e da comunidade.

Assim, realizamos pesquisa com enfermeiros de unidades básicas de saúde, buscando evidenciar como era desempenhada a assistência em saúde mental neste nível de atenção no Município de Juazeiro do Norte – Ceará. Foram apontadas algumas dificuldades neste nível de atuação, dada a grande demanda nos serviços, priorizando a atenção de programas determinados pelo Ministério da Saúde, por exemplo, controle e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, saúde materno infantil, doenças transmissíveis, planejamento familiar (MARTINS; SOUZA; MOREIRA, 2010). Outro aspecto evidenciado nesse estudo foi a ausência de capacitação para atender a demanda da saúde mental.

Os resultados proporcionaram as bases para que em 2008, já inclusa no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pudesse aprofundar as possibilidades de intervenção de promoção da saúde mental nos limites evidenciados na

prática da atenção primária de saúde. Nesse momento, através da proposta de Círculos de Cultura de Paulo Freire, pude problematizar com duas das equipes da Estratégia Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte questões referentes à abordagem da saúde mental no cenário da atenção primária à saúde (MARTINS; VIEIRA; SOUZA, 2011).

Como resultado deste estudo, apesar do processo gradual de abertura para compreensão da saúde mental como uma das possíveis demandas a serem atendidas na Atenção Primária à Saúde, os profissionais indicaram a necessidade de capacitação, da definição das ações neste nível de atenção, como também de uma vinculação mais próxima com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da estratégia de apoio matricial.

Nesse sentido, reconhecemos que, mais que sensibilizar, serão necessários mais estudos que indiquem quais as habilidades e competências de cada profissional, particularmente o enfermeiro, no lidar com as demandas em saúde mental no contexto da atenção primária, o que nos propomos nessa fase do Doutorado.

1.2 Da Reforma Psiquiátrica à Promoção da Saúde Mental na Comunidade

As políticas públicas de saúde têm reforçado modelos de atenção com princípios que norteiam a atenção à saúde com ênfase à incorporação da integralidade na assistência à população. Neste processo de transformação dos modos de assistir, a promoção de saúde como política pública amplia a noção de cura e de cuidado, e direciona-se ao alcance do bem-estar dos sujeitos, entendendo-os no contexto de vida frente às redes sociais comunitárias e em posição de corresponsabilidade, participação e controle para melhoria da qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2002a).

Com a atual política centrada na Promoção da Saúde como eixo estruturante, a concepção de saúde preconizada aponta para a atenção integral com base na consideração dos aspectos biopsicológicos e socioculturais que permeiam a existência dos sujeitos. Com isso, a saúde mental passa a ser valorizada como componente da vida dos indivíduos e possui envolvimento com os determinantes sociais da saúde.

Em conformidade com as políticas públicas de saúde, a atenção em saúde mental sofreu um intenso processo de reestruturação das práticas a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, surgido no final da década de 1970. Esta coloca em pauta um novo enfoque ao cuidado das pessoas em sofrimento mental ao indicar modificações

nos aspectos assistenciais, legislativos, socioculturais e conceituais no âmbito da saúde mental, respaldados pela Lei N° 10.216, de 2001.

A partir dessa reorientação, as práticas passam a priorizar a integralidade das demandas aos indivíduos com ênfase na garantia de acesso à assistência a partir de uma rede de serviços integrados desde a Atenção Primária à Saúde, conforme recomendado pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 2008a; BRASIL, 2002b).

Nota-se a importância de tal fato quando consideramos que, cerca de 20% da população brasileira possui algum tipo de transtorno mental. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da World Organization of Family Doctors (WONCA) apontam que 154 milhões de pessoas sofrem de depressão e 25 milhões de pessoas de esquizofrenia; no âmbito das drogas, 91 milhões de pessoas são afetadas por agravos provenientes do abuso do álcool e 15 milhões por perturbações do abuso de outras drogas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS, 2009).

Outras estimativas da OMS e do Ministério da Saúde do Brasil referem que 3% da população necessitam de cuidados contínuos por distúrbios severos e persistentes, e mais 9% solicitam de atendimento eventual por transtornos menos graves. Em álcool e drogas, 6 a 8% da população carecem de atendimento regular por ocasião de abuso e dependência de substâncias. Com isso, exigem-se ações articuladas em saúde capazes de agir para a promoção, prevenção, cura e reabilitação sobre as demandas de sofrimento mental (BRASIL, 2003; 2011a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002).

Mister observar que tais percentuais devem ser postos em consideração quando se tratar de território de atendimento à saúde da família, ou seja, quantos percentis de sujeitos encontram-se nessa situação no âmbito da atenção primária à saúde? Como nós profissionais enfermeiros estamos preparados para atender esta demanda em saúde?

Campos *et al* (2011) apontam estudos que referem as queixas psíquicas como as mais frequentes de procura por atendimento na Atenção Primária à Saúde. Ainda, estudo sobre a prevalência de transtornos mentais demonstrou que 51,1% das pessoas abordadas eram portadoras de transtorno mental, dentre as quais se destacavam o transtorno depressivo maior, a ansiedade generalizada e a distímia (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

Sobre a demanda de transtornos mentais na Atenção Primária, Pereira e Vianna (2009), em revisão da literatura, identificam que a maioria se caracteriza por quadros

depressivos, respondendo em média por 10,4%, e ansiosos, com média de 7,9%. Estas estão associadas a indicadores sociodemográficos e econômicos desfavoráveis, como pobreza, baixa escolaridade, eventos da vida desencadeantes, dentre outros aspectos.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), junto à OMS, no Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001), ressalta o papel estratégico do serviço da Atenção Primária no atendimento e incorporação das demandas em saúde mental, contribuindo para maiores avanços na reestruturação das práticas neste campo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002). Sobre isso, a OMS e a WONCA definem cuidados primários para saúde mental os serviços integrados aos cuidados gerais em saúde na Atenção Primária como parte integral das ações prestadas por profissionais qualificados e apoiados para prestar cuidados de saúde mental nesse nível de atenção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS, 2009).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde direciona avanços nesse campo através do Pacto pela Vida de 2008, quando insere a saúde mental como uma das áreas prioritárias para a melhoria dos indicadores de saúde da população, demandando cuidados que alcancem desde a promoção e proteção da saúde, e a prevenção de agravos no cenário comunitário (BRASIL, 2008).

Na tentativa de reorientação das práticas de saúde para o alcance dos princípios do SUS, de integralidade, universalidade e equidade, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o direcionamento das ações para a Promoção da Saúde. Os princípios da Promoção da Saúde permitem a assistência por meio de trocas solidárias, críticas, capazes de envolver a comunidade, desenvolver as habilidades pessoais, criar ambientes saudáveis e reorganizar os serviços de saúde, integrando a saúde mental à saúde como um todo. Isso só poderá ser possível por meio do fortalecimento da Atenção Primária, tendo a ESF como eixo estruturante.

Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se destaca dentre os serviços de saúde nos diversos níveis de atenção quanto à capacidade de resposta frente às demandas comunitárias de assistência, apresentando potencialidades para o acolhimento da saúde mental (MARTINS; BRAGA; SOUZA, 2009). Assim, a Atenção Primária à Saúde se constitui como espaço e tempo para a identificação precoce de agravos, prevenção e promoção da saúde mental (IVBIJARO *et al*, 2008).

Considerando a ESF como porta de entrada do sistema de saúde e a necessidade de integração dos diferentes equipamentos de atenção em saúde mental para a efetiva

integração do cuidado, houve a estruturação das redes temáticas de atenção em saúde em 2010, e inclusa, dentre elas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a fim de garantir a exequibilidade desta proposta.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada a partir da Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, direciona a criação, ampliação e articulação dos equipamentos de atenção à saúde que viabilizem a estruturação de uma rede articulada de serviços para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades advindas do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a, 2011b).

A RAPS tem como diretrizes para seu funcionamento a garantia de respeito aos direitos humanos, a promoção da equidade e reconhecimento do papel dos determinantes sociais da saúde, o combate aos estigmas e preconceitos, a garantia de acesso e qualidade nos serviços com ênfase sobre a integralidade e assistência multidisciplinar, a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, a diversificação das estratégias de cuidado, o desenvolvimento de ações no território e de estratégias de redução de danos.

Para isso, tem-se a ênfase em serviços de base territorial e comunitária que permitam a participação e controle social, bem como autonomia segundo uma organização regionalizada, além da promoção de estratégias de educação permanente. Busca-se ainda o desenvolvimento do cuidado para pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, orientado para a construção de projetos terapêuticos singulares.

Assim, a RAPS objetiva ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, promover a vinculação das pessoas e suas famílias aos serviços da rede e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado através do acolhimento, do *continuum* da assistência e da atenção frente às urgências. São componentes da RAPS a Atenção Primária, a atenção psicossocial, a atenção de urgência e emergência, a atenção residencial de caráter transitório, a atenção hospitalar, as estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Na Atenção Primária à Saúde, integram a RAPS as unidades básicas de saúde, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NAPS), as equipes de atenção para populações em situações específicas, como as equipes dos consultórios de rua, as equipes de apoio aos serviços de atenção residencial transitório e os centros de convivência. Estas devem oferecer ações de saúde de cunho individual ou coletiva, incluindo a promoção e proteção da saúde; a prevenção de agravos; o diagnóstico, tratamento e reabilitação; a redução de

danos; e a manutenção da saúde. Tais iniciativas devem prezar pelo alcance do desenvolvimento da atenção integral, impactando a situação de saúde e autonomia das pessoas, e nos determinantes sociais da saúde presentes na coletividade.

Na atenção especializada, tem-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades: CAPSI, voltados para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em municípios com população acima que 20.000 pessoas; CAPSII, para municípios com população acima de 70.000 habitantes; CAPSIII, para municípios com população superior a 200.000 pessoas; CAPSAD, atendendo crianças, adolescentes e adultos com demandas decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, para municípios com população acima de 70.000 habitantes; CAPSAD-III, serviço para demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas para municípios com população superior a 200.000 pessoas; e o CAPSi, que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes ou em uso de *crack*, álcool e outras drogas, em municípios com população acima de 150.000 habitantes (BRASIL, 2004a, 2004b).

Na urgência e emergência, integram os serviços os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências, quais sejam, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os serviços de pronto atendimento em hospitais e as unidades básicas de saúde. Estas se responsabilizam pelo acolhimento e cuidados das pessoas em fase aguda de transtorno mental, decorrente ou não do uso de drogas.

Na atenção residencial de caráter transitório integram as unidades de acolhimento, ambiente com funcionamento 24 horas para pessoas com demanda de transtorno mental ou decorrente do uso de drogas, que apresentam vulnerabilidade social, demandam acompanhamento terapêutico e proteção de caráter transitório. Apresentam-se nas modalidades adulto e infanto-juvenil. Ainda, fazem parte os serviços residenciais em regime especial, dentre os quais as comunidades terapêuticas.

As enfermarias especializadas em Hospital Geral e os serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental são equipamentos na atenção hospitalar que oferecem tratamento para os casos graves. A internação deve ser de curto prazo até a estabilidade do indivíduo e se articula ao projeto terapêutico singular desenvolvido pelo serviço de referência na atenção em saúde mental.

As estratégias de desinstitucionalização integram iniciativas que buscam promover ações para garantia dos direitos de promoção da autonomia e exercício da cidadania, com ênfase na reintegração social. Os serviços residenciais terapêuticos são moradias assistidas

dentro da comunidade para acolhida de pessoas egressas de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Outra ação nesse sentido é o Programa de Volta para Casa, criado pela Lei N° 10.708/ 2003, que fornece um auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egresso de internação de longa permanência (BRASIL, 2004b).

A reabilitação psicossocial se materializa na RAPS por meio de iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Possuem um caráter intersetorial e consideram a inclusão produtiva, a formação e qualificação para o trabalho voltada às pessoas com transtorno mental ou com demandas decorrentes ao uso de *crack*, álcool e outras drogas. Essas ações contam com os recursos comunitários existentes no território de modo a fornecer a melhoria das condições de vida, ampliar a autonomia, a contratualidade social e a inclusão social dos usuários na rede e na família, utilizando-os como estratégicos para a realização de práticas para a promoção da saúde mental.

Assim, a estruturação da RAPS a partir da integração dos serviços, incluindo a Atenção Primária à Saúde, permite um cuidado que agrega diferentes atores sociais, recursos e serviços na sua capacidade cuidadora, produzindo sentidos de vida e estimulando trocas sociais sensíveis e condizentes com o modelo de atenção psicossocial (RIBEIRO; POÇO, 2007; PEREIRA; VIANNA, 2009). Ainda, a incorporação da saúde mental na Atenção Primária melhora o acesso dos usuários aos serviços, além de possuir boa relação custo-benefício e gerar resultados efetivos na saúde desta população, contribuindo para o alcance da qualidade de vida.

1.3 Saúde Mental e o Referencial de Competências

A saúde mental, como os demais campos da saúde, passa a ser concebida como um dos componentes de cuidado numa concepção ampliada, o que requer desenvolvimento de competências nos modos de cuidar individual e coletivo na promoção da saúde. Para a atuação adequada frente às demandas em saúde mental neste novo cenário, os profissionais da ESF necessitam estar preparados para adotar condutas que sejam alicerçadas nos conhecimentos, habilidades e atitudes frente às situações práticas do cotidiano com crítica, criatividade e corresponsabilidade (LUCCHESI, 2007; LUCCHESI; BARROS, 2009).

Por competência compreende-se a combinação de conhecimentos, de saber-fazer, de experiências e comportamentos que se exerce em um contexto preciso. Para isso, exige-se a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional

com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática e coordenação com outros atores na mobilização de suas capacidades (ZARIFIAN, 2001).

Estudo de revisão integrativa realizado em outubro e novembro de 2010 nas bases de dados SCOPUS, PUBMED (National Library of Medicine and National Institutes of Health), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), com o uso dos descritores do MeSH (Medical Subject Headings) “Nursing”, “Primary Health Care”, “Mental Health”, considerando artigos de pesquisa completos, disponíveis eletronicamente nas bases de dados, buscou verificar dentre as pesquisas sobre ações de enfermagem para a promoção da saúde mental na atenção primária à saúde as competências do enfermeiro para atuação nesse âmbito.

Dos 132 artigos inicialmente identificados, apenas 16 evidenciaram pesquisas versando quanto às habilidades práticas dos enfermeiros em saúde mental no contexto comunitário. Das presentes, foram arregimentadas atuações específicas no campo do sofrimento psíquico, como nos casos de depressão, ansiedade, demência, como também práticas além da perspectiva do tratamento, apontando para ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, como nos casos da implementação da terapia comunitária, da horticultura, dentre outras (BOUMANS; BERKHOUT; LANDEWEERD, 2005; FERREIRA FILHA *et al*, 2009; GONZALEZ *et al*, 2010).

Nas recomendações daqueles estudos, foi dada ênfase quanto à necessidade do estabelecimento das competências do enfermeiro para atuar adequadamente no âmbito da saúde mental no cenário da atenção primária de saúde. Contudo, é necessário que os profissionais de saúde reconheçam e desenvolvam competências e habilidades para saber/fazer: acolhimento e escuta, viabilizar a inclusão das pessoas nas atividades coletivas, exercer a responsabilização e compromisso no processo de ajuda à pessoa em sofrimento psíquico, sua família e comunidade (NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010).

Para isso, os estudos demonstraram a necessidade da inserção do enfermeiro em processos de formação e capacitação de profissionais para que possam exercer seu papel no campo da saúde mental. Apontaram ainda para um incremento maior no processo de educação permanente, integrando a rede de Atenção Primária e os demais níveis, a fim de garantir a integralidade das práticas (SECKER; PIDD; PARHAM, 1999; OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004; NOLAN *et al*, 2004).

Exemplos da utilização do referencial de competências, seja no campo da saúde mental ou na saúde como um todo, foram dados por instituições nacionais e internacionais,

como na Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marília (FAMEMA), no *NMC Competency Framework* (2010), na Federação Canadense de Enfermeiros em Saúde Mental (2009), no Consenso de *Galway* (2009), no Painel de Validação do *Psychiatric-mental health Nurse Practitioner Competencies* (2003) (THE NMC COMPETENCY FRAMEWORK MENTAL HEALTH NURSING, 2010; TOGNAZZINI *et al*, 2009; ALLEGRANTE *et al*, 2009; NATIONAL PANEL FOR PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NP COMPETENCIES, 2003; SILVA; TANAKA, 1999).

Estas iniciativas têm enfatizado o reconhecimento no campo de atuação dos conhecimentos e habilidades requeridos dos profissionais para a tomada de decisões congruentes com os cenários de práticas, e que repercutam positivamente sobre a qualidade da saúde da população, seja direcionada para a equipe como um todo ou para um campo ou uma classe profissional específica.

O Painel de Validação do *Psychiatric-mental health nurse practitioner competencies*, organizado pela Organização Nacional das Faculdades de Enfermagem dos Estados Unidos da América e endossado pela Sociedade Internacional de Enfermeiros de Psiquiatria – Saúde Mental, enumera os domínios de competências e respectivas competências necessárias para a ação adequada em saúde mental no cenário da Atenção Primária em saúde (AGUIAR *et al*, 2012).

Estes incluem o gerenciamento do status saúde/doença do paciente, o relacionamento enfermeiro-paciente, a função de ensino-orientação, o papel profissional do enfermeiro, o gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde, a monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde e a competência cultural (NATIONAL PANEL FOR PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NP COMPETENCIES, 2003).

A partir desse documento, abre-se uma discussão das competências do enfermeiro, relacionando as competências e promoção da saúde mental. Dessa forma, contribui com investigação que identifique conhecimentos, habilidades e atitudes dos enfermeiros para assegurar uma assistência integral aos usuários da atenção primária de saúde.

A incorporação destas competências no âmbito do processo de trabalho do enfermeiro possibilitará o incremento das funções na assistência, no gerenciamento e na educação em saúde assumidos por esse profissional no cotidiano das práticas, o que representa ganhos passíveis de reconhecimento pela população assistida e pelos demais envolvidos no cuidado na Atenção Primária.

Assim, é necessário que o enfermeiro passe a trabalhar para a construção de uma identidade profissional enquanto corresponsável no processo de assistir, intervindo eficazmente sobre as demandas de saúde mental em defesa dos interesses da comunidade, em parceria com os demais profissionais de saúde e dos demais campos do saber (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS, 2009).

Para Pereira e Vianna (2009), atuar na Atenção Primária em Saúde no campo da promoção da saúde requer que o enfermeiro assuma vários papéis ou funções. Dentre estes, aponta-se o de colaborador e provedor de cuidado, monitor do cuidado na rede de atenção, participante de organizações de políticas de gestão e decisão do cuidado e de pesquisas científicas, defensor das práticas de saúde mental e dos padrões éticos e legais para provimento do cuidado em saúde mental, e reconhecedor da importância da educação permanente para avanço da prática clínica em saúde mental.

Dessa maneira, percebe-se o potencial da ESF como um ambiente propício para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde mental e prevenção de agravos dessa natureza, em especial por ser um serviço comunitário, centrado na participação popular, de modo a estimular práticas autônomas, acrescentando a isso a formação de parcerias.

Nesse sentido, faz-se importante apresentar as seguintes indagações: que ações de atenção em saúde mental os enfermeiros da ESF desenvolvem junto à comunidade? Estas ações fazem parte das competências profissionais que atendam as políticas públicas de saúde mental nesse nível de atenção?

Este estudo pretende trazer contribuição para a prática do enfermeiro na ESF, na incorporação dos elementos da competência que lhe garantam o exercício de uma atuação embasada no saber, saber-fazer e saber-ser adequados na condução das situações-problema presentes no cotidiano. Assim, o objeto de pesquisa ancora-se na saúde mental na Atenção Primária à Saúde enquanto modo de proporcionar uma ação integral para os indivíduos.

Diante do exposto, este estudo orienta-se a partir do seguinte enunciado: as competências demonstradas pelos enfermeiros da ESF atendem às políticas públicas de integração da promoção da saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

Desse modo, para o estudo são elencadas duas hipóteses:

HIPÓTESE N° 1: A elaboração de instrumento confiável e válido para averiguação das competências dos enfermeiros da ESF para atuação em saúde mental no espaço da Atenção Primária à Saúde.

HIPÓTESE N° 2: As ações desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF correspondem às competências necessárias para promoção da saúde mental.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Averiguar as competências dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família para atuação em saúde mental.

2.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental;
- Verificar as propriedades psicométricas de validade e confiabilidade da Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental;
- Identificar as competências em saúde mental de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família para Atenção em Saúde Mental;
- Verificar a existência de associação entre as competências e as variáveis sociodemográficas e de formação profissional dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Formação por Competências e sua Repercussão na Prática em Saúde Mental do Enfermeiro

As atuais mudanças na sociedade e no processo saúde-doença incorporaram novos paradigmas em saúde e, com isso, tem-se o aumento da complexidade nas relações estabelecidas entre os diferentes atores sociais, exigindo, assim, o surgimento de diferentes modelos de formação que permitam ao profissional o exercício de sua prática de forma crítica e reflexiva, segundo as necessidades e recursos existentes (MARTINS *et al*, 2012a). Esse modo de conceber a educação tem como objetivo a reelaboração e criação de novos conhecimentos, o desenvolvimento de competências e a apreensão de habilidades necessárias ao trabalho cotidiano (PINHEL; KURCGANT, 2007).

Nesse sentido, a educação baseada em competências aparece no campo da formação para a reestruturação dos conhecimentos e habilidades, contribuindo para ganhos na qualidade da assistência. Por competência, Silva *et al* (2005) referem como sendo a capacidade de agir eficazmente em determinadas situações, apoiando-se em conhecimentos através da mobilização e articulação com os valores e as habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz em atividades requeridas pela natureza do trabalho.

A competência não possui existência sem que haja um indivíduo que a coloque em ação. Entende-se que agir com competência pressupõe um conjunto incorporado ao indivíduo, através de seus conhecimentos, habilidades, crenças, conceitos morais e éticos, dentre outros, e ao meio em que está inserido (ZARIFIAN, 2011). Estes devem reunir condições que permitam uma atuação que corresponda às demandas existentes e representem avanços nas práticas construídas.

Desta forma, competência profissional pode ser definida como uma combinação de conhecimentos, de saber-fazer, de experiência e comportamentos exercidos num dado contexto, a partir da qual é possível validá-la (ZARIFIAN, 2011). O modo como um indivíduo enfrenta uma dada situação está na essência da denominada competência.

As competências só podem ser manifestas numa atividade prática e, desse feito, pode-se ter a avaliação dos elementos que foram utilizados. Essa atuação orienta para a iniciativa e adoção de responsabilidades diante de situações profissionais com as quais o indivíduo se depara através da automobilização, da abertura para exercício da autonomia e recuo da prescrição de comportamentos. Assim, assumir uma situação de trabalho

representa responsabilizar-se, na medida em que o envolvimento torna-se essencial e inevitável (ZARIFIAN, 2011).

Plantamura (2003) entende a competência como sendo um instrumento para domínio da realidade social e técnica complexa existente nos diferentes modos de produção da sociedade, para o qual se exige, do sujeito envolvido, poder de decisão.

Para Le Boterf (2003), o desenvolvimento da competência profissional está relacionado à administração de uma dada situação complexa, para a qual se exige o constante enfrentamento do incomum e da mudança no contexto das organizações profissionais. Para o autor, o profissional é o indivíduo que sabe administrar a complexidade e, para isso, sabe agir com pertinência, mobiliza saberes e conhecimentos num dado contexto profissional, integra saberes múltiplos e heterogêneos, transpõe situações, aprende a aprender e envolve-se com o que o cerca.

Esses enfrentamentos significam que o saber agir com pertinência refere-se à atitude de saber o que fazer numa dada situação complexa, indo além do prescrito, tendo ainda a capacidade de escolher na urgência, negociar, decidir e desencadear ações de acordo com um dado objetivo. O saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto relaciona-se à construção de competências a partir dos recursos existentes e extrair parte dos recursos individuais e dos inseridos no seu meio (LE BOTERF, 2003).

O saber transpor tem articulação com a memorização de situações diversas e soluções, saber distanciar-se e utilizar seus conhecimentos para conformá-los às situações, determinar e interpretar indicadores do contexto, e criar condições que possam ser aplicadas e transferidas soluções diante da diversidade dos ambientes e contextos.

O saber aprender e aprender a aprender vincula-se a tirar lições de vivências, transformar ações em experiências, descrever como se dá o aprendizado e agir numa via dupla para mediar o aprendizado mútuo. O saber envolver-se, se direciona a envolver a subjetividade nas práticas, assumir riscos, à capacidade de empreendimento e incorporar a ética profissional no exercício das ações.

Entende-se, assim, que a utilização destas competências no cotidiano das práticas permite ao profissional gerenciar adequadamente as situações-problema, oportunizando espaços para arregimentar conhecimentos, habilidades, capacidades e atitudes adequados ao contexto, e integrados aos recursos presentes neste cenário.

A busca pelas competências para atuação do enfermeiro em saúde mental tem sido requerida em vários estudos a partir da análise das práticas desenvolvidas nos diferentes cenários que incluem o cuidado neste campo, incluindo também a Atenção Primária à

Saúde (LUCCHESE, 2007; SIQUEIRA, 2009; LUCCHESE; BARROS, 2009; NEVES, 2009; NEVES; LUCCHESE; MUNARI, 2010). Para isso, tem-se motivado ações encaminhadas a dois públicos: os futuros profissionais de enfermagem e aqueles que já estão inseridos no cotidiano dos serviços.

Nos cursos de graduação em enfermagem, estudos propõem a inclusão de uma educação baseada em competências, aproximando os princípios e diretrizes dados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de enfermagem, pela Reforma Psiquiátrica e pelo novo modelo de atenção em saúde, com ênfase na Promoção da Saúde (MONTEIRO, 2003; OLIVEIRA; KESTENBERG; SILVA, 2007; FERNANDES *et al*, 2009; ALBUQUERQUE; CAMPOS, 2010; RODRIGUES; SANTOS; SPRICCIGO, 2012; VILLELA; MAFTUM; PAES, 2013). Desta forma, os discentes têm acesso aos conhecimentos e habilidades úteis para o desempenho profissional com competência.

A educação baseada em competências emerge no contexto da enfermagem para organizar conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para a qualidade da atuação profissional (MARTINS *et al*, 2012b). Enseja-se que o profissional articule estes atributos, que lhe permitam o desenvolvimento do pensamento crítico e coerente à prática, no cenário em que está inserido.

Considerando a educação permanente dos enfermeiros, são destacados vários limites para o desenvolvimento de competências para atuação em saúde mental que incluem os novos cenários de prática que não foram contemplados durante a graduação, a falta de capacitação permanente, a pouca sensibilização quanto aos aspectos da saúde mental na comunidade, dentre outras questões (LEMOS; LEMOS; SOUZA, 2007; AIRES *et al*, 2010; CAMURI; DIMENSTEIN, 2010; NEVES *et al*, 2012; LIMA *et al*, 2013). Com isso, as práticas acabam priorizando as ações que excluem a saúde mental enquanto possibilidade de atuação, incluindo a aplicação das tecnologias leves do cuidado.

Os programas educacionais devem estar atentos para o emprego de metodologias ativas e problematizadoras, de modo que estimulem a aquisição das competências necessárias para o exercício do trabalho no espaço da comunidade. No modelo de educação baseada em competência, seja no processo de formação profissional como também na educação permanente em saúde, a utilização de metodologias ativas e problematizadoras oportunizam a aquisição e o fortalecimento das habilidades ao estimular uma postura de protagonismo nos indivíduos, exercitando-os a agir ativamente e com autonomia frente às demandas necessárias no cenário de atenção.

Nesse caminho, experiências positivas no Brasil têm feito o uso da aprendizagem baseada em problemas (ABP), a formação de grupos tutoriais, as vivências em diferentes cenários incluindo a Atenção Primária à Saúde, a inclusão de referenciais da educação baseada em competência, as formações específicas em grupos e as demais práticas que enfatizam o caráter transversal da saúde mental dentro da prática do enfermeiro, como também dentro da rede de atenção (MONTEIRO, 2003; FERNANDES *et al*, 2009; OLIVEIRA; KESTENBERG; SILVA, 2007; ALBUQUERQUE; CAMPOS, 2010; RODRIGUES; SANTOS; SPRICCIGO, 2012).

Experiência que coaduna com esta proposta é a evidenciada por Siqueira Júnior e Otani (2011) no currículo de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental baseada no referencial de competências. Nela, o aluno é estimulado para a busca de um aprendizado significativo a partir do ato de reflexão e inserção contínua no cenário das práticas. Para isso, são disponibilizadas consultorias com professores expertises na área, a fim de esclarecer dúvidas que não foram retiradas a partir da literatura ou na discussão com o professor.

Os autores inferem que para o processo de formação por competência faz-se necessária a implementação de uma pedagogia diferenciada com a valorização do aluno como sujeito desta aprendizagem e a construção significativa do conhecimento a partir dos elementos presentes na prática cotidiana profissional.

Outras orientações para a utilização de competências em saúde mental em equipes dos serviços de saúde são dadas por Siqueira (2009). Esta delimita que a competência deve ser definida e construída baseada na prática social, devendo se estabelecer de modo conjunto com os educadores, trabalhadores e organizações. No processo de formação, a aquisição de competências é um processo longo e que demonstra a capacidade de lidar com situações específicas, exigindo a articulação da educação, experiência profissional e da formação específica.

Desse modo, percebe-se que gradativamente o referencial de competências tem sido incorporado na formação e nas práticas profissionais. Com isso, tem-se buscado a identificação das competências gerais e específicas dos profissionais que compõem a equipe de saúde, a fim de nortear as condutas adotadas segundo as prerrogativas e referenciais teóricos sólidos e coerentes com esse modelo, seja no campo da saúde mental ou fora dele.

Nas práticas em saúde mental, nos diferentes níveis de atenção, tem-se buscado o reconhecimento de competências, a fim qualificar as ações desenvolvidas por cada

profissional no enfrentamento das situações complexas presentes no cotidiano. Na área de Enfermagem, o *NMC Competency Framework* (2010) delimita os domínios de competências para prática em saúde mental e psiquiatria de Enfermagem, dentre as quais cita-se os valores profissionais, as habilidades interpessoais e de comunicação, a prática de enfermagem e o poder de decisão, a liderança, o gerenciamento e o trabalho em equipe.

A iniciativa dada pela Federação Canadense de Enfermeiras em Saúde Mental descreve as competências centrais para enfermagem em saúde mental e psiquiatria. Nestas, são delimitados o relacionamento terapêutico, a função de diagnóstico e monitoramento, intervenções terapêuticas, a mudança rápida de situações, a função de ensino, a prática de cuidados de qualidade de vida, a estrutura de papel de trabalho e organizacional (TOGNAZZINI *et al*, 2009).

Diferentemente das experiências anteriores, que trazem as competências para a atuação do profissional enfermeiro no âmbito da saúde mental como um todo, o Painel de Validação do *Psychiatric-mental health Nurse Practitioner Competencies* (2003), produzido pela Organização Nacional das Faculdades de Enfermagem dos Estados Unidos da América e reconhecido pela Sociedade Internacional de Enfermeiros de Psiquiatria – Saúde Mental, evidencia sete domínios de competências que se fazem necessárias para atenção em saúde mental pelo enfermeiro no contexto da Atenção Primária, a saber: gerenciamento do status saúde/doença do paciente, o relacionamento enfermeiro-paciente, a função de ensino-orientação, o papel profissional de enfermeiro, o gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde, a monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde e a competência cultural.

Considerando o Painel de Validação do *Psychiatric-mental health Nurse Practitioner Competencies* como importante ferramenta para delimitação dos domínios de competência úteis para aplicabilidade no contexto das práticas do enfermeiro em saúde mental, em especial na Atenção Primária à Saúde, suas bases permitirão uma análise sobre as práticas existentes no cotidiano a partir da instrumentalização dos profissionais enfermeiros para reconstrução de ações condizentes com os referenciais de promoção da saúde e de qualidade de vida. Desta forma, segue a discussão sobre as competências elencadas para a atuação do enfermeiro em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF)

3.2 Competências para atuação do enfermeiro em Saúde mental na ESF

Na atenção primária, várias são as competências e habilidades a serem desenvolvidas pelo enfermeiro para que a saúde mental seja acolhida adequadamente neste cenário de prática. Assim sendo, vê-se a necessidade de incluir ações nos domínios de competência do gerenciamento do status de saúde/doença do paciente, do relacionamento enfermeiro-paciente, da função de ensino-orientação, do papel profissional do enfermeiro, do gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde, da monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde e a competência cultural, conforme indicado.

3.2.1 Gerenciamento do Status de Saúde/Doença do Paciente

O gerenciamento do status de saúde/doença do paciente refere-se aos conhecimentos, habilidades e atitudes que o profissional enfermeiro arrega para o desempenho de ações assistenciais no âmbito da promoção da saúde, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação no campo da saúde mental, encontrando nas características e recursos existentes no território oportunidades para proporcionar avanços para o alcance dos objetivos pactuados entre equipe de saúde, usuário, família e comunidade.

No território, o profissional tem um papel fundamental junto à equipe de saúde no reconhecimento do ambiente e no desenvolvimento de intervenções de proteção à saúde e promoção de um ambiente saudável para indivíduos, famílias e comunidades (NATIONAL PANEL FOR PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NP COMPETENCIES, 2003).

Nesse contexto, o profissional deverá mediar ações articuladas com a rede de saúde, a fim de garantir que os usuários recebam serviços apropriados, integrando parcerias no âmbito da saúde e fora dela, com setores como educação, assistência social, segurança pública, dentre outros. Outras habilidades necessárias ao enfermeiro são a capacidade de analisar e interpretar a história pessoal do usuário; incluindo os sintomas presentes, os achados físicos e as informações diagnósticas, o planejamento e implementação de estratégias diagnósticas, e intervenções terapêuticas que mediem a retomada da condição de vida pelo usuário, em colaboração com a família e a equipe multidisciplinar de saúde.

No cuidado da terapêutica farmacológica, o enfermeiro deve conhecer as drogas prescritas, a dosagem correta e a frequência das medicações, baseando-se nas características individuais relevantes do paciente, como idade, doença, cultura, gênero. Deve ainda estar atento para detecção e minimização dos efeitos adversos, com atenção especial para populações vulneráveis como crianças, mulheres grávidas e em lactação ou idosos.

Também se faz importante integrar modalidades de terapias não farmacológicas no plano de cuidados, avaliando a utilização de outras psicoterapias que possuem papel fundamental na recuperação e reabilitação desses sujeitos. A avaliação do plano terapêutico deve-se dar de modo contínuo a partir da análise das respostas do usuário, adequando-as às suas necessidades.

Estudo de revisão integrativa apontou a existência de ações de enfermeiros em saúde mental no âmbito da atenção primária à saúde, relacionando-os com as competências apontadas no Painel de Validação do *Psychiatric-mental health nurse practitioner competencies* (MARTINS *et al*, 2014).

Grande parte daqueles estudos, nos quais se incluem os de Oliveira, Ataíde e Silva (2004), Büchele *et al* (2006), Caçapava e Colveiro (2008), Cura (2010) e Gonzalez *et al* (2010), versavam sobre ações direcionadas a transtornos mentais e à condução de práticas efetuadas nos serviços de atenção comunitária. O enfoque foi dado nas demandas que chegavam aos serviços e no estabelecimento de articulações com a rede de referência em saúde mental, nos níveis primário, secundário e terciário, predominando as formas de tratamento do transtorno mental. Estes estudos enfatizam uma ação assistencial e curativa sobre as demandas existentes, desvinculando-se da possibilidade de cuidado ampliado e que integrem os recursos comunitários existentes no território.

Além das ações assistenciais e de reabilitação voltadas para o transtorno mental especificamente como os casos de depressão, demência, transtornos severos e persistentes, ansiedade, anorexia, outros estudos apresentaram iniciativas para atuação num contexto ampliado para os vários grupos populacionais nas diferentes situações do processo de saúde-doença, como crianças, adolescentes, mulheres, idosos, entre outros (MAYALL *et al*, 2004; KEADY *et al*, 2004; BERLIN; HYLANDER; TÖRNKVIST, 2008; CURA, 2010).

Nestes estudos, a ênfase em intervenções com vistas a ações de prevenção e ao diagnóstico precoce ocorreu nas escolas, nos domicílios e em outros espaços de natureza comunitária que ampliavam a intervenção para a perspectiva da promoção e prevenção de

agravos a partir do reconhecimento das situações de vulnerabilidade e dos fatores de risco presentes nos contextos de vida da população e que possam interferir sobre a manutenção da saúde mental (KEADY *et al*, 2004; CURA, 2010).

Para isso, são estabelecidas ações de reconhecimento dos fatores de risco para adoecimento mental em crianças estrangeiras no ambiente domiciliar e em crianças e adolescentes no ambiente escolar, além da aplicação de instrumentos de detecção de transtornos em idosos.

Em outros estudos, a atuação assumida pelos enfermeiros centra-se no controle e manejo da situação de transtorno mental, cuidando da orientação das medicações prescritas, educação em saúde para usuário e familiares, e garantia dos encaminhamentos para os demais serviços especializados, aproximando-se da competência da promoção da saúde, proteção da saúde, prevenção de doenças e tratamento (CRAWFORD *et al*, 2001; NOLAN *et al*, 2004).

Ainda que seja importante considerar o agravo, faz-se necessário, dentro das práticas de promoção da saúde mental, resgatar os vínculos perdidos pelo processo de estigmatização sofridos pela pessoa em sofrimento mental. Assim, deve-se valorizar o papel das parcerias, do relacionamento terapêutico, da mobilização comunitária em prol da reconquista da cidadania do indivíduo com transtorno mental, catalisando mudanças na vida dessas pessoas, aspectos previstos no Consenso da Conferência de Galway que se coadunam com as competências arregimentadas em saúde mental (ALLEGGRANTE *et al*, 2009).

Apesar de haver pesquisas que evidenciaram o tratamento prescritivo, outros estudos delimitam as ações do enfermeiro junto aos indivíduos, enfatizando a valorização da criatividade, do potencial de produtividade, da subjetividade e da autonomia. São exemplos dessas intervenções a terapia comunitária, a horticultura e a implementação da assistência a partir de modelos de cuidado (OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004; BERLIN; HYLANDER; TÖRNKVIST, 2008; GONZALEZ *et al*, 2010). Com isso, cria-se um ambiente terapêutico para que as pessoas em sofrimento mental possam adotar uma postura ativa frente à vida para incremento da qualidade de vida e do bem-estar. No desenvolvimento destas ações, o enfermeiro assume o papel profissional na catalisação de mudanças pela implementação de estratégias que valorizam o potencial reflexivo (BOUMANS; BERKHOUT; LANDEWEERD, 2005; ALLEGGRANTE *et al*, 2009; FERREIRA FILHA *et al*, 2009; GONZALEZ *et al*, 2010).

Esse cuidado potencializa os vínculos do serviço com a comunidade a partir da organização de estratégias que permitam criação e fortalecimento do vínculo. Assim, a equipe de saúde passa a ser reconhecida e referenciada pela população por sua capacidade de gerenciar adequadamente as demandas de cuidado em saúde mental, proporcionando maior procura e resolutividade das questões presentes no contexto comunitário.

Pereira e Vianna (2009) apontam os papéis individuais e coletivos dos profissionais envolvidos na Atenção Primária para lidar com as demandas em saúde mental. Para o enfermeiro, são reconhecidas as ações de identificar as principais síndromes psiquiátricas e os melhores encaminhamentos, conhecer as principais indicações de psicotrópicos e seus principais efeitos colaterais, instituir o tratamento não farmacológico quando indicado e oportuno.

Ainda, para o profissional enfermeiro refere-se o gerenciar da situação clínica do paciente em conjunto com outros profissionais de saúde, a organização da assistência aos portadores de transtorno mental na unidade de saúde, a capacitação e supervisão dos auxiliares de enfermagem e outros agentes de saúde de nível médio no acompanhamento, e realizar a prevenção e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis.

Apesar das prerrogativas dadas pelas atuais políticas, a prática tem evidenciado um descompasso entre as competências e habilidades necessárias e o que vem sendo executado cotidianamente. Lemos, Lemos e Souza (2007), em estudo junto a enfermeiros da ESF investigando quanto ao preparo para atuação em saúde mental, apontam aspectos que viabilizam o cuidado neste âmbito e outros que os limitam. Os participantes reconhecem a ESF como local propício para atendimento preventivo, acolhedor, humanizado e holístico, com enfoque na integralidade e reconhecem o papel significativo da enfermagem para a recuperação do doente mental. Apesar disso, poucas são as ações desenvolvidas para alcançar tais possibilidades.

As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária acompanham todo o processo de trabalho da enfermagem, quais sejam, as ações de assistência, educação em saúde, gerenciamento, papel político, de ensino e pesquisa, seja no contexto individual quanto coletivo. Essas ações devem estar condizentes com o modelo de atenção psicossocial e com a noção ampliada em saúde, de modo a construir práticas articuladas e que respondam aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Amarante *et al* (2011), em estudo realizado com 20 enfermeiros de unidades básicas de saúde no Rio de Janeiro, apontaram entre os entrevistados o desconhecimento da demanda em saúde mental presentes no território e o distanciamento e dificuldade em

delimitar o termo sofrimento mental, aproximando-o do caráter de doença. Ainda, percebe-se dificuldades no cuidado integral, trazendo a ênfase sobre os aspectos biológicos em detrimento aos demais, executando a prática segundo um modelo prescritivo e sem a mobilização de habilidades e conhecimento para enfrentar situações de atenção em saúde mental.

Realidades semelhantes ao estudo citado são evidenciadas em outras pesquisas com enfoque na saúde mental no cenário da Atenção Primária à Saúde. Neles, os profissionais enfermeiros mostram limitações no que se refere ao acolhimento da saúde mental, seja pelo não interesse pessoal na área ou na ênfase sobre outras demandas na unidade. Quando se evidencia a atenção em saúde mental, esta se caracteriza pela prática de encaminhamento dos casos para serviço especializado ou a prescrição de medicamento pelo profissional médico (MOURA; BERNARDES; ROCHA, 2010; RIBEIRO *et al*, 2010; OLIVEIRA *et al*, 2011; WAIDMAN *et al*, 2012; SOUZA; LUIS, 2012; AZEVEDO; SANTOS, 2012). Tal procedimento é reflexo da ausência de qualificação profissional para atuar neste campo, marcado por frágil ênfase durante a formação para as ações em saúde mental e a escassez de capacitação, que acabam por priorizar uma abordagem biologicista dentro dos serviços. Para isso, o investimento em práticas que valorizem a escuta e o vínculo mostra-se como imprescindível para humanização das relações.

Waidman *et al* (2012) apontam como fatores limitantes para atuação do enfermeiro a falta de ética profissional, a fragilidade nas relações trabalhistas e de vinculação, as jornadas de trabalho exaustivas e o acúmulo de responsabilidades. Com isso, a implementação de práticas tradicionais com enfoque na rotina, triagem e controle de medicamentos acaba predominando no cotidiano.

Apesar do predomínio de ações que possuem características limitantes, a literatura tem apontado experiências exitosas em que o enfermeiro apresenta maior abertura para o acolhimento dessas demandas. Pesquisa proposta por Magalhães *et al* (2012) enfatiza, entre as ações de saúde mental na Atenção Primária, a utilização de tecnologias leves relacionais, através da verificação de problemas, o que facilita a aquisição do vínculo.

Quando considerado o papel do enfermeiro da ESF na abordagem do dependente químico, a situação mostra-se mais complexa. Apesar de a problemática da dependência química estar inserida no contexto da atenção em saúde mental e ser alvo de inúmeros programas e políticas nacionais no enfrentamento e combate do abuso e dependência, muitos profissionais desconhecem seu papel enquanto agente de mudança nos serviços de saúde (SILVA *et al*, 2007).

Estudo realizado com enfermeiros da ESF em João Pessoa, no estado da Paraíba, remetem à ausência ou insuficiência das ações no âmbito da dependência química pela lacuna no processo de capacitação dentro dos currículos de formação profissional, como também nos processos de educação permanente (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

Outros aspectos que dificultam essa atuação referem-se à dificuldade em atuar em áreas carentes, em que há violência e medo de represálias por parte de traficantes, bem como o estabelecimento de poucas parcerias. Faz-se necessário que os enfermeiros passem a desempenhar ações mais efetivas no âmbito da dependência, motivando os usuários ao resgate da autoestima e intervindo de forma ampliada, de modo a estimular práticas saudáveis.

O cenário da Atenção Primária à Saúde mostra-se com enorme potencial para a implementação de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de agravos e doenças, e manutenção da saúde. Esta característica coloca este espaço propício para a atuação de vários profissionais de saúde, além do enfermeiro, que, integrando uma equipe multiprofissional, oferece perspectivas de cuidado ampliado através de ações integradas e específicas que permitam o alcance da qualidade de vida da comunidade assistida (NASH, 2002).

Sobre estes aspectos, estudos ocorridos no Kênia e em Zambia enfatizam o impacto das ações de saúde mental na Atenção Primária sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde. Apesar das dificuldades na estruturação das práticas na Atenção Primária nesses países, o estudo de Mwape *et al* (2010) reconhece que a implementação dessas iniciativas possibilitou atitudes dirigidas para integração, o melhor manejo e gerenciamento dos problemas em saúde mental, a redução do estigma, o alcance dos princípios de direitos humanos, apesar de haver argumentos para resistência da integração e necessidades de treinamento.

Jenkins *et al* (2013), através da implementação de grupo focal com trabalhadores de saúde, passam a enfatizar os aspectos frágeis das práticas implementadas que incluem as crenças da comunidade e sua influência no cuidado; a carga de trabalho; a carência de supervisão, recursos e de objetivos em saúde mental pela política local; a restrição no suprimento de medicações; a ausência de indicadores para saúde mental; a pouca adesão às medicações; o gerenciamento de situações de violência; e a necessidade de treinamento.

Alguns aspectos destas realidades se aproximam do vivenciado no Brasil, demandando o estabelecimento de ações que permitam o reconhecimento dos aspectos

estruturais e relacionados aos recursos humanos, incluindo a delimitação das competências de atuação profissional neste âmbito.

Relacionado ao tratamento não farmacológico, o enfermeiro pode-se utilizar da habilidade de gerenciamento de inúmeras ferramentas de cuidado, dentre as quais o trabalho em grupo, a terapia comunitária, o gerenciamento dos casos, a visita domiciliária, além de instrumentos que possibilitem a visualização da dinâmica familiar e do impacto desta sobre a saúde mental dos indivíduos, como o genograma e o ecomapa.

A implementação dos grupos com ênfase em saúde mental mostra-se como ferramenta importante para promoção da saúde mental de diferentes públicos, pelo potencial de partilha de experiências, incremento da autonomia, dentre outras características. O grupo mostra-se como ferramenta fundamental para promoção da reabilitação social e favorecimento de encontros entre usuários e familiares, recriando ambientes, possibilitando a aquisição de habilidades e refletindo sobre a qualidade de vida dos indivíduos (SPADINI; SOUZA, 2010).

Ainda que seja considerado o potencial de atuação do grupo, tem um incipiente preparo do enfermeiro para o trabalho em grupos no processo de formação profissional, havendo a habilitação para este trabalho a partir da busca de conhecimentos advindos da vivência e da busca individual por referenciais teóricos (SPADINI; SOUZA, 2010). Nesse sentido, percebe-se a necessidade de inclusão do processo grupal enquanto importante elemento dos currículos profissionais de enfermagem, de modo que possam ser oportunizados espaços de vivência que o habilitarão para práticas profissionais consistentes.

Minozzo *et al* (2012), a partir de experiência realizada em grupos de saúde mental e equipes de atenção primária à saúde, realizada pelo programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e de residência multiprofissional, a Residência Integrada em Saúde, mostram a importância do trabalho junto a usuários com transtornos mentais severos e/ou persistentes em uso de psicofármacos.

Os resultados mostram o avanço gradativo na estruturação dos grupos, com um momento inicial com preocupação sobre o convívio entre os participantes e a progressiva incorporação de aspectos terapêuticos que permitiram aos sujeitos a ampliação da autonomia, com a respectiva responsabilização pelo tratamento, o resgate da singularidade das relações e ênfase no protagonismo.

Braga *et al* (2011) indicam a experiência da promoção da saúde mental para crianças através do grupo enquanto espaço de sociabilidade e acolhimento, além da

descoberta de si. No relato, os autores promoveram no espaço de unidades básicas de saúde grupos para contação de histórias para crianças, utilizando-se de desenhos, pinturas e argilas para mediar a comunicação. O grupo de contação de histórias mostrou-se um espaço propício para o enfrentamento e elaboração de processos psíquicos entre crianças, onde se percebe, no decorrer do processo, o empoderamento das crianças pelas palavras, além da expressão de sentimentos diante dos diferentes eventos vivenciados pela criança.

A aplicação do grupo para promoção da saúde mental foi referido por Santos, Munari e Medeiros (2009) junto a mulheres que conviviam com HIV/ AIDS. Para este público, a dinâmica do grupo possibilitou o incremento da autoestima das mulheres, a troca de experiências, a expressão de sentimentos e o acolhimento, o compartilhamento de mudanças de vida e de visão do mundo, o desenvolvimento de habilidades e o aprendizado coletivo, sob um ambiente de sigilo e respeito. Para isso, as autoras enfatizam a necessidade de formação específica pelo enfermeiro para que atue com segurança e habilidade frente às demandas que emergem na dinâmica de grupo.

A terapia comunitária é uma das estratégias que podem ser implementadas no espaço da atenção primária à saúde, que se dá pela vivência grupal da troca de experiências e vivências advindas da comunidade, com ênfase na autonomia dos indivíduos. É composta pelas fases de acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento, onde os participantes possuem poder de decisão sobre as prioridades a serem dadas no momento do encontro (ANDRADE *et al*, 2010).

A aplicação da terapia comunitária se dá com diferentes grupos e contexto. Andrade *et al* (2010) referem a promoção da saúde mental do idoso na atenção básica mediada pela terapia comunitária. Nas falas dos participantes, a partir da terapia comunitária são enfatizados o resgate da espiritualidade, a valorização da vivência, a capacidade de resiliência, a mudança de vida e possibilidade de cura, e a solução frente às problemáticas vivenciadas pelos idosos.

Outro relato de experiência de aplicação da terapia comunitária foi referida por Jataí e Silva (2012), ocorrida na Associação Comunitária Alto Jerusalém, no município de Fortaleza, no estado do Ceará. A condução da terapia comunitária se dá por um enfermeiro e um agente comunitário de saúde. As mudanças operadas a partir da implementação da terapia comunitária foi a adesão da comunidade e participação nos encontros, o interesse da comunidade de revitalizar a associação, o aumento do vínculo da comunidade com os profissionais da ESF, a diminuição da demanda reprimida da comunidade. Neste caso, a inserção do enfermeiro enquanto terapeuta comunitário permitiu a incorporação do

sofrimento emocional da população como foco de cuidado, desenvolvendo um trabalho com vistas à promoção da qualidade de vida das pessoas.

Ferreira Filha *et al* (2009) indicam a utilização da terapia comunitária como prática integrativa na saúde da mulher, indicando o alívio do sofrimento, a valorização pessoal e o fortalecimento dos vínculos a partir da sua implementação.

Outro instrumental que pode ser utilizado pelo profissional enfermeiro para o diagnóstico precoce em saúde mental na atenção primária à saúde é o genograma e o ecomapa. O genograma permite demonstrar graficamente os dados da família em suas interações interpessoais, incluindo as relações familiares e geracionais. O ecomapa, por sua vez, é o diagrama das relações existentes entre família e comunidade, a fim de analisar as redes e apoios sociais e sua utilização pela família. Os núcleos familiares que possuem poucas articulações com a comunidade precisam de maiores intervenções da enfermagem, de modo a fortalecer e apoiar a dinâmica existente (PEREIRA *et al*, 2009).

Estes são instrumentais que avaliam a estrutura familiar através da visualização da dinâmica e complexidade das relações familiares, o que delimitará ações a serem aplicadas frente aos indivíduos que a compõem. Apesar do potencial apresentado, vê-se a restrição no seu uso pelas equipes de saúde, o que limita a atuação profissional, respaldada sobre as necessidades emergentes no contexto familiar.

O uso de técnicas de intervenção breve também se mostra como importante ferramenta que pode ser utilizada pelo enfermeiro no cenário da atenção básica em atividades de prevenção ao uso problemático de álcool. A sua implementação na atenção básica representa a ocasião oportuna para redução do estigma e menor resistência para abordagem e orientação frente ao uso do álcool (JOMAR; ABREU, 2012).

A intervenção breve ocorre em fases compreendidas entre cinco e trinta minutos, onde se tem a identificação e dimensionamento do problema ou risco através de instrumento padronizado, a oferta de aconselhamento, orientação e monitorização do sucesso das metas assumidas de modo voluntário pelo usuário do serviço. Nestes momentos, o enfermeiro poderá desenvolver ações educativas quanto aos efeitos do uso excessivo do álcool para a saúde, promovendo o processo de empoderamento dos indivíduos para conduzir a manutenção de hábitos saudáveis de vida (JOMAR; ABREU, 2012).

Outra tecnologia importante para o cuidado em saúde mental pelo enfermeiro é o gerenciamento de casos em saúde mental, a partir da avaliação das demandas pessoais e do

desenvolvimento do plano de cuidados que atendam às necessidades, compreendendo a subjetividade e individualidade dos indivíduos (SOARES, 2009).

Neste gerenciamento, inclui-se o estabelecimento do projeto terapêutico individual a ser acompanhado por um técnico de referência, em que serão reconhecidas as necessidades do usuário e em que serão estabelecidas metas a serem alcançadas. O projeto terapêutico é uma proposta de intervenção, estabelecimento de objetivos e avaliação, compreendendo os aspectos vinculados à gestão do cuidado e ao planejamento quanto às tecnologias, saberes e formas de intervenção que serão utilizados para atender às determinadas necessidades individuais (SOUZA; LUIS, 2012).

No espaço comunitário, a visita domiciliária coloca-se como instrumental importante para atenção e cuidado em saúde na medida em que possibilita à equipe a observação do sujeito no contexto de vida, além de aproximá-la da saúde mental da comunidade e família (LABATE; GALERA; AVANCI, 2004). O enfermeiro passa a investigar *in loco* os determinantes sociais envolvidos no adoecimento mental e os recursos oferecidos pelo núcleo familiar para o desenvolvimento de ações conjuntas. Além da aproximação com a comunidade, o desenvolvimento da visita domiciliar mostra-se como ambiente propício para o aprendizado de discentes de enfermagem ao deparar-se com sofrimento mental e as consequências sociais, contribuindo para a desmistificação do estigma sobre o adoecimento.

A implementação da interconsulta e da visita domiciliária em saúde mental também compõem o rol de práticas desenvolvidas nos serviços da atenção primária à saúde da Argentina. No entanto, aponta-se naquela realidade alguns limites para sua aplicação, que incluem a ausência de registros escritos e de informações pertinentes, comprometendo a qualidade do serviço oferecido (GERLERO *et al*, 2011).

Apreende-se que o cuidado em saúde mental na atenção básica possui inúmeras possibilidades de atuação, na medida em que se firma na relação intersubjetiva enquanto competência do enfermeiro.

Reconhecendo essa potencialidade, Rocha e Barcelos (2010) enumeram subcategorias para a relação intersubjetiva enquanto competência, que incluem receber informações do sujeito com a valorização do biopsicossocial; identificar os múltiplos aspectos psicossociais, econômicos, biológicos, políticos e outros relacionados à sua atual condição de vida; estar atento ao sofrimento psíquico do sujeito, observando as queixas; valorizar as ideias propostas pelos membros da equipe; e o cuidar ampliado em saúde mental para além da doença, incorporando questões de vida. Essas ações ampliam o olhar

do cuidado através da valorização dos aspectos subjetivos, através de ações humanizadas e que expandem o enfoque sobre a situação de adoecimento mental, contribuindo para alcance da promoção da saúde mental.

3.2.2 Relacionamento Enfermeiro-Paciente

O relacionamento enfermeiro-paciente enquanto domínio de competência do enfermeiro mostra-se como elemento importante no cuidado de enfermagem que valoriza o aspecto do vínculo, acolhimento e escuta, tendo aplicabilidade além do campo da psiquiatria.

O desenvolvimento do relacionamento terapêutico exige do enfermeiro, além do conhecimento técnico das manifestações de comportamentos decorrentes de riscos à saúde mental e de transtornos mentais, domínio sobre os componentes essenciais do relacionamento, os recursos terapêuticos como estabelecimento de limites e oferecimento de apoio, a comunicação humana e a competência em comunicação terapêutica (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

São componentes essenciais para o desenvolvimento do relacionamento terapêutico: autoconhecimento, capacidade de amar e ser amado, aceitação e não julgamento, dependência aceita, interdependência e independência, empatia e envolvimento emocional, confiança e respeito mútuo.

No domínio da competência do relacionamento paciente-enfermeiro, o enfermeiro deve criar um clima de confiança mútua e estabelecer parcerias com os pacientes, validando e verificando os achados com os pacientes. Além disso, deve criar um relacionamento com o paciente que reconheça seus potenciais e ajude os pacientes a dirigir suas necessidades (NATIONAL PANEL FOR PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NP COMPETENCIES, 2003).

Neste aspecto, o profissional enfermeiro deve comunicar um senso de estar presente e prover conforto e suporte emocional, além de avaliar o impacto das transições de vida no status de saúde / doença do paciente. Para fortalecer o relacionamento enfermeiro-paciente, o enfermeiro aplica princípios de autoeficácia e empoderamento, a fim de promover mudanças de comportamento, além de preservar o controle do paciente sobre o poder de decisão. Nesse aspecto, é importante a avaliação do nível de comprometimento do paciente e sua aceitação quanto ao plano de cuidados.

Como qualquer interação interpessoal, é necessária a manutenção dos aspectos éticos que incluem, para o enfermeiro, preservar a confidencialidade das informações comunicadas, dos planos e dos resultados advindos do manejo. Ainda, o enfermeiro deve ter a habilidade de monitorar e refletir sobre suas próprias respostas emocionais na interação com paciente e utilizar tal conhecimento para promover interação terapêutica.

Quando do término do relacionamento enfermeiro-paciente, o profissional deve considerar as necessidades dos pacientes, promovendo a segurança na transição do cuidado para o outro profissional. Para isso, deve também avaliar o sistema de suporte do paciente e dos cuidadores e auxiliar o paciente e/ou cuidador a acessar os recursos necessários para o cuidado.

Nesse processo, o uso do relacionamento terapêutico otimizará a atenção oferecida para o ganho de autonomia e incremento da qualidade de vida do usuário. O relacionamento terapêutico, segundo Cavalcante *et al* (2011), constitui-se numa técnica envolvendo o usuário e enfermeiro, representada pela vivência de aprendizado mútuo e relacionamento emocional corretivo do usuário. O alcance do sucesso no desempenho do papel de gerenciamento de casos depende da utilização dos serviços em prol das metas estabelecidas, como também da habilidade do profissional envolvido na condução do caso.

Várias são as estratégias de implementação do relacionamento enfermeiro-paciente, dentre as quais se destacam as empregadas enquanto tecnologias leves do cuidado.

O cuidado em saúde mental na comunidade possui o diferencial que a distingue das práticas existentes nos cenários especializados e que a colocam em local privilegiado e estratégico. Como se refere a um espaço rico em trocas humanas e recursos comunitários, a implementação de tecnologias leves de cuidado se dá como possibilidades para criar vínculos e fortalecer as relações existentes entre os diferentes agentes envolvidos no processo saúde e doença mental (LIMA *et al*, 2013).

Diante da complexidade exigida pelo campo da saúde mental, os profissionais de enfermagem devem desenvolver competências que os permitam atuar no campo interdisciplinar, resgatando a atenção psicossocial e o tecer de práticas horizontais e coletivas, incluindo o sujeito e a família. Para isso, deve ser priorizado o emprego das tecnologias leves, baseadas no acolhimento, vínculo, confiança, valorização, sem deixar de lado a adoção de práticas coerentes com as políticas e encaminhamentos atuais do campo da saúde mental (ESPERIDIÃO, 2013).

Sobre as tecnologias de cuidado, Barros, Oliveira e Silva (2007) as apontam como práticas inovadoras para cuidado em saúde, enfatizando a inserção de tecnologias voltadas

para a noção do cuidado ao sujeito perante suas necessidades, desejos e crenças. Para os profissionais, a utilização dessas tecnologias mostra-se como desafiadora na medida em que implica a transformação do saber e do fazer profissional, num movimento de invenção de práticas criativas e sensíveis às necessidades dos sujeitos. Nesse processo de atenção em saúde mental, os profissionais de saúde devem estar sensíveis à subjetividade imersa nas práticas desse campo, necessitando desenvolver uma atitude solidária afetiva, psicoterapêutica e reabilitatória em relação ao outro.

O acolhimento mostra-se como uma das principais tecnologias leves de cuidado, na qual o processo de atenção em saúde mental mostra-se permeado pela busca do vínculo e escuta qualificada para além da perspectiva objetiva e estrutural, e que inclua a subjetividade do indivíduo sob uma perspectiva de clínica ampliada (AIRES *et al*, 2010).

Apesar da proposta, estudo investigando o acolhimento da saúde mental do espaço da ESF delimita limites para sua aplicabilidade numa unidade básica de saúde que inclui a ausência de formação, a rotatividade dos profissionais, a inexistência de protocolos de práticas, o encaminhamento como modo prioritário de acolhimento, a desresponsabilização, a centralidade do tratamento no profissional médico e nas ações biologicistas, a verticalidade das ações e adoção prioritária de procedimentos técnicos-objetivos nas abordagens com o usuário (SUCIGAN; TOLEDO; GARCIA, 2012).

Com isso, evidencia-se em muitas unidades básicas de saúde condições inadequadas a implementação de ações de acolhimento, o que compromete a oferta de cuidados direcionada ao público. Para isso, deve-se investir na qualificação do profissional, de modo a capacitá-lo para escuta e busca do vínculo, além de mediar espaços para promover o autoconhecimento no enfermeiro perante as demandas em saúde mental, gerando seu crescimento pessoal e profissional.

No contexto da atenção, a família é inclusa com papel protagonista dentro do projeto terapêutico dos sujeitos em sofrimento psíquico. Para isso, deve-se implementar o emprego de tecnologias leves de cuidado das famílias através da escuta qualificada, valorização das queixas e garantia da resolubilidade. Outro espaço para construção de práticas é a abordagem grupal, que permite o aprendizado e orientação para o adequado manejo das demandas existentes (AIRES *et al*, 2010).

A habilitação dos profissionais da rede de atenção nestes dispositivos representa o aumento da possibilidade de gerenciamento e corresponsabilização frente aos casos, tanto no encaminhamento como no planejamento do plano terapêutico do sujeito.

O enfermeiro, devido à peculiaridade da sua formação humanística, possui elementos que melhor acolhem a perspectiva da integralidade. Com isso, espera-se desse profissional uma atuação diferenciada frente ao transtorno mental. Nesse sentido, o enfermeiro pode atuar enquanto agente sensibilizador da comunidade para a garantia da reinserção social e combate ao estigma, além de utilizar de abordagens grupais e voltadas ao estabelecimento do relacionamento terapêutico junto com o usuário do serviço, familiares e comunidade, contribuindo para o processo de empoderamento e autonomia desses sujeitos (MAGALHÃES *et al*, 2012).

Com isso, são reconhecidos os benefícios desse acolhimento, que incluem a retirada de medicações controladas, o bem-estar dos usuários, a ressocialização, o aprendizado e a satisfação da equipe frente aos casos atendidos e o vínculo com a população. Estas práticas são implementadas sem que haja o planejamento do cuidado, o que limita o alcance e os benefícios advindos (DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009).

O acolhimento é enfatizado não apenas nos espaços físicos, mas também na corresponsabilização no cuidado implementado no decorrer do sistema de saúde. Além disso, tem-se a sensibilidade quanto aos aspectos culturais que influenciam sobre a visão que o indivíduo possui sobre o serviço de saúde e o profissional a ele articulado. Tem-se a busca por metodologias ativas e integradoras dos sujeitos, de modo a buscar o protagonismo do usuário por meio da participação e exercício da autonomia (MAGALHÃES *et al*, 2012).

3.2.3 Função Ensino-Orientação

No domínio da competência da função de ensino-orientação, o enfermeiro deve agir em vários eixos que incluem: na determinação do tempo, na obtenção de informações, na ajuda, no fornecimento e mediação, na negociação e na orientação (NATIONAL PANEL FOR PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NP COMPETENCIES, 2003).

Assim, antes de implementar a função de ensino-orientação, o profissional deve arregimentar competências que estarão voltadas para avaliar as necessidades de mudança para o ensino baseado nas necessidades dos sujeitos, associadas ao estágio de crescimento e desenvolvimento e demais características individuais. Vale ainda considerar as informações específicas ou habilidades a serem abordadas, além da compreensão que o indivíduo possui da sua condição de saúde.

Outro aspecto interessante a ser incluído é avaliar a motivação do paciente para o aprendizado e a manutenção da saúde relacionada às atividades, usando princípios da mudança ou estágios da mudança de comportamento.

Estudo de Leonello e Oliveira (2008), desenvolvido com diferentes sujeitos envolvidos nas práticas educativas da enfermagem, colabora nessa temática quanto ao reconhecimento das competências para ação educativa do enfermeiro. Nestas, estão incluídas a promoção da integralidade do cuidado, a articulação entre teoria e prática, a promoção do acolhimento e vínculo, o reconhecimento e atuação enquanto agente de transformação da realidade, reconhecimento da autonomia dos sujeitos, respeito ao senso comum, utilização do diálogo como estratégia de transformação da realidade, operacionalização de técnicas pedagógicas que viabilizem o diálogo, instrumentalização dos sujeitos com informações corretas e viabilização e exercício da intersetorialidade no cuidado à saúde.

O ato educativo mostra-se como papel estratégico do enfermeiro no processo de assistir as pessoas em sofrimento mental na medida em que têm o potencial de acionar inúmeros sujeitos, quais sejam, familiares, usuários, comunidade, profissionais de diferentes setores, para o processo de reflexão sobre as práticas implementadas em saúde e nos determinantes que influenciam nesse processo. Assim, investir na competência da função ensino-orientação mostra-se enquanto importante veículo para o alcance da autonomia dos sujeitos e da corresponsabilização pelo cuidado sob um enfoque nas possibilidades de recursos que o território pode oferecer para atenção em saúde mental na atenção básica.

No momento de oferecer suporte ao indivíduo, o enfermeiro deve incorporar princípios psicossociais dentro do ensino que reflitam sensibilidade quanto ao esforço e emoções associados com ao processo de ensino-aprendizagem. Estas incluem o cuidado das próprias condições de saúde, auxílio aos pacientes em habilidades ou informações específicas de aprendizado, elaboração de um plano de aprendizado que inclua uma sequência de etapas cumulativas incluindo o *feedback*, o reconhecimento e a necessidade de prática, e o reforço e reaprendizagem, se necessários.

Ainda, mostra-se importante auxiliar os pacientes quanto à utilização dos recursos comunitários quando necessários, além de educar os pacientes sobre o auto-gerenciamento da doença aguda ou crônica com a sensibilidade para as habilidades de aprendizagem do paciente e o ambiente cultural. Numa perspectiva ampliada, o enfermeiro deve prover

comunicação junto aos conselhos de saúde, utilizando-se de instrução e aconselhamento apropriado, respaldados em argumentos baseados em evidências.

Outra competência importante na função de ensino-orientação é negociar um plano de aceitação mútua, baseado numa avaliação contínua da disponibilidade e motivação do paciente, revendo os objetivos e resultados, monitorando os comportamentos e resultados específicos como um guia para avaliar a efetividade e a necessidade de mudança ou manutenção das estratégias de aprendizado, como nos casos de redução de peso, na cessação do tabagismo ou do consumo de álcool.

Silva *et al* (2007) relatam a aplicação da educação em saúde como estratégia para converter os determinantes sociais que viabilizam o adoecimento no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Neste, tem-se experiências de ações preventivas através da capacitação para professores quanto ao conhecimento de toxicomanias, além de ações nas escolas e comunidades localizadas próximas ao Núcleo. Evidencia-se nesta experiência a atuação do enfermeiro e seu envolvimento junto aos demais atores sociais da comunidade para mediar a transformação social e o desenvolvimento de ações para promoção da saúde mental, prevenção do uso e abuso de drogas e integração social.

Em todo o processo, o enfermeiro deverá ter a habilidade de apoiar o paciente através do processo de aprendizado baseado na lembrança, no suporte, no encorajamento e no uso da empatia.

3.2.4 Papel Profissional do Enfermeiro

O papel profissional do enfermeiro incorpora uma variedade de dimensões que inclui a provisão de cuidado em saúde, a coordenação dos serviços, a consultoria de práticas, a educação em saúde, o suporte, a defesa dos direitos dos usuários dos serviços, a administração, a pesquisa e a liderança.

Assim, o exercício da competência do papel do profissional de enfermagem se dá quando o enfermeiro interpreta e negocia seu papel profissional junto ao público assistido, aos gestores e aos outros profissionais de saúde, desenvolve-o e defende para avanço das práticas no sistema de cuidados de saúde e o implementa através do uso de teorias científicas e pesquisas (NATIONAL PANEL FOR PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NP COMPETENCIES, 2003).

Estas competências direcionam para o cuidado quando o enfermeiro prioriza, coordena e encontra as múltiplas necessidades e solicitações, considerando as diversas culturas dos pacientes, utiliza julgamentos sólidos frente às prioridades conflituosas existentes na comunidade, constrói e mantém uma equipe terapêutica para prover uma atuação adequada e com resultados.

Nesta perspectiva, o enfermeiro assume o papel de administrador das demandas existentes nos serviços, devendo encaminhar ou oportunizar o acesso às especialidades e referências de cuidado para o sujeito em sofrimento mental quando o cuidado primário não for suficiente para as demandas, defender o alcance das necessidades do paciente, consultar outros provedores de cuidado de saúde, e agências públicas e privadas quando necessário, incorporar tecnologia recente apropriada para oferta do cuidado e utilizar os sistemas de informações para dar suporte à tomada de decisão para prover o cuidado.

As competências relacionadas ao papel de liderança do enfermeiro estão associadas ao reconhecimento da importância da participação de organizações profissionais, a avaliação das implicações das políticas contemporâneas de saúde no provimento de cuidado de saúde e aos consumidores, a participação nas atividades legislativas e de tomada de decisões que influenciam o avanço da prática de enfermagem e da saúde da comunidade, a defesa ao acesso de qualidade do cuidado de saúde e a avaliação da relação existente entre a comunidade, as questões públicas de saúde e os problemas sociais (pobreza, violência, alfabetização) e seu impacto sobre o cuidado de saúde dos pacientes.

3.2.5 Gerenciamento e Negociação da Oferta de Cuidados dentro do Sistema de Saúde

O gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde, enquanto domínio de competência para o enfermeiro no campo da saúde mental arregimenta habilidades que, dentre outros aspectos, permite o conhecimento sobre a funcionalidade da rede para alcance do *continuum* do cuidado ao usuário, qualquer que seja a complexidade da assistência demandado. A partir disso, mobilizam-se forças para a corresponsabilização do cuidado, oportunizando espaços para que o diálogo entre os diferentes níveis de assistência aconteça.

O enfermeiro demonstra competência no âmbito do gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde quando demonstra conhecimento sobre o seu papel no gerenciamento dos casos; provê o cuidado integrado aos serviços de saúde para

indivíduos, famílias e comunidade; considera o acesso, custo, eficácia e qualidade no momento da tomada de decisões; e mantém um conhecimento atualizado sobre a organização e financiamento do sistema de saúde e o efeito disso sobre a oferta de cuidados (NATIONAL PANEL FOR PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NP COMPETENCIES, 2003).

No âmbito dos cuidados em saúde mental no Brasil, o estabelecimento da RAPS tem expandido a assistência ofertada às pessoas em sofrimento mental. Dentre seus objetivos está a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população como um todo, a promoção do vínculo das pessoas e das suas famílias aos serviços na rede e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado através do acolhimento, do *continuum* de cuidado e da atenção às urgências (BRASIL, 2011b). Nesse sentido, o enfermeiro deve conhecer os componentes da RAPS e com eles estabelecer parcerias que garantam a integralidade da atenção aos usuários.

Ainda que haja avanços em relação ao contexto predominante na realidade brasileira, são apontados ainda fatores que restringem o potencial da assistência como a ruptura na rede de referência e contrarreferência, o desafio do trabalho em equipe, a dificuldade no manejo de alguns casos clínicos, além da predominância cultural da população na centralidade das ações médicas prescritivas. Frente à situação, mostra-se necessário a organização do processo de trabalho em rede, incluindo gestores, trabalhadores e comunidade para integração de práticas (MAGALHÃES *et al*, 2012; SUCIGAN; TOLEDO; GARCIA, 2012).

Outras competências relacionadas ao gerenciamento e negociação da oferta de cuidados estão na gerência das funções organizacionais e dos recursos dentro do espaço de responsabilidades, a utilização de estratégias de negociação e gerenciamento para provisão da qualidade de cuidado e eficiente uso dos recursos, a demonstração de conhecimento dos princípios mais importantes que afetam a viabilidade financeira de longo termo de uma prática, no uso eficiente dos recursos com ênfase na qualidade do cuidado e demonstração de conhecimento dos aspectos legais que regulamentam a prática de enfermagem.

Quanto à negociação, de modo colaborativo o enfermeiro diagnostica, planeja, implementa e avalia os cuidados primários com outros profissionais de saúde, usando abordagens que reconhecem a expertise de cada um para encontrar as necessidades dos pacientes. Para isso, participa como um membro-chave de uma equipe interdisciplinar

através do desenvolvimento de práticas inovadoras e colaborativas, contribuindo para a implantação de programas comunitários de saúde.

No âmbito político, o enfermeiro pode agregar competências da defesa dos direitos dos usuários em atividades legislativas e políticas de decisão que influenciam as práticas e serviços de saúde, defendendo as políticas que reduzem os riscos de saúde ambiente, que sejam culturalmente sensíveis e que permitam o aumento do acesso para cuidado de saúde de todos.

3.2.6 Monitoramento e Alcance da Qualidade das Práticas de Cuidado em Saúde

Enquanto domínio de competência, o monitoramento e alcance da qualidade das práticas de cuidado em saúde refere-se à busca de estratégias e ações a fim de mobilizar o incremento das práticas em saúde mental do enfermeiro e da equipe de trabalho no cenário da Atenção Primária.

Nesta competência, o enfermeiro demonstra tal habilidade na interpretação das próprias fortalezas, papéis e escopo de habilidades, na incorporação de padrões profissionais e legais dentro da prática, na ação ética voltada às necessidades dos pacientes e na responsabilidade de praticar, e esforça-se para alcançar os maiores padrões de práticas (NATIONAL PANEL FOR PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NP COMPETENCIES, 2003).

O enfermeiro pode ainda colaborar e consultar os demais membros da equipe de cuidado de saúde sobre variações nos resultados de saúde, usar a abordagem baseada em evidências para gerenciamento do paciente e aplicar os achados pertinentes para o gerenciamento do cuidado do paciente e os resultados.

Campos *et al* (2011) e Onocko-Campos *et al* (2012), através de estudos avaliativos sobre o impacto da inserção de equipes de apoio matricial na implementação das ações em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, têm demonstrado a importância de rever os processos de trabalho desenvolvidos no cenário da atenção básica relacionado à saúde mental. Nos estudos, pôde-se apreender a coexistência de dois paradigmas nas práticas em saúde mental na atenção primária: uma que caminha para o modelo biomédico e outra que se contrapõe em busca da ampliação da clínica. Nesse sentido, faz-se necessário o investimento em condições estruturais, de recursos humanos e de gestão que viabilizem a

transformação das práticas segundo um modelo que enfatize a integralidade das práticas e o incremento da qualidade de vida dos usuários.

Uma outra iniciativa demandada no campo da saúde mental e que contribui para o monitoramento das ações em saúde é a inclusão de indicadores em saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Souza e Luis (2012) delimitam como barreiras para inclusão da saúde mental na atenção básica a subnotificação dos casos, sendo apontado, para isso, a necessidade do estabelecimento de indicadores relativos à saúde mental no SIAB.

Além disso, predomina a ausência de mapeamento ou levantamento das famílias com necessidades de saúde mental, evidenciando a ausência do estabelecimento do projeto terapêutico singular. A incorporação destes indicadores permitiria um olhar diferenciado sobre as demandas em saúde mental, dando ênfase às problemáticas já existentes na comunidade e sobre elas direcionando ações para promoção da saúde mental, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

O alcance da qualidade das práticas em saúde pelo enfermeiro se dá quando o profissional considera as implicações éticas dos avanços científicos nas práticas e, a partir delas, desenvolve práticas que buscam o desenvolvimento profissional e a manutenção da competência profissional.

O trabalho do enfermeiro para monitorização da qualidade caminha para o acompanhamento da qualidade das próprias práticas e participação no contínuo provimento de qualidade, baseado nos padrões de prática profissional, protocolos e documentos relevantes na área. Ainda, o profissional avalia o paciente e os resultados incluindo a consulta e referência dentro do *continuum* da assistência, e monitora pesquisas que estimulam a qualidade do cuidado oferecido.

Estudos têm enfatizado o papel da capacitação sobre o processo de trabalho do enfermeiro no âmbito da saúde mental (AIRES *et al*, 2010; SPADINI; SOUZA, 2010; AZEVEDO; SANTOS, 2012; MAGALHÃES *et al*, 2012; VELOSO; MELO E SOUZA, 2013). Neles, enfermeiros da atenção básica têm reconhecido a fragilidade dos conhecimentos e habilidades para lidar com esta demanda no cenário da ESF, o que compromete a qualidade das práticas desenvolvidas neste cenário. Para fortalecimento e incremento das práticas desenvolvidas faz-se necessário a implementação de ações contínuas de educação permanente aos profissionais de saúde da ESF, além do suporte e assessoria de equipes de apoio matricial que colaborem dentro de uma relação de corresponsabilidade.

Outras habilidades relacionadas à competência de monitorização e alcance da qualidade das práticas estiveram vinculadas ao processo de educação permanente dos recursos humanos envolvidos na atenção direta à clientela, incluídos nestes agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e demais profissionais que atuam acolhendo as demandas em saúde mental (SECKER; PIDD; PARHAM; 1999; PETERSEN, 1999; MAYALL *et al*, 2004; MARTINS *et al*, 2014).

Segundo o documento do Painel de Validação do *Psychiatric-mental health Nurse Practitioner Competencies* (2003), a organização dos serviços para a execução de práticas fundadas na monitorização e alcance da qualidade das práticas se dá através do diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

Na fase do diagnóstico, tem-se a identificação dos elementos que contextualizam a prática e das demandas prevalentes, seguidas pela organização e mobilização da equipe para a assistência. Na avaliação, considera-se a existência de instrumentos avaliativos e indicadores que evidenciem de que modo se estrutura a assistência e qual o impacto que tem gerado sobre a saúde e qualidade de vida dos sujeitos assistidos.

O monitoramento e alcance da qualidade das práticas de cuidado em saúde mostra-se enquanto importante ferramenta para incremento da assistência dirigida às pessoas em sofrimento mental no contexto da comunidade. Isso se efetiva na medida em que tais competências tenham impacto sobre os sujeitos que desenvolvem as ações, como também nos processos de trabalho, permitindo a busca pelas melhores práticas no campo da saúde mental, em coerência com as orientações das políticas públicas e dos princípios de promoção da saúde e de atenção psicossocial.

3.2.7 Competência Cultural

A competência cultural encontra, no cenário da Atenção Primária, um local privilegiado para seu desenvolvimento, na medida em que o território de adscrição das equipes de saúde é permeado por questões culturais, morais, éticas, além dos princípios e demais aspectos socioeconômicos que influenciam as práticas em saúde.

Loftin *et al* (2013) definem competência cultural enquanto atitudes, conhecimentos e habilidades necessárias para prover a qualidade de assistência para diversas populações, ou seja, a capacidade de promover o cuidado à saúde culturalmente competente. Esse

cuidado leva em consideração as diferenças existentes entre os indivíduos e como estas influenciam no comportamento, nas emoções e no estilo de vida.

Segundo National Panel for Psychiatric Mental Health NP Competencies (2003), o profissional enfermeiro demonstra competência cultural quando apresenta respeito inerente à dignidade de todo ser humano, independente de sua idade, gênero, religião, classe socioeconômica, orientação sexual e etnicidade. Suas práticas incorporam a aceitação pelos direitos individuais que os sujeitos possuem de escolher seu provedor de cuidados, de participar no cuidado e de se recusar a recebê-lo. Ainda, o enfermeiro deve reconhecer os seus preconceitos e evitar que estes interfiram sobre a qualidade da oferta de cuidado para pessoas de diferentes crenças e estilo de vida.

No cenário das práticas, é importante haver, pelo profissional, o reconhecimento dos problemas culturais e, a partir disso, interagir com os pacientes de outras culturas para propor caminhos culturalmente sensíveis. Para isso, deve acionar os recursos culturais apropriados para oferecer cuidado para pacientes de outras culturas, assistir os pacientes para acesso de cuidado de qualidade dentro de uma cultura dominante, desenvolver e aplicar um processo de avaliação de diferentes crenças e preferências, e levar em conta a diversidade dentro do planejamento e oferta de cuidado.

Na educação em saúde, o enfermeiro deve incorporar as preferências culturais, as crenças em saúde e os comportamentos e práticas no gerenciamento do plano, desenvolvendo materiais educacionais apropriados ao paciente, dirigidos à linguagem e crenças culturais do paciente.

Beach *et al* (2005), em revisão sistemática sobre estudos avaliando intervenções para aprimorar a competência cultural de profissionais de saúde, sintetizam como achados os efeitos do treinamento no âmbito da competência cultural sobre os profissionais e pacientes. Para os profissionais, tais ações promoviam conhecimento, atitudes e habilidades para atuar de modo sensível às necessidades das populações assistidas. Para os pacientes, o incremento da competência cultural representou aumento da satisfação dos pacientes e melhor adesão e resultados na saúde.

Outro estudo dirigido por Cross e Bloomer (2010) sobre a prática de comunicação de profissionais que provêm atenção em saúde mental em serviços comunitários para conciliar diferenças com pessoas de culturas e linguagens distintas enfatizam que, para haver um inter-relacionamento adequado é necessário haver respeito pelas diversidades relacionadas à linguagem e ao gênero, pelos papéis da família e a compreensão cultural das

peculiaridades familiares, sobre as ideias acerca da saúde mental e sobre a necessidade de ser acreditado.

A competência cultural ainda inclui os aspectos espirituais, onde se pode focar o respeito ao valor inerente e à dignidade de cada pessoa, e o direito de expressar suas crenças espirituais como parte de sua humanidade. Nesse sentido, o enfermeiro, ao assistir os sujeitos e famílias deve encontrar suas necessidades espirituais no contexto da experiência da saúde e doença, incluindo a orientação de serviços pastorais e das demais instituições religiosas.

Neste aspecto, o enfermeiro, enquanto promotor da saúde, deve considerar a influência da espiritualidade do paciente sobre o comportamento de cuidado à saúde e práticas, incorporando as crenças espirituais do paciente no plano de cuidados apropriadamente. Ainda, deve oportunizar aos pacientes e famílias espaços de discussão sobre seus desejos e decisões, para os cuidados no fim da vida e respeitar os desejos dos pacientes e familiares relacionados à expressão das crenças espirituais.

Berlin, Hylander e Törnkvist (2008) demonstram a utilização da competência cultural na prática de enfermagem quando evidenciam, em estudo realizado na Suécia, a importância da avaliação do risco de adoecimento de crianças de origem estrangeira. Tal perspectiva permite aos sujeitos a atenção numa condição integral, incorporando, nos cuidados à saúde, aspectos, além do biológico, que incluem questões de vida e existência que influenciam positivamente sobre o processo saúde/doença mental.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo do tipo metodológico de abordagem quantitativa. Esse tipo de estudo, segundo Polit e Beck (2011a), envolve pesquisas sobre métodos de obtenção, organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Em geral, os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa.

As pesquisas de abordagem quantitativa são voltadas para estudos que pretendem testar teorias objetivas, ao buscar identificar relações entre variáveis. Estas organizam as suposições sobre a testagem dedutiva de teorias, a criação de proteção contra vieses, o controle de explicações alternativas e a capacidade de generalização e replicação dos achados. Para isso, o pesquisador testa uma teoria através da descrição de hipóteses e utiliza-se da coleta de dados para confirmar ou refutar as hipóteses (CRESWELL, 2010).

Para a construção e validação de instrumentos, Grey (2001) descreve o processo sendo composto das seguintes etapas: definição do constructo a ser medido; formulação dos questionamentos; avaliação dos questionamentos quanto à validade de conteúdo; desenvolvimento de instruções para os respondentes; pré-teste e aplicação do teste piloto aos questionamentos, e estimativa da confiabilidade e validade.

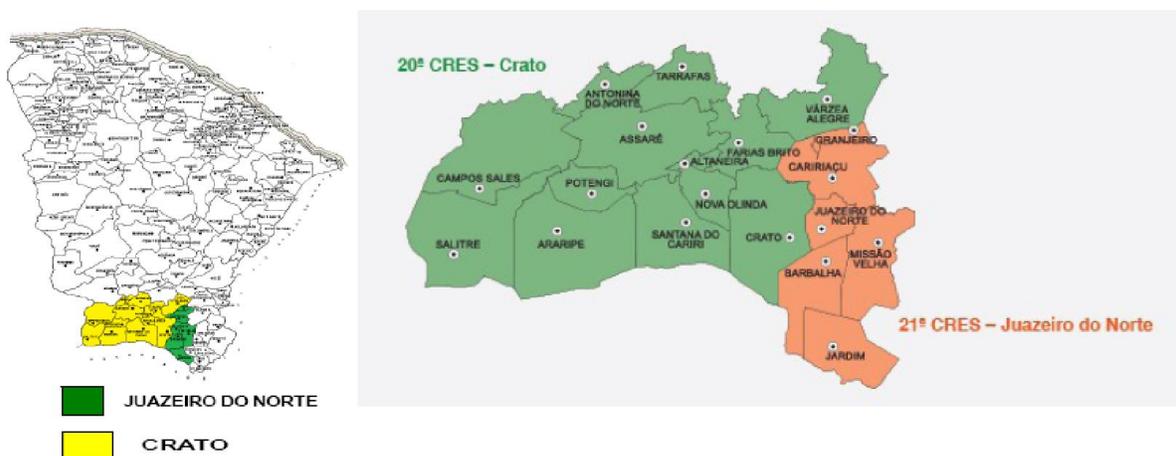
4.2 Local de Pesquisa

O estudo foi desenvolvido em municípios que compõem as 20^a e 21^a Microrregionais de Saúde, localizadas na Região Metropolitana do Cariri (RMC). As Regiões de Saúde do Crato e Juazeiro do Norte, adicionadas à Região de Saúde de Brejo Santo, Icó e Iguatu compõem a Macrorregião do Cariri.

No estado do Ceará, cada microrregional de saúde possui um órgão que representa a Secretaria Estadual da Saúde, denominado Coordenadoria Regional de Saúde (CRES). Estas dispõem de estrutura organizacional e uma equipe profissional composta por um coordenador regional de saúde, um assessor técnico, um assistente técnico administrativo-financeiro e uma equipe de supervisores (SESA, 2012).

Na Região de Saúde do Cariri (RSC), os municípios estão inclusos na 20ª CRES de Crato e a 21ª CRES de Juazeiro do Norte, conforme exhibe a Figura 1. Estes são municípios pólo, visto que apresentam população acima de 100 mil habitantes.

Figura 1- Municípios constituintes da Região de Saúde do Cariri. Ceará, 2012.



Fonte: SESA, 2012

A 20ª CRES do Crato é constituída por 13 municípios: Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Campos Sales, Farias Brito, Nova Olinda, Potengi, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas, Várzea Alegre e Crato. Este último, pólo da CRES, possuiu população estimada em 122.716 habitantes no ano de 2011 e está a 524 km de Fortaleza, sendo o segundo município com maior população em toda a região e o sexto mais populoso do estado.

A 21ª CRES de Juazeiro do Norte é composta por seis municípios: Juazeiro do Norte, Cariri, Granjeiro, Barbalha, Missão Velha e Jardim. Como pólo da 21ª CRES, o município de Juazeiro do Norte teve uma população estimada em 252.841 habitantes em 2011. Dista 455 km da capital do Estado, sendo o município com maior população em toda a região e o terceiro mais populoso no estado.

A Rede de Atenção Primária das 20ª e 21ª Microrregiões de Saúde está organizada conforme a Estratégia Saúde da Família (ESF). Para isso, conta com uma estrutura formada por 230 equipes da ESF e 17 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, as microrregiões contam com 11 Centros de Atenção Psicossocial, distribuídos nos seguintes municípios: Araripe (1),

Assaré (1), Barbalha (3), Crato (1), Farias Brito (1), Jardim (1), Juazeiro do Norte (2) e Várzea Alegre (1). Estes orientam a rede de saúde mental em cada município e para os municípios de referência, utilizando-se das parcerias com os demais serviços da rede de atenção em saúde, tais como as equipes da ESF, NASF, dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), hospitais gerais, hospital psiquiátrico, dentre outros.

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta pelos enfermeiros das equipes da ESF dos municípios da 20ª e 21ª Microrregiões de Saúde. Considerando que cada equipe da ESF é formada por profissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes de saúde e agente administrativo, o número de profissionais enfermeiros vinculados às equipes da ESF é de 230, distribuídos por municípios conforme representação dada no Quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição do número de enfermeiros nos municípios pertencentes à 20ª e 21ª Microrregionais de Saúde. Ceará, 2012

Municípios que integram as Microrregionais de Saúde		Nº de Enfermeiros
20ª CRES	Altaneira	3
	Antonina do Norte	3
	Araripe	7
	Assaré	9
	Campos Sales	6
	Crato	33
	Farias Brito	9
	Nova Olinda	6
	Potengi	4
	Salitre	6
	Santana do Cariri	7
	Tarrafas	3
	Várzea Alegre	12
21ª CRES	Barbalha	21
	Caririaçu	11
	Granjeiro	2
	Jardim	11
	Juazeiro do Norte	63
	Missão Velha	14
Total		230

Fonte: SESA, 2012

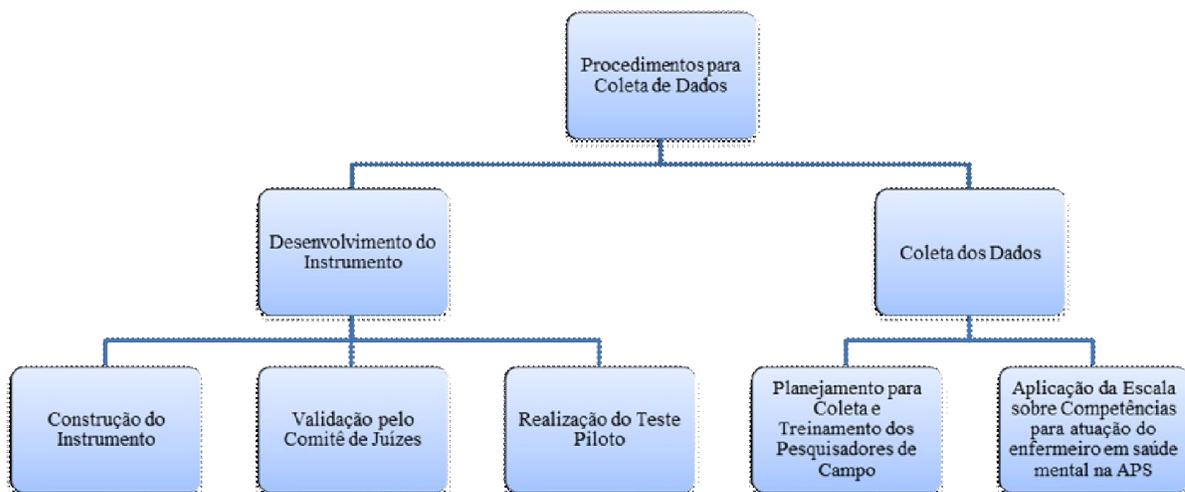
Todos os indivíduos da população possuíam o potencial para compor a amostra, tendo em vista a restrição no número de profissionais e a necessidade de um quantitativo suficiente para realização de análises estatísticas significativas.

Foram adotados como critérios de inclusão: a) estar vinculado aos municípios que forneceram o termo de anuência para realização do estudo; b) aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão da amostra foram: a) estar vinculado de modo restrito às funções de gerenciamento e coordenação das unidades de saúde; b) responder aos instrumentos fora do prazo estipulado para coleta de dados; c) estar de férias ou licença no período da coleta. Ao término, foram inclusos no estudo 149 enfermeiros.

4.3 Procedimentos para Coleta de Dados

Os procedimentos para coleta de dados foram divididos em dois momentos: a) desenvolvimento da “Escala sobre competências de atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”, incluindo sua construção e validação; e b) aplicação do instrumento. Cada momento foi subdividido conforme ilustra a Figura 2.

Figura 2- Fases dos procedimentos para coleta de dados. Fortaleza, 2013

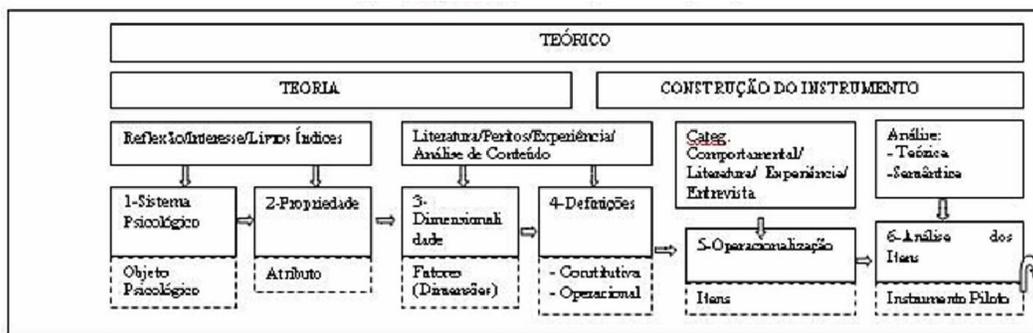


4.3.1 Desenvolvimento da “Escala sobre Competências de Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”

Pasquali (2010) situa a teoria e modelo de elaboração de instrumentos psicológicos baseados em três polos ou procedimentos: o teórico, o empírico e o analítico. No estudo, houve o uso apenas do pólo teórico de forma adaptada para a elaboração do instrumento sobre competências para atuação do enfermeiro em saúde mental na atenção primária à saúde.

O polo ou procedimento teórico enfoca a teoria que fundamenta o estudo para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como a operacionalização do construto em itens. Esse procedimento expõe a teoria e explicita os tipos e categorias de comportamentos que representarão o traço a ser identificado, segundo evidencia a Figura 3.

Figura 3- Procedimentos teóricos na elaboração de instrumentos. Fonte: Pasquali, 2010.



Os procedimentos teóricos da pesquisa seguiram três fases: 1) Construção da “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”; 2) Validação por Comitê de Juízes; e 3) Realização do Teste Piloto.

- 1) Construção da “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”

A construção da “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”, conforme orienta Pasquali (2010), passou inicialmente pelo reconhecimento do objeto psicológico, no caso, as competências em saúde mental e das propriedades deste objeto passíveis de mensuração através da escala. Com isso, direcionou-se para a delimitação dos aspectos específicos a

serem estudados e que contribuíram para a construção do instrumento psicométrico, distinguindo os chamados atributos do objeto psicológico a serem aplicados (PASQUALI, 2009; 2010).

Em seguida, faz-se necessária a definição do construto e dos atributos dos quais se pretende extrair as atitudes ou traços que a escala irá mensurar. Isso se dá através da análise da literatura pertinente, a busca de peritos na área ou a experiência pessoal do pesquisador na área, de maneira a indicar os aspectos a serem incorporados na construção do instrumento de medida.

Na pesquisa, foi considerado o documento proveniente do *National Panel For Psychiatric Mental Health NP Competencies*, que aponta os domínios de competências do enfermeiro para atuar em saúde mental no âmbito da Atenção Primária, quais sejam: o gerenciamento do status saúde/doença do paciente; o relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente; a função de ensino-orientação; o papel profissional do enfermeiro; o gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde; a monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde; e a competência cultural.

A escolha e adaptação das habilidades listadas em cada domínio de competência pelo documento foram realizadas através da discussão entre pesquisadora e orientadora, segundo a aplicabilidade no ambiente da Atenção Primária à Saúde.

Com a identificação dos aspectos a serem incorporados no instrumento, foram organizados os itens que iriam compor a escala. Polit e Beck (2011b) indicam que, ao elaborar questões para um instrumento estruturado, deve-se observar cuidadosamente a construção de cada item, garantindo clareza, sensibilidade ao estado psicológico dos respondentes, ausência de desvio e nível de leitura. As questões necessitam estar em sequência, em uma ordem psicologicamente significativa, a fim de promover a cooperação e a veracidade por parte dos sujeitos participantes (CUMMINGS; HULLEY, 2008).

Assim, houve a elaboração de uma escala composta por 57 itens, dos quais 11 referiam-se a questões fechadas sobre as características socioeducacionais da amostra e 46 itens com respostas estruturadas no formato de escala. Os itens socioeducacionais foram provenientes de adaptação de questões da escala já validados no estudo de Nóbrega (2011), que também contou com profissionais enfermeiros como participantes.

As escalas são dispositivos que atribuem valores numéricos a pessoas ao longo de um *continuum*. Nas escalas sociopsicológicas, há a classificação quantitativa das pessoas frente a diferentes atitudes, percepções e traços psicológicos (POLIT; BECK,

2011b). Nela, vê-se a combinação de questionamentos indiretos de interesse para obtenção de escores globais (GREY, 2001).

Dentre os tipos de escala, a técnica de classificação mais comum é a escala de *Likert*. Esta consiste em várias declarações ou itens que anunciam um ponto de vista sobre algum tópico. Nessa abordagem, pede-se aos respondentes que indiquem até que ponto concordam ou discordam com a declaração e a cada resposta é atribuído uma dada pontuação (GREY, 2001; CUMMINGS; HULLEY, 2008; PASQUALI, 2009; 2010).

Para responder aos itens do instrumento foi utilizada uma escala de *Likert*, com cinco alternativas, que variou de (1) sempre a (5) nunca. A partir da validação da escala, foi solicitado aos enfermeiros que respondessem para cada item a alternativa que melhor descrevesse sua compreensão sobre sua prática desenvolvida no cenário da atenção básica. Para a escala, foram definidos o escore mínimo de 29 e o máximo 145, a partir do somatório das alternativas assinaladas pelos enfermeiros.

2) Validação por Comitê de Juízes

As escalas devem passar pelas etapas de certificação da validade e confiabilidade, a fim de verificar as propriedades psicométricas. A validade refere-se a escala medir exatamente o que se propõe, havendo diferentes modos de se verificar a validade de um instrumento, que variam de acordo com o tipo de informação fornecida e com o propósito do investigador. Neste estudo, foram utilizadas a validade aparente, semântica e de conteúdo para avaliação pelo comitê de juízes.

O processo de submissão ao comitê de juízes teve como objetivo viabilizar a validade por julgamento. A validade de julgamento por expertises determina se o instrumento está apropriado para o alcance dos seus objetivos e inclui a realização da validade de aparência, semântica e de conteúdo. A validade aparente, também conhecida como validade de face, possibilita a avaliação do instrumento quanto à mensuração das qualidades desejadas (MOTA; PIMENTA, 2007).

Por sua vez, a validade semântica objetiva verificar se todos os itens são compreensíveis a todos os membros da população para que a escala esteja voltada. Para isso, inicialmente deve-se ter a avaliação da escala como um todo, determinando a abrangência dos conceitos nos itens. A partir disso, pode-se ter a eliminação ou a inclusão de sugestões aos itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Neste tipo de validade, busca-se conferir se os itens são compreensíveis tanto para o estrato mais baixo quanto ao mais alto da população alvo. As variáveis observadas nesta fase de análise são pertinência, clareza e coerência (PASQUALI, 2010).

A pertinência, ou representatividade, indica se os itens refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequados para atingir os objetivos. A clareza avalia a redação dos itens, de forma que o conceito esteja compreensível e haja a expressão adequada do que se espera medir enquanto que, na coerência, o item deve formar frases que proporcionem um pensamento lógico daquilo que é afirmado (PASQUALI, 2010; ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

A validade de conteúdo se refere à cobertura da área do conteúdo, que está sendo medida com base em julgamento subjetivo e permite ao pesquisador avaliar se a escala e as questões que a constituem são representativas do domínio do conteúdo que o pesquisador pretende medir (SIRECI, 1998; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Polit e Beck (2006; 2011b) referenciam que a validade do conteúdo de um instrumento baseia-se no julgamento, não havendo métodos totalmente objetivos para garantir a cobertura adequada do conteúdo. No entanto, tem-se indicado o índice de validade de conteúdo (IVC) como indicador da congruência das opiniões dos juízes. Nela, os juízes julgam se os itens se referem ou não ao conteúdo em questão e se estes representam fielmente o construto que o instrumento se propõe a mensurar.

Para a seleção dos componentes do comitê de juízes, faz-se necessária a adoção de critérios que distingam a expertise do profissional perante a temática estudada e, desta forma, garantam maiores contribuições no processo de validação. No estudo, foram utilizados os critérios de inclusão e as respectivas pontuações apresentadas pelo Quadro 2.

Quadro 2 - Critérios e respectivas pontuações eleitas para seleção do comitê de juízes para fase de validação do instrumento da pesquisa. Fortaleza, 2012

Critérios eleitos para Especialistas	Pontuação
Tese ou dissertação na área de saúde mental e/ou saúde da família e/ou estudos de validação.	2 pontos/trabalho
Monografia de graduação ou especialização na área de saúde mental e/ou saúde da família e/ou estudos de validação.	1 ponto/trabalho
Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolvam saúde mental e/ou saúde da família e/ou estudos de validação.	1 ponto
Experiência docente em saúde mental e/ou em saúde da família e/ou estudos de validação.	0,5 ponto/ano
Atuação prática no campo da saúde mental e/ou em saúde da família e/ou em estudos de validação.	0,5 ponto/ano
Orientação de trabalhos na temática de saúde mental e/ou saúde da família e/ou estudos de validação.	0,5 ponto/trabalho
Autoria em dois trabalhos publicados em periódicos sobre saúde mental e/ou saúde da família e/ou estudos de validação.	0,25 ponto/trabalho
Participação em bancas avaliadoras de trabalhos em saúde mental e/ou saúde da família e/ou estudos de validação.	0,25 ponto/trabalho

A verificação dos critérios se deu pela consulta do *Currículo lattes* disponível na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Para delimitação da amostra foi utilizado o método de amostragem intencional, em que houve a indicação dos participantes com base no julgamento daqueles com potencial de contribuição na pesquisa a partir dos critérios de inclusão e do aceite em participar do processo de validação.

Quanto ao número de componentes do comitê de juízes, a literatura tem se mostrado bastante controversa, com autores indicando um número mínimo de cinco e máximo de dez sujeitos, enquanto outros recomendam de seis a vinte sujeitos, sendo composto por um mínimo de três pessoas em cada grupo de profissionais selecionados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

No estudo, a validação aparente, semântica e de conteúdo foi realizada por um comitê constituído de cinco juízes. Estes foram distribuídos nos seguintes números: 1) dois enfermeiros docentes com experiência / atuação na atenção primária à saúde; 2) um enfermeiro docente com experiência na área da saúde mental; 3) um profissional docente com experiência em construção e/ou validação de escalas; e 4) um profissional com formação na área de linguística.

A validação da “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental” ocorreu durante os meses de

dezembro de 2012 e janeiro a fevereiro de 2013. Foram utilizadas duas estratégias para validação: a) oficina grupal com os juízes; e b) envio e retorno do instrumento via correio eletrônico.

Os juízes selecionados foram convidados a participar da validação da Escala pela própria pesquisadora. Para cada juiz foi encaminhado um Kit (APÊNDICE A) contendo os seguintes documentos: 1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 2) Guia contendo as orientações para a validação do questionário; 3) Versão adaptada em português das competências listadas no documento do *National Panel For Psychiatric Mental Health NP Competencies*; 4) Escala para validação; e 5) Instrumento de validação de conteúdo. A cada um dos juízes foram esclarecidos os procedimentos de análise e os objetivos da pesquisa.

Os juízes foram orientados a assinalar para cada item da escala, em uma escala de equivalência que varia de 1 a 3, o item correspondente ao seu julgamento quanto à pertinência (não pertinente = 1; indeciso/não sei = 2; pertinente = 3), clareza (não claro = 1; indeciso/não sei = 2; claro = 3) e coerência (incoerente = 1; indeciso/não sei = 2; coerente = 3). Para os itens com equivalência 1 ou 2, o juiz poderia indicar sugestões para aprimorar o item ou fazer comentários.

Para a validade do conteúdo, os juízes receberam uma cópia dos domínios das competências e conceitos apontados pelo documento do *National Panel For Psychiatric Mental Health NP Competencies* e um quadro contendo duas colunas (APÊNDICE A). Na primeira coluna estiveram dispostos os itens elaborados e na segunda (em branco) foi solicitado aos juízes que identificassem dentre os itens aqueles que consideravam correlacionados às competências em saúde mental na atenção primária, sem limite no número de itens a serem relacionados.

Incluída no processo de validação, houve a realização de oficina de trabalho contando com a presença da pesquisadora e dois componentes do comitê de juízes para síntese e discussão da apreciação da escala. Este encontro ocorreu no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), em data e horário agendados previamente e que prioritariamente buscou a participação de um número máximo de pessoas. As discussões foram registradas através de gravador digital de áudio e vídeo. Dos cinco juízes convidados para a oficina, compareceram três.

Considerando a inviabilidade de participação de todos os componentes do comitê de juízes no momento presencial, os demais juízes encaminharam por e-mail os instrumentos preenchidos e com as sugestões. Após o julgamento, foram incorporadas

as modificações sugeridas e se estabeleceu como critério de aceitação a concordância entre os juízes superior ou igual a 80%, em cada item (PASQUALI, 2009). Aqueles itens que não atingiram a concordância prevista foram descartados do instrumento.

3) Realização do Teste Piloto

No teste piloto, o pesquisador aplica o instrumento novo ou testes piloto a um grupo de sujeitos com características semelhantes àquelas que serão estudadas no estudo. O propósito dessa análise é determinar a qualidade do instrumento como um todo (confiabilidade e validade), bem como a capacidade de cada questionamento para discriminar as pessoas que respondem (variação na resposta do item) (GREY, 2001).

Antes da aplicação do teste piloto, a “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental” validada foi submetida à interface digital através do aplicativo *Google Drive*. O *Google Drive*, anteriormente nomeado como *Google Docs*, é um aplicativo do *Google*, disponível gratuitamente e que funciona *on-line*, diretamente no browser. Os aplicativos são compatíveis com o *Microsoft Office*, sendo composto por processador de texto, editor de apresentações, editor de formulários e planilhas (GUBERT, 2011).

O teste piloto foi realizado no município de Crato, no período de julho e agosto de 2013. Para isso, a Secretaria de Saúde do município foi contatada previamente para a autorização do teste piloto. Com a aceitação do gestor municipal, a Coordenação da Atenção Básica forneceu a listagem contendo os contatos de telefone e e-mail dos enfermeiros.

Os contatos para convite de participação do teste piloto se deram inicialmente via correio eletrônico. Em seguida, houve o contato telefônico para confirmação do recebimento do e-mail e esclarecimento de possíveis dúvidas dos profissionais. Como o retorno via e-mail das respostas dos enfermeiros não aconteceu dentro do período estipulado, a pesquisadora passou a deslocar-se para as unidades básicas de saúde e para a Secretaria Municipal de Saúde a fim de fazer o contato direto e aplicar o teste piloto na forma impressa, em ambiente e período que melhor se adequava à conveniência do profissional.

Após o contato e aceitação para participar do estudo, 15 enfermeiros que atuam em unidades da ESF na zona urbana e rural responderam o instrumento. No contato, o entrevistador explicitou os objetivos do estudo e solicitou, após concordância, a

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) em duas vias.

Foram observados pelo entrevistador os aspectos concernentes à duração do preenchimento, reações esboçadas pelo respondente e aspectos relacionados ao instrumento, como pertinência à prática na Atenção Primária à Saúde, clareza das questões, dificuldades e dúvidas, e sugestões.

Como não houve modificações no instrumento aplicado no teste piloto e considerando a inclusão do município na 20ª CRES, os enfermeiros do município do Crato foram inclusos na amostra do estudo, seguindo o procedimento adotado no estudo de Chaves (2011), em que houve a inclusão dos sujeitos do teste piloto, considerando não haver mudanças no instrumento e as características dos participantes serem semelhantes ao da amostra do estudo.

Inicialmente o instrumento foi idealizado para aplicação prioritária através da interface digital do *Google Drive* devido à viabilidade de aplicação frente à barreira geográfica oferecida por alguns municípios, relacionada à distância ou localização da unidade básica de saúde ou em circunstância de inacessibilidade ao profissional. O questionário validado foi submetido ao formato eletrônico, conforme mostra a Figura 3.

Para a avaliação do teste piloto, foram incluídas no final do instrumento validado oito questões referentes à pertinência do instrumento à prática e clareza, ao tempo de preenchimento, à presença de dúvidas e sugestões quanto aos itens do instrumento e o instrumento como um todo.

Figura 4- Instrumento validado pelo comitê de juízes submetido à Plataforma do Google Drive. Região do Cariri - CE, 2013.



A forma da aplicação ficou a critério do enfermeiro no momento do contato, seja através do envio *on-line* para o correio eletrônico pessoal do profissional ou *in loco* na unidade básica de saúde ou ambiente de trabalho (secretaria de saúde do município).

Para realização do teste piloto foi selecionado o município do Crato, pertencente à 20ª CRES, e que inicialmente não havia sido incluso na amostra do estudo. Para isso, houve a solicitação da autorização para o teste piloto à Secretaria de Saúde do município, seguida do contato com a coordenação da Atenção Básica do município. A coordenação da Atenção Básica forneceu uma listagem contendo os contatos por telefone e endereços eletrônicos dos enfermeiros e suas respectivas unidades básicas de saúde.

Assim, foram abordados 30 enfermeiros através do envio de carta convite ao correio eletrônico pessoal do profissional. Atrelada à estratégia do envio dos *e-mails*, foi realizado contato por telefone pela pesquisadora, com a respectiva identificação pessoal e informação sobre a pesquisa e, quando aceita a participação, a pactuação da forma de preenchimento do instrumento.

Desses, oito enfermeiros preferiram responder à pesquisa por *e-mail*. Ainda tiveram aqueles que preferiram responder ao instrumento de forma impressa no local de

trabalho, seja por não ter acesso à internet ou por achar mais prático. Estes compuseram um total de sete enfermeiros.

4.3.2 Aplicação do Instrumento

Nesta etapa, houve o planejamento para aplicação da “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”, considerando a distância dos municípios, a disponibilidade de tempo da pesquisadora e demais aspectos necessários à viabilização da pesquisa, seguido pelo treinamento dos pesquisadores de campo e inserção no campo da pesquisa para aplicação do instrumento.

1) Planejamento para Aplicação do Instrumento e Treinamento dos Pesquisadores de Campo

Apesar da solicitação prévia para realização do estudo, com a mudança de gestão municipal ocorrida no início do ano, houve a necessidade de novo contato com as Secretarias Municipais de Saúde, a fim de pactuar a autorização para o estudo. Assim, para todos os municípios foram realizadas visitas para contato direto com os secretários de saúde, como também com os coordenadores da Atenção Básica.

Como no teste piloto a aplicação no formato eletrônico não obteve a adesão desejada pelos enfermeiros, a pesquisadora priorizou o emprego do instrumento impresso na forma de formulário.

Considerando o maior quantitativo de enfermeiros no município do Juazeiro do Norte, foram treinadas duas profissionais enfermeiras para aplicação dos instrumentos. Estas foram capacitadas quanto à manipulação do formulário para orientação dos enfermeiros durante o processo de coleta de dados, bem como dos objetivos, justificativa e relevância da pesquisa para maiores esclarecimentos ao público respondente. Após as devidas informações, foi fornecida listagem pela Secretaria de Saúde do município, com a localização das unidades e contatos pessoais dos enfermeiros.

Para os demais municípios, a pesquisadora planejou o agendamento da coleta de dados, segundo a conveniência dos gestores locais, através da visita *in loco*.

2) Aplicação da “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”

A etapa que seguiu foi a aplicação da “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental” (APÊNDICE C) junto aos profissionais enfermeiros das unidades da ESF das 20ª e 21ª Microrregiões de Saúde, ocorrida nos meses de setembro e outubro de 2013.

Em Juazeiro do Norte, os instrumentos foram aplicados pelas pesquisadoras de campo treinadas nas unidades básicas de saúde nos turnos da manhã e tarde. Na abordagem, as pesquisadoras se apresentavam, explicitavam os objetivos e a relevância do estudo, e perguntavam quanto ao aceite do enfermeiro para participar da pesquisa. Neste momento, havia a preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma das vias com o pesquisador e outra com o participante. Na inviabilidade de preenchimento do instrumento pelo profissional no momento da abordagem, era marcado novo dia e horário para recolhimento.

Durante o processo de aplicação da escala, houve o contato regular da pesquisadora responsável com as pesquisadoras para coleta, esclarecendo as dúvidas e situando quanto ao andamento da coleta.

Nos demais municípios, após acordo com as coordenações da atenção básica dos municípios, a pesquisadora pactuou sua inserção em reuniões previamente agendadas no espaço das Secretarias de Saúde para apresentação do estudo seguida da aplicação dos instrumentos. Após a concordância, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma dessas com o pesquisador e a outra com o participante. Para alguns casos, a pesquisadora agendou data para recolhimento dos instrumentos, considerando que após as reuniões os profissionais assumiam vários compromissos, o que inviabilizava o preenchimento no momento da abordagem.

4.4 Análise dos Dados

Os procedimentos analíticos estabelecem os procedimentos de análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados para conduzir a um instrumento válido preciso e, caso for, normatizado (PASQUALI, 2010).

Para avaliar a validade do instrumento foi analisado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) obtido a partir do nível de concordância entre os especialistas. Foram considerados válidos para os itens e o instrumento como um todo o IVC de 0,8 (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003; POLIT; BECK, 2006; VITURI; MATSUDA, 2009).

Para verificar a confiabilidade da escala foi utilizado o Coeficiente Alfa de Crombach, que analisa a consistência interna. Este coeficiente compara cada questão na escala, simultaneamente, uma com a outra, levando em consideração a probabilidade de concordância ou congruência dos itens da escala (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK, 2011b). O coeficiente de confiabilidade varia entre 0 e 1, e quanto mais próximo de 1, mais confiável é o instrumento.

No estudo, os dados foram processados no Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 e analisados por meio de tabelas com frequência relativa e porcentagem. Foi utilizada a análise estatística descritiva calculada pelas porcentagens das variáveis socioeducacionais, além das medidas de tendência central, tais como média e desvio padrão das categorias da escala.

As análises foram feitas comparando-se médias por meio dos testes t de *Student* e F de *Snedecor*. Também, foram feitas análises de associações e correlações das competências com as características dos enfermeiros por meio dos testes não paramétricos de χ^2 . Para todas as análises estatísticas inferenciais foi fixado o nível de significância de 5%. A análise ocorreu baseada na literatura pertinente à temática.

4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa, como todo ato humano, envolve questões de caráter ético que precisam ser consideradas a fim de evidenciar os benefícios advindos, bem como garantir que não haverá o comprometimento ou prejuízo para aqueles que participam do processo.

Para que um estudo proceda de forma ética, faz-se necessário que este obedeça aos princípios da beneficência, incluindo nesta a integridade, a garantia contra a proteção e a avaliação da relação risco / benefício, o princípio do respeito pela dignidade humana ou autonomia, abrangendo o direito à autodeterminação, à revelação total, o consentimento e aspectos relativos ao princípio do respeito, o princípio da não maledicência, garantindo nenhum dano ao participante e o princípio da justiça, que

engloba o direito a tratamento justo e à privacidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa vinculado ao Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), através da Plataforma Brasil, conforme orienta a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza os critérios para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Para isso, previamente foi enviado ofício emitido pelos pesquisadores envolvidos, solicitando autorização para o estudo junto às 20ª e 21ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES).

Foi realizado contato prévio com os gestores locais, no caso, as coordenações das 20ª e 21ª CRES e assessores do Núcleo Gestor dos Municípios para apresentação do projeto e dos objetivos, benefícios e questões envolvidas na pesquisa. Dada a autorização do estudo no plano local, através da emissão dos termos de anuência para o estudo (ANEXO A), o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, e somente após aprovação e parecer favorável do processo número CAEE 07013012.0.0000.5182/2013, houve a inserção no campo (ANEXO B).

No primeiro momento da pesquisa, houve o contato para convite dos juízes selecionados, os quais foram informados dos aspectos da validação proposto pela pesquisa e após concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Num segundo momento, após validação da escala, houve contato prévio com os coordenadores da atenção básica dos 10 municípios que compõem as 20ª e 21ª CRES, firmando os contratos para o início das atividades de pesquisa em campo. Em seguida, houve o início da coleta de dados junto aos enfermeiros das unidades básicas de saúde. Foram apresentados objetivos, benefícios, escala e eximidas as possíveis dúvidas, houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante do estudo.

Para todos os participantes da pesquisa foram garantidos o sigilo e o anonimato das informações, com o mascaramento do instrumento de coleta de dados. Para isso, os instrumentos foram enumerados segundo a ordem de recebimento dos formulários, preservando a identificação individual de cada participante.

5 RESULTADOS

5.1 Validação Aparente, Semântica e de Conteúdo da Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

O instrumento elaborado contou inicialmente com 57 itens, dos quais 11 foram adaptados do questionário de Nóbrega (2011) para a caracterização dos enfermeiros e não passaram pelo processo de validação. Nesta primeira parte do instrumento, foram inseridas duas questões referentes à localização de trabalho das profissionais, incluindo o município e a localização da unidade básica de saúde (zona rural ou urbana).

Os demais se referiam aos itens advindos dos domínios das competências apontadas pelo documento do *National Panel For Psychiatric Mental Health NP Competencies*, quais sejam: gerenciamento do status saúde/doença do paciente; relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente; função de ensino-orientação; papel profissional do enfermeiro; gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde; monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde; competência cultural. Estes foram submetidos à validação de conteúdo.

O instrumento foi enviado a cinco juízes para ser analisado e validado de acordo com as orientações contidas no Apêndice A, considerando-se os seguintes critérios psicométricos: pertinência, clareza, coerência e conteúdo.

5.1.1 Caracterização dos Juízes

Os juízes foram selecionados segundo sua expertise na área de saúde mental, na Atenção Primária à Saúde, em estudos de validação de instrumentos e em linguística. O convite foi realizado através de carta-convite dirigida ao endereço eletrônico, seguida do contato por telefone ou presencial. Após confirmação da participação da etapa de validação do instrumento, o kit de validação foi entregue presencialmente ou por via eletrônica.

Foram inclusos nesta etapa cinco juízes, caracterizados segundo a Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição do número de juízes, segundo características. Fortaleza, 2013

Variáveis (n=6)	Nº	%	Média ± DP
Sexo			
Feminino	3	60	
Masculino	2	40	
Idade			
< 30	1	20	32,2 ± 2,7
30 – 35	4	80	
Graduação*			
Enfermagem	5		
Letras	1		
Maior Titulação			
Doutorado	4	80	
Mestrado	0	-	
Especialização	1	20	
Tempo de Formado			
≥ 9	3	60	9,2 ± 2,3
10 -20	2	40	
Ocupação Atual*			
Ensino	4		
Pesquisa	3		
Assistência	2		

*Houve mais de uma resposta por especialista.

Dentre os juízes, dois eram do sexo masculino e três do sexo feminino. A idade esteve compreendida entre 28 e 35 anos, com média de $32,2 \pm 2,7$ anos. Percebe-se a tendência quanto à precocidade na formação dentre os juízes, conforme também evidenciado no estudo de validação realizado por Oliveira (2011).

Todos possuíam graduação em Enfermagem, havendo um que possuía também o curso de graduação em Letras. A maioria possui como maior titulação o doutorado, agregando outros títulos além desse, como o de mestre e de especialista nas respectivas áreas de expertise. Somente um dos juízes tem como maior titulação a especialização *Lato Sensu*.

O tempo de formação esteve entre 7 e 12 anos, com média de $9,2 \pm 2,3$ anos. O tempo de formação atrelado à formação acadêmica e à experiência clínica são importantes elementos que podem contribuir no processo de validação do instrumento na medida em que o acúmulo da experiência teórica e prática permitem ao profissional articular diversas ferramentas que lhe instrumentalizem para a expertise numa dada área do conhecimento (GALDEANO, 2007; BORGES, 2012).

A maioria dos juízes está articulada ao campo do ensino. No entanto, percebe-se a coexistência da atuação em várias áreas dentre os especialistas que incluem a pesquisa e a assistência. É importante que os profissionais de Enfermagem estejam sensibilizados quanto à articulação entre a pesquisa, ensino e assistência como importante aspecto a ser

disseminado, tendo em vista que se possa diminuir a distância existente entre a teoria e a prática, inserindo-se no cotidiano das práticas e com potencial para o fortalecimento das competências e habilidades do seu campo de atuação.

5.1.2 Validação Aparente, Semântica e de Conteúdo pelo Comitê de Juízes

A validade de conteúdo refere-se à constatação das propriedades psicométricas da escala para verificar se esta é confiável, que incluem a clareza, pertinência, coerência e conteúdo. Os dados advindos das avaliações dos juízes foram organizados numa planilha contendo fórmulas específicas para o cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC) dos itens e do instrumento como um todo, a fim de viabilizar o processo de análise dos índices. Os itens foram considerados pertinentes, claros e coerentes, caso o julgamento dos juízes obtivesse IVC igual ou maior que 0,8 (POLIT; BECK, 2006; VITURI; MATSUDA, 2009).

Para os itens que atingiram a concordância estimada, foram acatadas todas as sugestões feitas pelos juízes, sejam no momento da oficina de validação, seja pelas orientações descritas nos instrumentos enviados através de correio eletrônico. A Tabela 2 apresenta os IVC's de cada item do instrumento, obtidos a partir da concordância entre os juízes.

Tabela 2- Índice de Validade de Conteúdo das Propriedades Psicométricas e Alfa de Crombach dos itens da “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”. Fortaleza, 2013

Nº	Itens	Critérios Avaliados				α
		Clareza	Pertinência	Coerência	Conteúdo	
		IVC	IVC	IVC	IVC	
12	O ambiente da atenção primária à saúde é um espaço propício para o cuidado da saúde mental.	0,6	1,0	0,8	1,0	
13	Como enfermeiro(a) da ESF, posso identificar precocemente alterações associadas com problemas na saúde mental, distúrbios psiquiátricos e decorrentes de tratamentos medicamentosos dentre a demanda da unidade básica de saúde.	0,6	0,8	1,0	1,0	
14	Conheço instrumentos validados e preconizados pelo Ministério da Saúde e demais instituições de cuidado à saúde para coleta de informações em relação à saúde mental, tais como escalas de avaliação com crianças e adolescentes, genogramas e ecogramas.	0,8	0,6	0,8	1,0	
15	Conheço protocolos e guias de cuidado para promover saúde mental, prevenir e reduzir o risco para transtornos mentais.	1,0	1,0	1,0	0,8	0,906
16	Durante a consulta de Enfermagem à clientela, posso investigar questões ligadas à saúde mental, incluindo histórico de violência familiar, comportamento suicida ou auto-destrutivo, uso de substâncias, traumas, comportamento sexual, social e histórico do desenvolvimento do indivíduo.	1,0	1,0	1,0	1,0	0,907
17	Utilizo durante a consulta de Enfermagem diferentes estratégias para coleta de informações em relação à saúde mental tais como: uso de escalas de avaliação com crianças e adolescentes, genogramas, ecogramas e visitas domiciliares.	0,6	0,8	0,8	1,0	
18	Aplico protocolos e guias de cuidado para indivíduos e familiares para promover saúde mental e prevenir ou reduzir o risco para transtornos mentais.	0,6	0,6	0,8	1,0	
19	Identifico durante consulta e visita domiciliar as características do núcleo familiar dos usuários, observando o impacto de doenças agudas ou crônicas, distúrbios psiquiátricos e estressores sobre o sistema familiar.	1,0	1,0	1,0	1,0	0,909
20	Como enfermeiro(a), demonstro habilidades durante as conversas com os usuários do serviço que facilitam o desenvolvimento de uma relação terapêutica.	0,8	1,0	0,8	1,0	0,909
21	Reconheço e interpreto comunicações implícitas de usuários pela escuta de pistas verbais ou observação de comportamentos não verbais.	0,6	1,0	0,8	0,6	
22	Aplico estratégias de comunicação terapêutica com usuários e famílias, baseada em conhecimentos para reduzir o estresse emocional, facilitar a cognição e transformação de comportamentos, e permitir o crescimento pessoal.	1,0	1,0	1,0	0,8	0,908
23	Enquanto enfermeiro(a), monitoro minha reação emocional e respostas comportamentais frente aos usuários e uso a auto-conhecimento para alcançar o relacionamento terapêutico.	0,6	0,6	0,6	0,6	

24	Executo as fases do relacionamento terapêutico usuário-enfermeiro, com a utilização de estratégias para gerar confiança mútua, manutenção e conclusão do relacionamento terapêutico.	0,8	0,8	0,8	1,0	0,906
25	Enquanto enfermeiro(a), utilizo o relacionamento terapêutico para promover resultados clínicos positivos.	0,6	0,4	0,4	0,6	
26	Mantenho os limites profissionais para preservar a integridade do processo terapêutico.	1,0	1,0	1,0	0,8	0,909
27	Identifico com a equipe de saúde alguns fatores que interferem na saúde mental dos indivíduos, tais como genéticos, familiares, ambientais, culturais, crenças e práticas espirituais, étnicos, socioeconômicos, uso de substâncias lícitas e ilícitas, dentre outros.	0,6	1,0	0,8	0,8	
28	Consigo avaliar as relações entre indivíduo, família, comunidade, sistemas sociais e bem-estar do estado mental.	0,4	0,8	0,4	1,0	
29	Posso, junto com a equipe de saúde, reconhecer as necessidades em saúde mental da comunidade.	0,8	1,0	1,0	0,8	0,906
30	Como enfermeiro(a), analiso o impacto de estressores da vida e crises situacionais dentro do contexto familiar.	0,8	0,8	0,8	1,0	0,906
31	Como enfermeiro(a), avalio, dentre os usuários com transtornos psiquiátricos, o risco potencial de danos para si e outros, como negligência, abuso, suicídio, homicídio e outros comportamentos de injúria, e aciono os serviços da rede de cuidado social e em saúde para assistir estes usuários e familiares na promoção de um ambiente seguro.	0,6	1,0	0,6	1,0	
32	Sou capaz de diferenciar, entre os usuários, a presença de exacerbação e recorrência de transtornos psiquiátricos crônicos, dos sinais e sintomas de problemas em saúde mental ou de um novo caso de transtorno mental.	0,6	0,6	0,6	0,6	
33	Realizo interconsulta junto à equipe de apoio matricial (NASF e/ou CAPS) para tomada de decisões de ações de cuidados ao usuário em saúde mental.	1,0	1,0	1,0	1,0	0,907
34	Desenvolvo um plano de cuidados aos usuários com transtornos psiquiátricos do território da unidade básica de saúde.	1,0	1,0	1,0	1,0	0,906
35	Planejo o cuidado para prevenir complicações e promover a qualidade de vida pelo uso de outras modalidades de tratamento que não somente a psicofarmacológica.	0,8	1,0	0,8	0,8	0,904
36	Respeito e integro as influências culturais, étnicas e espirituais no plano de cuidados de usuários, e familiares com problemas de saúde mental e transtornos psiquiátricos.	0,8	1,0	1,0	1,0	0,907
37	Promovo ações de lazer, integração e integração entre grupos em situação de vulnerabilidade como crianças, idosos, pessoas com deficiência física, dentre outros.	1,0	1,0	0,8	1,0	0,909
38	Conheço a rede de atenção psicossocial, bem como os procedimentos necessários para viabilizar maior assistência aos usuários, articulando ações de integração nos diferentes níveis de atenção.	0,8	1,0	1,0	0,6	
39	Oriento e encaminho os indivíduos, grupos e famílias para participação de psicoterapia e terapias complementares, e alternativas em serviços da rede de saúde ou dentro da comunidade.	1,0	1,0	0,8	1,0	0,908
40	Em situação de emergência psiquiátrica no território, tais como comportamento agressivo, verbosidade, agitação psicomotora, extremos de humor (depressão ou mania), avalio a causa junto à	0,8	0,8	0,8	0,8	0,909

	família e aciono a rede de cuidados secundários para o cuidado emergencial efetivo, se necessário.					
41	Acompanho e monitoro casos de crise psiquiátrica e/ou tratamento dentro de um <i>continuum</i> de cuidados dos usuários integrado à rede de atenção à saúde mental.	1,0	1,0	1,0	0,8	0,906
42	Avalio o impacto do plano de cuidados na identidade cultural, étnica e espiritual dos usuários, e famílias com problemas em saúde mental ou transtornos psiquiátricos.	0,8	1,0	1,0	0,8	0,904
43	Participo de programas de promoção da saúde mental, prevenção ou redução de risco para transtornos mentais promovidos no território, como tardes de lazer, grupos de autoajuda, atividades socioeducativas em escolas e ONG's, dentre outras.	1,0	1,0	1,0	0,8	0,905
44	Defendo os direitos dos usuários e familiares para acesso à rede de atenção social e de saúde, consultas especializadas, medicações e recursos terapêuticos necessários.	1,0	1,0	1,0	1,0	0,909
45	Encaminho, quando necessário, usuários e família para outros profissionais e serviços comunitários como CAPS, CREAS, CRAS, associações de bairro, ONG's.	1,0	0,8	0,8	1,0	0,909
46	Coordeno a orientação e o encaminhamento de acesso para outros serviços de cuidado em saúde para usuários e familiares.	0,6	0,6	0,6	0,6	
47	Esclareço aos usuários e familiares sobre os potenciais efeitos das opções de tratamento, sejam eles psicofarmacológicos ou não psicofarmacológicos.	1,0	0,8	1,0	1,0	0,905
48	Proporciono práticas de educação em saúde para indivíduos, familiares e grupos no território para promover conhecimento, compreensão e manuseio efetivo dos problemas em saúde mental e transtornos psiquiátricos.	1,0	1,0	1,0	1,0	0,904
49	Demonstro junto aos usuários, família e comunidade sensibilidade para dialogar sobre temas referentes à sexualidade, abuso de substâncias, violência e comportamentos de risco.	0,6	1,0	0,6	0,6	
50*	Promovo capacitação para usuários e famílias com problemas de saúde mental ou transtornos mentais para prover auto-cuidado e comportamentos saudáveis.	1,0	0,8	1,0	1,0	
51	Atuo junto à equipe de saúde em ações de atenção, prevenção e promoção de cuidados em saúde mental dirigidas a usuários e famílias.	0,6	0,8	0,8	0,8	
52	Participo de organizações profissionais e comunitárias que influenciam os cuidados dirigidos aos usuários e familiares.	0,8	1,0	0,8	0,8	0,908
53	Colaboro com outros enfermeiros e profissionais em pesquisas na área de saúde mental.	1,0	1,0	1,0	0,8	0,909
54	Defendo a implementação de ações em saúde mental na atenção primária a saúde em fóruns, eventos profissionais e científicos.	1,0	1,0	1,0	0,8	0,91
55	Reconheço a importância da educação permanente referente à prática clínica em saúde mental através da participação de cursos, especializações, capacitações e eventos científicos na área.	0,8	1,0	1,0	0,8	0,909
56	Enquanto enfermeiro(a), utilizo princípios éticos para assegurar a equidade de acesso aos usuários com transtornos psiquiátricos na rede de atenção à saúde.	1,0	1,0	1,0	0,8	0,908
57	Divulgo as políticas públicas de saúde mental no âmbito dos serviços e comunidade para reduzir o impacto do estigma aos usuários e familiares com problemas em saúde mental e transtornos	0,8	1,0	1,0	0,8	0,905

psiquiátricos.

Item validado Item eliminado *Inclusão em outro item
IVC (Índice de Validação do Conteúdo) α (Alfa de Crombach) $p < 0,0001$

O instrumento adquiriu excelente nível de confiabilidade, com o Alfa de Crombach da escala de 0,91. Para que um instrumento seja considerado confiável é necessário um nível mínimo de 0,7 no coeficiente de confiabilidade. À medida que este coeficiente se aproxima de 1, maior a confiabilidade da ferramenta (LOBIONDO; HABER, 2001).

Os juízes apresentaram sugestões distintas e houve discordância em alguns quesitos dos critérios. Após o julgamento, foram realizadas adaptações no enunciado das questões, sendo estabelecida como critério de aceitação a concordância entre os especialistas igual ou superior a 80% para cada item. Os itens que não atingiram a concordância esperada foram descartados do instrumento piloto. No conteúdo, o IVC do instrumento como um todo foi de 0,87, indicando adequada validade.

A aceitação dos itens do instrumento pelos especialistas atingiu o percentual máximo (100%) em seis itens (Q16, Q19, Q33, Q34, Q44, Q48), conforme aponta a Tabela 2.

Os juízes fizeram recomendações direcionadas a itens que obtiveram concordância entre 80 e 100%. Estas contemplaram 11 itens (Q16, Q19, Q22, Q29, Q33, Q35, Q36, Q37, Q40, Q48, Q52), os quais demandaram reajustes.

No item Q16, foi retirada a expressão “à clientela” e “histórico de” por os especialistas considerarem que as expressões não representavam esclarecimento dentro do item.

No item Q19, houve a inserção da vírgula logo após o primeiro verbo e da expressão visita domiciliária. Ainda foi substituída a conjunção “e” por “ou” por os especialistas considerarem a necessidade de esclarecimento que a consulta e a visita domiciliária como ações distintas na prática do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.

Houve uma modificação no item Q22, com a eliminação do termo “baseada em conhecimentos” por os especialistas considerarem redundante essa informação.

No item Q29, houve a mudança da localização do verbo “reconhecer” logo imediatamente ao verbo “posso”, exigindo a inserção de vírgula entre a expressão “junto com a equipe de saúde”.

No item Q33, foi retirada a expressão “tomada de decisões de” e substituição pelo verbo “decidir” seguida da expressão “quanto às”.

O item Q35 foi modificado com a remoção da expressão “pelo uso de outras modalidades de tratamento que não somente a psicofarmacológica” e respectiva substituição pela seguinte: “utilizando outros instrumentos de cuidado e tratamento além do psicofarmacológico”.

No item Q36, houve a inclusão do pronome “seus” antes da palavra “familiares”. No item Q37, houve a retirada da palavra “integração” que estava repetida. O item Q38 foi excluído pelos especialistas.

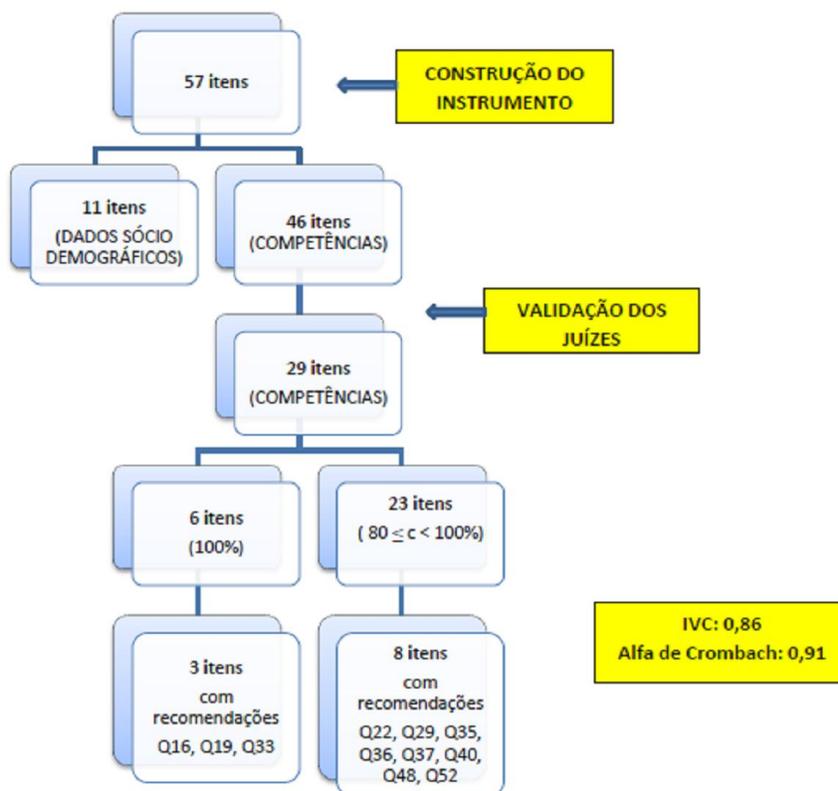
Os especialistas indicaram semelhanças no conteúdo dos itens Q48 e Q50 e sugeriram que eles fossem agrupados numa só sentença. Assim, no item Q48 houve a inclusão da expressão “incluindo o auto cuidado e comportamento saudável” e a respectiva exclusão do item 50.

O item Q52 foi modificado pelos especialistas com a retirada da expressão “influenciam os cuidados” e a respectiva substituição pela expressão “que promovem ações de saúde mental”.

As questões de número Q12, Q13, Q14, Q17, Q18, Q21, Q23, Q25, Q27, Q28, Q31, Q32, Q38, Q46, Q49 e Q51 não atenderam ao critério estabelecido e foram retiradas do instrumento.

Ao término do processo de validação, o instrumento ficou constituído de 29 itens, conforme seguiram as etapas apontadas na Figura 5.

Figura 5- Etapas do processo de validação de conteúdo das propriedades psicométricas e Alfa de Crombach dos itens da Escala. Fortaleza, 2013



As modificações realizadas nos itens tiveram como principal objetivo contribuir no aspecto semântico do instrumento no que se refere à clareza e coerência, contribuindo para melhor compreensão dos itens por parte dos enfermeiros das unidades básicas de saúde. Para Galdeano *et al* (2011), a validação semântica possibilita o aumento da compreensibilidade dos itens do instrumento pelos entrevistados através da identificação das necessidades de alterações e da verificação da compreensão dos itens.

Nas alterações, foram considerados os aspectos do cotidiano das práticas do enfermeiro no cenário da Atenção Primária à Saúde, incluindo as dimensões da territorialidade, do trabalho em equipe, das tecnologias leves de cuidado, das redes de atenção em saúde, questões que integram e influenciam a atenção oferecida pelo profissional enfermeiro, e que poderia interferir sobre o nível de compreensão dos itens. Ainda, foram contemplados os aspectos dos determinantes sociais presentes na comunidade e que se relacionam à saúde mental, quais sejam, educação, lazer, renda, moradia, trabalho, dentre outros.

Dimenstein, Lima e Macedo (2013) apontam que o amplo conhecimento da cultura, dos determinantes sociais, das necessidades da população, o incentivo à participação do usuário, o trabalho em equipe, o desenvolvimento de ações para reabilitação e a flexibilidade na oferta de serviços são alguns dos desafios enfrentados pela equipe da ESF e que precisam ser colocados em pauta para que os profissionais passem a ser sensibilizados quanto ao papel de corresponsabilidade na atenção em saúde mental no espaço da Atenção Primária à Saúde.

Além da sensibilização dos profissionais atuantes neste nível da atenção, faz-se necessária a incorporação de conteúdos nos currículos de formação profissional referentes aos conhecimentos e habilidades em saúde mental a serem desenvolvidos por enfermeiros no cenário da ESF (SIQUEIRA JÚNIOR; OTANI, 2011). Com isso, os futuros profissionais estariam se instrumentalizando para o desenvolvimento de práticas na comunidade condizentes com os novos direcionamentos da Política Nacional de Saúde Mental a partir do referencial de competências.

Após o processo de validação, o instrumento foi reduzido para 42 questões, com a seguinte distribuição: 13 questões na primeira parte, referentes aos dados sociodemográficos e de formação acadêmica; e 29 questões na segunda parte, voltadas para a averiguação das competências do enfermeiro para a atuação em saúde mental (APÊNDICE C). No instrumento, os itens validados foram renumerados seguindo a sequência das questões referentes aos dados sociodemográficos e de formação dos enfermeiros.

Considerando os domínios das competências elencadas no documento do *National Panel For Psychiatric Mental Health NP Competencies*, os especialistas relacionaram os itens dentro das sete competências descritas, com maior ênfase nas habilidades de gerenciamento do status saúde/doença do paciente e do papel profissional da Enfermagem, conforme exhibe o Quadro 3.

Quadro 3 - Domínios de Competências validadas pelos juízes na “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”. Fortaleza, 2013

COMPETÊNCIAS	ITENS
Gerenciamento do status saúde/doença do paciente	14, 15, 16, 21, 22, 24
Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente	17, 18, 19, 20
Função de ensino-orientação	28, 35, 36
Papel do profissional de enfermagem	23, 25, 34, 37, 38, 39, 40, 42
Gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde	29, 33
Monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde	30, 41
Competência cultural	26, 27, 31, 32

As competências de gerenciamento do status de saúde/ doença incorporam habilidades fundamentais no processo de assistência em saúde mental, incluindo ações que vão desde a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. Ainda, a competência relacionada ao papel profissional do enfermeiro o habilita enquanto integrante da equipe de saúde a organizar seu processo de trabalho no âmbito assistencial, gerencial, de ensino, de pesquisa e político, a propiciar a oferta de cuidados de modo a garantir ao usuário o *continuum* da assistência dentro da rede de atenção. Para isso, deverá articular os diferentes recursos presentes na comunidade e fora dela, integrando ações que potencializem a ampliação da clínica no espaço comunitário, a corresponsabilização, a autonomia e o vínculo (PENIDO, 2013).

Todas as competências validadas nos itens possuem importância essencial na execução da prática do enfermeiro no cenário da Atenção Primária à Saúde na medida em que possuem interligação e complementam-se para garantia da qualidade de cuidado ao usuário do serviço, à família e à comunidade. O alcance desta proposta se mostra prioritário quando se considera o potencial de atendimento oportunizado no campo da atenção básica, que inclui o uso de tecnologias leves de cuidado, a corresponsabilidade pelos atores sociais envolvidos e o *continuum* do cuidado no ambiente em que ocorrem as trocas sociais dos indivíduos.

O conhecimento do predomínio das competências no campo do gerenciamento do status da saúde / doença e do papel profissional do enfermeiro na atuação em saúde na Atenção Primária à Saúde pode nortear as discussões nos processos de educação permanente

para este profissional, representando ganhos sensíveis nas práticas do enfermeiro no cenário comunitário.

A integração destas competências orienta para a construção de uma prática que prioriza o alcance do cuidado integral, incorporando a saúde mental como aspecto primordial da atenção em saúde.

5.1.3 Realização do Teste Piloto

Ao término, 15 enfermeiros participaram do teste piloto entre os respondentes no formato impresso e eletrônico. O tempo médio de preenchimento entre os respondentes do formato impresso foi de 15 minutos. Para os que participaram do teste piloto no formato eletrônico, o tempo médio foi de 11,6 minutos.

A maioria dos enfermeiros acharam os itens do instrumento pertinentes à prática e claros. Dentre as dificuldades apontadas, estava a afirmação que a prática em saúde mental ainda não integrava o rol de situações desenvolvidas no espaço da ESF, o que colocava o profissional numa situação de ansiedade frente ao instrumento.

Ainda que haja a orientação pelas Políticas Nacionais de Saúde para inserção das ações em saúde mental na ESF, a realidade aponta a fragilidade das relações entre os serviços da rede de atenção em saúde. Dados de pesquisa num município no interior da Paraíba exemplificam a realidade de superlotação dos serviços do CAPS. No serviço em estudo, foi contabilizado o atendimento de 400 usuários por mês, sendo 300 destes atendidos em procedimentos ambulatoriais que poderiam ser executados na ESF (OLIVEIRA *et al*, 2011). Com isso, vê-se o predomínio dos encaminhamentos dos casos de saúde mental em detrimento ao acolhimento nos serviços da atenção básica, contribuindo para a manutenção do olhar especializado da assistência.

Para isso, deve-se investir no fortalecimento do processo de trabalho das equipes, incluindo a saúde mental como uma das dimensões do cuidado, priorizando ações para a educação permanente, inclusão de indicadores em saúde mental, articulação com o território e integração com outros serviços da rede (MINOZZO; COSTA, 2013).

Dentre as sugestões, foram elencadas a necessidade de capacitação neste âmbito de prática, como também a necessidade da permanência da pesquisadora durante o preenchimento do instrumento, devido ao pouco manejo dos enfermeiros com o instrumento na forma de escala, como também na plataforma do *Google Drive*.

Durante os contatos, foi observado que o cotidiano de trabalho do enfermeiro na ESF é marcado predominantemente por atribuições no âmbito da gestão da unidade e dos processos de trabalho da equipe ocorridas dentro e fora do território de adstrição da unidade básica de saúde. Ainda, os enfermeiros, principalmente os inseridos na zona rural, possuem limitações quanto ao acesso a ferramentas de comunicação que incluem a rede de telecomunicação e de internet, o que restringiu o potencial de utilização de ferramentas como o *Google Drive* e do contato telefônico.

Considerando os avanços nacionais e internacionais na educação à distância, materializados no SUS através dos altos investimentos em Programas Telessaúde Brasil Redes, a tele-educação e a teleassistência constituem-se importantes estratégias para qualificação profissional e respectiva melhoria da assistência (NOVAES *et al*, 2012). No entanto, aspectos como os encontrados no estudo colocam-se como empecilhos frente às possibilidades de educação permanente em serviço da ESF, interferindo no conhecimento e habilidade do profissional.

A partir das considerações dos enfermeiros e das observações da pesquisadora, dadas pela inserção no campo de pesquisa, deu-se o planejamento e a respectiva inserção no cenário da pesquisa.

5.2 Resultados relacionados à Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

5.2.1 Características dos Enfermeiros das Unidades da ESF das 20^a e 21^a CRES

A Tabela 3 descreve as características sociodemográficas e de formação acadêmica dos enfermeiros das unidades básicas de saúde pertencentes aos municípios da 20^a e 21^a CRES.

Tabela 3- Características sociodemográficas e de formação acadêmica dos enfermeiros das unidades da ESF das 20^a e 21^a CRES. Região do Cariri - CE, Set – Out/ 2013

Variáveis (n=8)	Nº	%	Média ± DP
Sexo			
Feminino	130	87,2	
Masculino	19	12,8	
Faixa Etária			
22 – 29	49	32,9	33,17 ± 7,41
30 – 39	77	51,7	
40 – 65	23	15,4	
Estado Civil			
Solteiro	51	34,2	
Casado(a)/ União Consensual	89	59,7	
Divorciado(a)/ Separado(a)	08	5,4	
Viúvo(a)	01	0,7	
Tempo de Formado (ano)			
≤ 4	42	28,2	8,68 ± 6,35
4,1 – 10	69	46,3	
10,1 – 17	38	25,5	
Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>			
Sim	131	87,9	
Não	18	12,1	
Áreas Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>			
Saúde da Família	80	43,5	
Enfermagem Clínica	03	1,6	
Saúde Coletiva/ Saúde Pública	34	18,5	
Enfermagem do Trabalho	09	4,8	
Saúde Mental	01	0,5	
Gestão em Serviços de Saúde	10	5,4	
Outros	47	25,7	
Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i>			
Sim	3	2	
Não	146	98	
Áreas Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i>			
Enfermagem	2		
Saúde Coletiva/ Saúde Pública	1		
Tempo de Atuação na APS (ano)			
≤ 4	53	35,6	6,76 ± 4,75
4,1 – 10	63	42,3	
10,1 – 17	33	22,1	

Continuação da Tabela 3

Município de Atuação		
Assaré	08	5,4
Barbalha	18	12,1
Caririáçu	08	5,4
Crato	15	10,1
Farias Brito	08	5,4
Granjeiro	01	0,7
Jardim	10	6,7
Juazeiro do Norte	63	42,3
Missão Velha	12	8,1
Nova Olinda	06	4
Zona de Localização da ESF		
Urbana	98	65,8
Rural	51	34,2
Tipo de Vínculo		
Concurso Público Municipal	90	60,4
Contrato Temporário	59	39,6

Na amostra, percebe-se o predomínio do sexo feminino, com 87,2% dentre os enfermeiros inseridos na Atenção Primária. A faixa etária variou de 22 a 65 anos, com média de $33,17 \pm 7,41$ anos. Um número maior de profissionais esteve na faixa etária compreendida entre 22 e 39 anos, em 84,6%. Os demais estiveram inseridos na faixa etária entre 40 e 65 anos, evidenciando um grupo com maturidade.

O estado civil, em sua maioria, foi o casado e/ou união consensual com 59,7%, seguido pelo solteiro em 34,2% e divorciado(a) / separado(a) em 5,4%.

O tempo de formação variou de 5 meses a 17 anos, havendo o predomínio de enfermeiros formados dentro do intervalo de 4,1 a 10 anos de formado (46,3%), com média de $8,68 \pm 6,35$ anos. Dentre o grupo de enfermeiros, nota-se um número considerável de profissionais com tempo de formação maior que quatro anos, o que pode representar maior experiência profissional a partir das oportunidades para aquisição de conhecimentos através de cursos de aperfeiçoamento e especialização, como também a vivência dada nas diferentes situações nos cenários do exercício profissional. Tais elementos, atrelados a atitude profissional, são essenciais para uma prática baseada em competências.

Em relação à formação acadêmica dos enfermeiros, o tipo de formação predominante entre os enfermeiros é a pós-graduação *Lato Sensu* (87,8%) em detrimento à pós-graduação *Stricto sensu*, que possui limitada adesão dentre os enfermeiros (2%).

Com enfoque nas áreas dos cursos de pós-graduação *Lato Sensu*, observa-se a preponderância de especialidades no campo da Saúde Coletiva/ Saúde Pública e Saúde da Família (62%). Outras especialidades foram citadas, que incluem a área de Gestão de

Serviços, Urgência e Emergência, Enfermagem do Trabalho, Terapia Intensiva, Docência no Ensino Superior, Enfermagem em Clínica Médica, Enfermagem Obstétrica e em áreas clínicas de atuação do enfermeiro. Ressalta-se que apenas um enfermeiro apresentou especialização no campo da saúde mental, o que pode demonstrar a ausência ou pouca oferta desse tipo de qualificação, como também a pouca identificação dos profissionais com a área.

Quanto ao tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde, o tempo mínimo foi de um mês e máximo de 17 anos, com média de $6,76 \pm 4,75$ anos. O intervalo de tempo predominante esteve compreendido entre 4,1 e 10 anos (42,3%), seguido pelo período inferior ou igual a quatro anos, com 35,6%. Na amostra, houve uma dicotomia entre os perfis: aqueles que acabaram de ingressar, com menor tempo de serviço; e aqueles que possuem estabilidade, com maior tempo. Estas questões estão diretamente relacionadas ao tipo de vínculo existente nos municípios.

No estudo, o vínculo predominante foi através de concurso público municipal (60,4%), em detrimento do contrato temporário (39,6%). Atualmente, a regularização dos vínculos trabalhistas municipais através de concurso público têm sido uma prerrogativa dada pelo Ministério Público. Com isso, o profissional possui maior estabilidade, representando ganhos profissionais e pessoais.

Considerando a localização dos municípios a que os enfermeiros estavam vinculados, houve o predomínio dos municípios da 21ª CRES, por agrupar um maior número de unidades de saúde, como também por todos os municípios que a compõem terem participação no estudo. Nesta regional, o tipo de vínculo que predominou foi o concurso municipal público.

A zona de localização da unidade da ESF da maioria dos enfermeiros foi a urbana, com 65,8%. Vale salientar que, em alguns municípios, apesar de ser denominada como unidade situada na zona urbana, a equipe assume a responsabilidade por áreas rurais, a fim de estender a cobertura à determinada área. Com isso, a unidade assume um caráter misto, apontado pelos profissionais em alguns casos como área periurbana.

5.2.2 Mensuração das médias e desvios padrão da Escala sobre Competências de Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária

A Tabela 4 apresenta a distribuição das médias e desvios padrão da escala total e dos itens da Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde dentre os enfermeiros das 20ª e 21ª CRES.

Tabela 4 - Distribuição do número de enfermeiros, segundo a escala sobre competências. Região do Cariri, Set – Out/ 2013

(N = 149)	Nunca/ Quase Nunca		Às Vezes		Quase Sempre/ Sempre		Média ± DP
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escala Total	15	10,1	63	42,3	71	47,6	3,4 ± 0,8
1. Gerenciamento do status saúde/doença do paciente	24	16,1	66	44,3	59	39,6	3,2 ± 0,8
Q14	75	50,3	49	32,9	25	16,8	2,5 ± 1,2
Q15	19	12,7	62	41,6	44	45,7	3,5 ± 1,0
Q16	08	5,4	48	32,2	93	62,4	3,8 ± 0,9
Q21	08	5,4	39	26,2	102	68,4	3,9 ± 0,9
Q22	12	8,0	48	32,2	89	59,8	3,7 ± 0,9
Q24	97	65,1	36	24,2	16	10,7	2,1 ± 1,0
2. Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente	18	12,1	54	36,2	77	51,7	3,4 ± 0,8
Q17	11	7,4	31	20,8	107	71,8	3,9 ± 1,0
Q18	33	22,1	38	25,5	78	52,4	3,4 ± 1,1
Q19	27	18,1	28	18,8	94	63,1	3,7 ± 1,1
Q20	08	5,4	21	14,1	120	80,5	4,3 ± 0,9
3. Função de ensino-orientação	23	15,4	62	41,6	64	43,0	3,4 ± 1,0
Q28	32	21,5	41	27,5	76	51,0	3,4 ± 1,2
Q35	17	11,4	23	15,4	109	73,2	4,0 ± 1,0
Q36	73	49,0	37	24,8	39	26,2	2,7 ± 1,2
4. Papel do profissional de enfermagem	25	16,8	61	40,9	63	42,3	3,3 ± 0,9
Q23	57	38,2	35	23,5	57	38,3	3,0 ± 1,3
Q25	71	47,6	42	28,2	36	24,2	2,7 ± 1,2
Q34	06	4,0	13	8,7	130	87,3	4,5 ± 0,9
Q37	106	71,1	32	21,5	11	7,4	1,9 ± 1,0
Q38	52	34,9	22	14,8	75	50,3	3,2 ± 1,6
Q39	47	31,5	20	13,4	82	55,1	3,4 ± 1,6
Q40	16	10,7	14	9,4	119	79,9	4,3 ± 1,1
Q42	37	24,8	47	31,5	65	43,7	3,3 ± 1,2

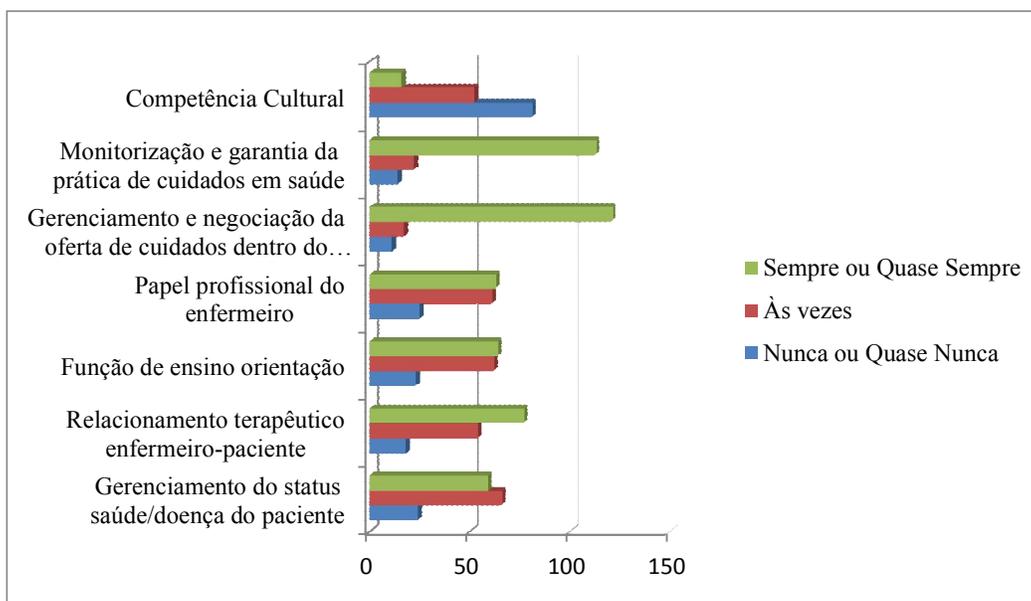
Continuação da Tabela 4

5. Gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde	11	7,4	17	11,4	121	81,2	4,2 ± 0,9
Q29	25	16,8	23	15,4	101	67,8	3,9 ± 1,2
Q33	08	5,4	21	14,1	120	80,5	4,3 ± 0,9
6. Monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde	14	9,4	22	14,8	113	75,8	3,8 ± 0,9
Q30	61	40,9	46	30,9	42	28,2	2,8 ± 1,1
Q41	05	3,3	07	4,7	137	92,0	4,6 ± 0,8
7. Competência cultural	81	54,4	52	34,9	16	10,7	2,4 ± 0,8
Q26	21	14,1	19	12,8	109	73,1	4,0 ± 1,2
Q27	74	49,7	42	28,2	33	22,1	2,5 ± 1,2
Q31	60	40,3	49	32,9	40	26,8	2,8 ± 1,1
Q32	102	68,5	32	21,5	15	10,0	2,0 ± 1,1

Considerando a escala total, observa-se a frequência das respostas nas assertivas “às vezes” (42,3%) e “quase sempre/sempre” (47,6%) somando 134 respostas dos enfermeiros. A escala total obteve média de pontuação de $3,4 \pm 0,8$, evidenciando que os enfermeiros graduam suas atividades relativas às competências em saúde mental na Atenção Primária à Saúde dentro de um nível mediano (“às vezes”). Nisso, reconhecem a possibilidade de exercício dessas habilidades no cenário da Atenção Primária à Saúde, apesar de não incorporá-las sempre dentro da prática cotidiana.

Considerando individualmente os domínios de competências e os itens relacionados, percebe-se uma variação na apresentação dos níveis de concordância dentre os itens em cada competência. No entanto, nas competências dos domínios do gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde, da monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde, e do relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente (respectivamente, 81,2%, 75,8% e 51,7%) houve maior concordância (“quase sempre/sempre”), conforme apresenta a Figura 6.

Figura 6 - Distribuição do número de enfermeiros, segundo domínios de competências. Região do Cariri, Set - Out/2013



A competência com menor grau de concordância entre os enfermeiros (“nunca/quase nunca”) foi o domínio da competência cultural (54,4%). O gerenciamento do status saúde/doença do paciente apresentou concordância mediana (“às vezes”) dentre os enfermeiros (44,3%), enquanto que as competências da função ensino-orientação e do papel do profissional de enfermagem evidenciaram níveis de concordância equilibrados entre “às vezes” e “quase sempre/sempre”.

Considerando o domínio de competência do gerenciamento do status da doença/ saúde mental do paciente, observa-se que 102 enfermeiros quase sempre ou sempre reconhecem junto da equipe as necessidades de saúde mental na comunidade (68,4%) e 93 enfermeiros quase sempre ou sempre identificam durante as consultas ou visitas domiciliárias as características do núcleo familiar, observando o impacto de doenças agudas e crônicas, de transtornos psiquiátricos e de estressores sobre o sistema familiar (62,4%). Nessa orientação, 89 analisam o impacto dos estressores da vida e as crises situacionais dentro do contexto familiar (59,8%).

Contudo, neste mesmo domínio de competência, 97 enfermeiros indicaram que nunca ou quase nunca desenvolvem um plano de cuidados dirigidos aos usuários do território com demanda em saúde mental (65,1%). Ainda, 75 enfermeiros apontaram nunca ou quase nunca conhecer protocolos e guias de cuidado para promover saúde mental, prevenir ou reduzir o risco para agravos em saúde mental (50,3%).

Voltados ao domínio de competência do relacionamento terapêutico, 120 enfermeiros quase sempre ou sempre mantêm os limites profissionais adequados para preservar a integridade do processo terapêutico (80,5%) e 107 enfermeiros quase sempre ou sempre referiram possuir habilidades durante as conversas com os usuários que facilitam o desenvolvimento da relação terapêutica usuário-enfermeiro (71,8%).

Ainda, 94 profissionais quase sempre ou sempre utilizam as fases do relacionamento terapêutico para gerar confiança mútua, manutenção e conclusão da relação (63,1%), e 78 referiram, nesta mesma frequência, que aplicam estratégias de comunicação terapêutica com o usuário e familiares, a fim de reduzir o estresse emocional, facilitar a cognição e permitir o crescimento pessoal (52,4%).

Concernente ao domínio de competência do papel de ensino-orientação dentre os profissionais, 109 enfermeiros quase sempre ou sempre referem esclarecer aos usuários e familiares quanto aos potenciais efeitos das opções de tratamento, sejam psicofarmacológicos ou não (73,2%); e 76 quase sempre ou sempre orientam e encaminham os indivíduos e grupos de familiares para participação de psicoterapias e terapias complementares, e alternativas em serviços da rede de atenção em saúde ou dentro da comunidade (51%).

Entanto, neste mesmo domínio, 73 enfermeiros indicaram nunca ou quase nunca proporcionar práticas de educação em saúde voltadas para indivíduos, famílias ou grupos, a fim de promover o conhecimento, a compreensão e o manuseio efetivo dos problemas em saúde mental e tratamento, incluindo o auto cuidado e a adoção de comportamentos saudáveis (49%).

Relacionado ao domínio da competência do papel profissional, 130 enfermeiros indicam quase sempre ou sempre encaminhar os usuários para outros profissionais e serviços, como os CAPS, Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), ONG's, dentre outros (87,3%). Apreende-se, dentre os enfermeiros, maiores habilidades voltadas à atenção de cunho biologicista e baseadas no encaminhamento aos outros serviços de saúde.

Ainda, na frequência de sempre ou quase sempre, 119 profissionais indicam o reconhecimento da importância da educação permanente voltada à prática clínica em saúde mental através da participação de cursos de especialização, aperfeiçoamento, capacitações e eventos científicos (79,9%). Nesta mesma frequência, 82 enfermeiros defendem a implementação de ações em saúde mental na atenção básica em fóruns, eventos profissionais e científicos (55,1%), 75 colaboram com outros enfermeiros e profissionais no âmbito de pesquisas na área de saúde mental (50,3%), e 65 divulgam políticas públicas de saúde mental

no serviço e comunidade para reduzir o impacto do estigma aos usuários e familiares com demandas em saúde mental (43,7%).

No mesmo domínio, 106 enfermeiros indicaram que nunca ou quase nunca participaram de organizações profissionais ou comunitárias que promovem ações de saúde mental para usuários e familiares (71,1%) e 71 enfermeiros nunca ou quase nunca planejam o cuidado para prevenir complicações e promover qualidade de vida, usando outros instrumentos de cuidado além do psicofarmacológico (47,6%).

Pertinente ao domínio de competência do gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde, 120 enfermeiros enfatizaram que quase sempre ou sempre defendem os interesses dos usuários e familiares no acesso à rede de atenção, incluindo as consultas especializadas, medicações e demais recursos terapêuticos (80,5%); e 101 avaliam diante de situação de emergência psiquiátrica no território a causa junto à família e acionam a rede de cuidados secundários para o cuidado emergencial efetivo (67,8%).

No domínio de competência de monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde, 137 enfermeiros quase sempre ou sempre adotam princípios éticos para assegurar a equidade de acesso aos usuários com transtorno mental na rede de atenção à saúde (92%). Já 61 profissionais nunca ou quase nunca acompanham e monitoram casos de crise psiquiátrica e/ou tratamento dentro do *continuum* de cuidados dos usuários integrado à rede de atenção em saúde mental (40,9%).

Quando considerada a competência cultural, houve restrição na realização das habilidades em nunca ou quase nunca para a participação de programas para promoção da saúde mental, prevenção e redução de agravos promovidos no território, como tardes de lazer, atividades grupais de autoajuda e de psicoeducação em escolas e Organizações Não Governamentais (ONG's), citadas por 102 enfermeiros (68,5%). Nisso, 74 profissionais referiram que realizam nunca ou quase nunca ações de lazer e integração entre grupos em situação de vulnerabilidade, como crianças, idosos, pessoas com deficiência, dentre outros (49,7%); e 60 nunca ou quase nunca avaliam o impacto do plano de cuidados na identidade cultural, étnica e espiritual dos usuários com demandas de saúde mental (40,3%).

Contudo, para a competência cultural, 109 enfermeiros apontam que sempre ou quase sempre respeitam e integram as influências culturais, étnicas e espirituais no plano de cuidados de usuários e familiares com demandas em saúde mental (73,1%).

Dois itens apresentaram peculiaridades quanto ao grau de concordância entre os enfermeiros: o Q15 e o Q23. O item Q15 foi o único que evidenciou concordância num grau mediano em relação às práticas (“às vezes”), ou seja, dos enfermeiros, 62 às vezes investigam

durante a consulta de enfermagem questões ligadas à saúde mental, que incluem violência familiar, comportamento suicida ou auto destrutivo, uso de substâncias, traumas, comportamento sexual e social, dentre outros (41,6%). O item Q23 apresentou o mesmo nível de concordância para o “nunca/ quase nunca” e “quase sempre/sempre”, com 57 enfermeiros em cada uma das frequências, referindo à realização de interconsulta junto à equipe de apoio matricial (NASF e/ou CAPS) para decidir quanto às ações de cuidado ao usuário em saúde mental.

A Tabela 5 aponta os cruzamentos entre os níveis de concordância das competências de atuação do enfermeiro em saúde mental na atenção primária à saúde e a faixa etária apresentada pelos profissionais enfermeiros das unidades básicas de saúde das 20^a e 21^a CRES.

Tabela 5 - Distribuição do número de enfermeiros, segundo a escala sobre competências e a faixa etária. Região do Cariri, Set – Out/ 2013

(N = 149)	22 – 29		30 - 39		40 – 65		P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escala Total							
Nunca/ Quase Nunca	7	14,3	4	5,2	4	17,4	0,109
Às Vezes	18	36,7	39	50,6	6	26,1	
Quase Sempre/ Sempre	24	49,0	34	44,2	13	56,5	
1. Gerenciamento do status saúde/doença do paciente							
Nunca/ Quase Nunca	8	16,3	14	18,1	2	8,7	0,216
Às Vezes	25	51,0	34	44,2	7	30,4	
Quase Sempre/ Sempre	16	32,7	29	37,7	14	60,9	
2. Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente							
Nunca/ Quase Nunca	6	12,2	9	11,7	3	13,0	0,616
Às Vezes	22	44,9	25	32,5	7	30,4	
Quase Sempre/ Sempre	21	42,9	43	55,8	13	56,6	
3. Função de ensino-orientação							
Nunca/ Quase Nunca	6	12,2	9	11,7	8	34,8	0,034
Às Vezes	18	36,8	38	49,3	6	26,1	
Quase Sempre/ Sempre	25	51,0	30	39,0	9	39,1	
4. Papel do profissional de enfermagem							
Nunca/ Quase Nunca	11	22,4	10	13,0	4	17,4	0,303
Às Vezes	19	38,8	36	46,8	6	26,1	
Quase Sempre/ Sempre	19	38,8	31	40,2	13	56,5	
5. Gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde							
Nunca/ Quase Nunca	4	8,2	6	7,8	1	4,3	0,872
Às Vezes	7	14,3	7	9,1	3	13,0	
Quase Sempre/ Sempre	38	77,5	64	83,1	19	82,7	
6. Monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde							
Nunca/ Quase Nunca	5	10,2	6	7,8	3	13,0	0,440
Às Vezes	6	12,2	10	13,0	6	26,1	
Quase Sempre/ Sempre	38	77,6	61	79,2	14	60,9	
7. Competência cultural							
Nunca/ Quase Nunca	23	46,9	46	59,7	12	52,2	0,044
Às Vezes	24	49,0	22	28,6	6	26,1	
Quase Sempre/ Sempre	2	4,1	9	11,7	5	21,7	

p: χ^2

Foi observado que não houve significância estatística entre os cruzamentos da faixa etária com as frequências da escala total ($p = 0,109$) e dos domínios de competência relacionados ao gerenciamento do status de saúde/doença do paciente ($p = 0,216$), do relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente ($p = 0,616$), do papel do profissional de enfermagem ($p = 0,303$), do gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde ($p = 0,872$), e da monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde ($p = 0,440$).

No entanto, houve relação entre a faixa etária e os domínios de competência da função ensino-orientação ($p = 0,034$) e da competência cultural ($p = 0,044$). Entre os enfermeiros, observou-se que até a faixa etária de 30 a 39 anos, as competências tendem a aumentar quanto menor a idade. Considerando a competência cultural, foram evidenciados que quanto menor a faixa etária, menores os níveis relacionados à competência cultural.

A Tabela 6 mostra o cruzamento entre a escala total e os domínios de competências de atuação do enfermeiro em saúde com o tempo de formação desses profissionais.

Tabela 6 - Distribuição do número de enfermeiros, segundo a escala sobre competências e tempo de formação. Região do Cariri, Set – Out/ 2013

(N = 149)	Até 4,0		4,1 – 10,0		10,1 – 41,0		P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escala Total							
Nunca/ Quase Nunca	5	11,9	5	7,2	5	13,2	0,249
Às Vezes	14	33,3	36	52,2	13	34,2	
Quase Sempre/ Sempre	23	54,8	28	40,6	20	52,6	
1. Gerenciamento do status saúde/doença do paciente							
Nunca/ Quase Nunca	7	16,7	12	17,4	5	13,2	0,371
Às Vezes	22	52,3	31	44,9	13	34,2	
Quase Sempre/ Sempre	13	31,0	26	37,7	20	52,6	
2. Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente							
Nunca/ Quase Nunca	5	11,9	8	11,6	5	13,2	0,949
Às Vezes	17	40,5	25	36,2	12	31,6	
Quase Sempre/ Sempre	20	47,6	36	52,2	21	55,2	
3. Função de ensino-orientação							
Nunca/ Quase Nunca	5	11,9	6	8,7	12	31,6	0,002
Às Vezes	13	31,0	38	55,1	11	28,9	
Quase Sempre/ Sempre	24	57,1	25	36,2	15	39,5	
4. Papel do profissional de enfermagem							
Nunca/ Quase Nunca	9	21,4	10	14,5	6	15,8	0,330
Às Vezes	15	35,7	34	49,3	12	31,6	
Quase Sempre/ Sempre	18	42,9	25	36,2	20	52,6	
5. Gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde							
Nunca/ Quase Nunca	3	7,1	6	8,7	2	5,3	0,722
Às Vezes	7	16,7	6	8,7	4	10,5	
Quase Sempre/ Sempre	32	76,2	57	82,6	32	84,2	
6. Monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde							
Nunca/ Quase Nunca	3	7,1	7	10,1	4	10,5	0,044
Às Vezes	6	14,3	5	7,2	11	28,9	
Quase Sempre/ Sempre	33	78,6	57	82,7	23	60,6	
7. Competência cultural							
Nunca/ Quase Nunca	18	42,9	41	59,4	22	57,9	0,198
Às Vezes	21	50,0	20	29,0	11	28,9	
Quase Sempre/ Sempre	3	7,1	8	11,6	5	13,2	

p: χ^2

Foi indicada, pela Tabela 6, a inexistência de significância estatística entre os cruzamentos do tempo de formação dos enfermeiros com as frequências da escala total ($p = 0,249$) e dos domínios de competência relacionados ao gerenciamento do status de saúde/doença do paciente ($p = 0,371$), do relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente ($p = 0,949$), do papel do profissional de enfermagem ($p = 0,330$), do gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde ($p = 0,722$) e da competência cultural ($p = 0,198$).

Entretanto, ficou evidente a relação entre o tempo de formação dos profissionais e os domínios de competência da função ensino-orientação ($p = 0,002$), e da competência de monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde ($p = 0,044$). Para o primeiro domínio, quanto menor o tempo de formação maiores as competências para ensino-orientação. Já relacionado ao domínio de monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde, até os 10 anos de formação, quanto maior o tempo de formação, maiores as competências.

A Tabela 7 mostra o cruzamento entre a escala total e os domínios de competências de atuação do enfermeiro em saúde com o tempo de atuação desses profissionais na atenção básica.

Tabela 7 - Distribuição do número de enfermeiros, segundo a escala sobre competências e tempo de atuação. Região do Cariri, Set – Out/ 2013

(N = 149)	Até 4,0		4,1 – 10,0		10,1 – 17,0		P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escala Total							
Nunca/ Quase Nunca	5	9,4	6	9,5	4	12,1	0,669
Às Vezes	20	37,7	31	49,2	12	36,4	
Quase Sempre/ Sempre	28	52,9	26	41,3	17	51,5	
1. Gerenciamento do status saúde/doença do paciente							
Nunca/ Quase Nunca	9	17,0	11	17,5	4	12,1	0,591
Às Vezes	26	49,0	28	44,4	12	36,4	
Quase Sempre/ Sempre	18	34,0	24	38,1	17	51,5	
2. Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente							
Nunca/ Quase Nunca	6	11,3	7	11,1	5	15,2	0,842
Às Vezes	22	41,5	22	34,9	10	30,3	
Quase Sempre/ Sempre	25	47,2	34	54,0	18	54,5	
3. Função de ensino-orientação							
Nunca/ Quase Nunca	5	9,4	7	11,1	11	33,3	0,006
Às Vezes	20	37,7	33	52,4	9	27,3	
Quase Sempre/ Sempre	28	52,9	23	36,5	13	39,4	
4. Papel do profissional de enfermagem							
Nunca/ Quase Nunca	9	17,0	11	17,5	5	15,2	0,547
Às Vezes	22	41,5	29	46,0	10	30,3	
Quase Sempre/ Sempre	22	41,5	23	36,5	18	54,5	
5. Gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde							
Nunca/ Quase Nunca	4	7,5	6	9,5	1	3,0	0,606
Às Vezes	8	15,1	5	8,0	4	12,1	
Quase Sempre/ Sempre	41	77,4	52	82,5	28	84,9	
6. Monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde							
Nunca/ Quase Nunca	3	5,7	7	11,1	4	12,1	0,090
Às Vezes	8	15,1	5	7,9	9	27,3	
Quase Sempre/ Sempre	42	79,2	51	81,0	20	60,6	
7. Competência cultural							
Nunca/ Quase Nunca	23	43,4	38	60,3	20	60,6	0,100
Às Vezes	26	49,1	18	28,6	8	24,2	
Quase Sempre/ Sempre	4	7,5	7	11,1	5	15,2	

p: χ^2

Na Tabela 7 aponta-se que não houve relação estatisticamente significativa entre os cruzamentos do tempo de atuação dos enfermeiros na atenção básica com as frequências da

escala total ($p = 0,669$) e dos domínios de competência relacionados ao gerenciamento do status de saúde/doença do paciente ($p = 0,591$), do relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente ($p = 0,842$), do papel do profissional de enfermagem ($p = 0,547$), do gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde ($p = 0,606$), da monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde ($p = 0,090$) e da competência cultural ($p = 0,100$). Percebe-se, entretanto, que o domínio de competência da função ensino-orientação possui relação significativa com o tempo de atuação dos enfermeiros na atenção básica (0,006).

O cruzamento entre a escala total e os domínios de competências de atuação do enfermeiro em saúde com a CRES a que o enfermeiro está vinculado é exibido na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição do número de enfermeiros, segundo a escala sobre competências e Coordenação Regional de Saúde (CRES). Região do Cariri, Set – Out/ 2013

(N = 149)	20ª CRES		21ª CRES		p
	Nº	%	Nº	%	
Escala Total					
Nunca/ Quase Nunca	1	2,7	14	12,5	0,107
Às Vezes	20	54,1	43	38,4	
Quase Sempre/ Sempre	16	43,2	55	55,1	
1. Gerenciamento do status saúde/doença do paciente					
Nunca/ Quase Nunca	5	13,5	19	17,0	0,649
Às Vezes	15	40,5	51	45,5	
Quase Sempre/ Sempre	17	46	42	37,5	
2. Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente					
Nunca/ Quase Nunca	4	10,8	14	12,5	0,934
Às Vezes	13	35,1	41	36,6	
Quase Sempre/ Sempre	20	54,1	57	50,9	
3. Função de ensino-orientação					
Nunca/ Quase Nunca	8	21,6	15	13,4	0,377
Às Vezes	16	43,3	46	41,1	
Quase Sempre/ Sempre	13	35,1	51	45,5	
4. Papel do profissional de enfermagem					
Nunca/ Quase Nunca	5	13,5	20	17,9	0,533
Às Vezes	18	48,7	43	38,4	
Quase Sempre/ Sempre	14	37,8	49	43,9	
5. Gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde					
Nunca/ Quase Nunca	3	8,1	8	7,1	0,975
Às Vezes	4	10,8	13	11,6	
Quase Sempre/ Sempre	30	81,1	91	81,3	

Continuação da Tabela 8**6. Monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde**

Nunca/ Quase Nunca	3	8,1	11	9,8	0,395
Às Vezes	8	21,6	14	12,5	
Quase Sempre/ Sempre	26	70,3	87	77,7	

7. Competência cultural

Nunca/ Quase Nunca	23	62,2	58	51,8	0,537
Às Vezes	11	29,7	41	36,6	
Quase Sempre/ Sempre	3	8,1	13	11,6	

p: χ^2

Na Tabela 8, não foi verificada nenhuma associação significativa entre a CRES a que pertence o enfermeiro e a escala total ($p = 0,107$), e os domínios de competência de gerenciamento do status de saúde/doença do paciente ($p = 0,649$), do relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente ($p = 0,934$), da função de ensino-orientação ($p = 0,377$), do papel do profissional de enfermagem ($p = 0,533$), do gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde ($p = 0,975$), da monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde ($p = 0,395$) e da competência cultural ($p = 0,537$).

5.2.3 Correlação das médias e desvios padrão da Escala sobre Competências de Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária com as variáveis sociodemográficas e de formação académica

A partir das respostas da escala e do peso atribuído a cada alternativa, foram considerados o escore mínimo de 29 e máximo de 145. Na Tabela 9 são evidenciadas as correlações entre as médias do escore da escala total e as variáveis sociodemográficas e de formação académica dos enfermeiros, tais como sexo, faixa etária, estado civil, tempo de formado e de atuação na APS, realização de pós-graduação *Lato Sensu*, local em que atua por região e município, e tipo de vínculo.

Tabela 9 - Comparação das médias do escore da escala total, segundo as variáveis sociodemográficas e de formação acadêmica dos enfermeiros das unidades da ESF das 20ª e 21ª CRES. Região do Cariri – CE, Set – Out/ 2013

Variável (N = 149)	Nº	Média ± DP	p
Sexo			0,471 ⁽²⁾
Feminino	130	98,4 ± 16,7	
Masculino	19	95,4 ± 17,3	
Faixa Etária			0,457 ⁽¹⁾
22 – 29	49	96,7 ± 16,6	
30 – 39	77	97,6 ± 15,5	
40 – 65	23	101,9 ± 21,7	
Estado Civil			0,053 ⁽²⁾
Solteiro	51	102,6 ± 14,9	
Casado(a)/ União Consensual	89	95,8 ± 17,2	
Divorciado(a)/ Separado(a)/ Viúvo(a)	09	94 ± 18,9	
Tempo de Formado (ano)			0,865 ⁽¹⁾
≤ 4	42	97,8 ± 16,1	
4,1 – 10	69	97,4 ± 16,3	
10,1 – 17	38	99,2 ± 18,7	
Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>			0,682 ⁽²⁾
Sim	131	97,8 ± 16,8	
Não	18	99,5 ± 17,1	
Tempo de Atuação na APS (ano)			0,736 ⁽¹⁾
≤ 4	53	98,5 ± 16	
4,1 – 10	63	96,8 ± 16,3	
10,1 – 17	33	99,4 ± 19,1	
CRES em que atua			0,884 ⁽²⁾
20ª CRES	37	97,67 ± 16	
21ª CRES	112	98,14 ± 17,1	
Município em que atua			0,072 ⁽²⁾
Assaré	8	95,25 ± 8,1	
Crato	16	106 ± 15,4	
Farias Brito	8	93,12 ± 10,3	
Nova Olinda	6	85,66 ± 21,5	
Barbalha	18	99,5 ± 15,6	
Juazeiro do Norte	63	99,39 ± 17,8	
Missão Velha	12	102,16 ± 15,5	
Jardim	10	87,2 ± 17,6	
Caririaçu	8	92 ± 13,7	
Tipo de Vínculo			0,491 ⁽²⁾
Concurso Público Municipal	90	97,25 ± 16,4	
Contrato Temporário	59	99,20 ± 17,4	

Escore da Escala Total (29 a 145) (1)Teste ANOVA; (2) Teste t de Student

Os resultados da Tabela 9 não apresentam diferenças significativas na correlação entre os escores médios obtidos e as variáveis sociodemográficas e de formação acadêmica. Os escores obtidos pelos enfermeiros na escala independeram do sexo ($p=0,471$), da faixa etária ($p=0,457$), do tempo de formação ($p=0,865$), da realização de Pós-graduação *Lato Sensu* ($p=0,682$), do tempo de atuação na APS ($p=0,736$), local em que atua por região (0,884), local em que atua por município (0,072) e do tipo de vínculo ($p=0,491$), ou seja, não houve

relevância significativa na medida em que as respostas não apresentaram variações, evidenciado pela homogeneidade nos escores entre os enfermeiros.

No estudo, foram evidenciados maiores escores dentre o sexo feminino ($98,4 \pm 16,7$), na faixa etária compreendida entre 45 – 60 anos ($101,9 \pm 21,7$), com tempo de formação maior que 10 anos ($99,4 \pm 19,1$) e tempo de atuação na APS ($99,4 \pm 19,1$). A realização de Pós-graduação *Latu Senso* esteve relacionada a menores escores na escala ($99,5 \pm 17,1$).

Em relação aos locais de atuação, houve diferenças discretas quando consideradas as Regiões de Saúde a que os municípios pertencem. Os municípios de Missão Velha ($102,16 \pm 15,5$) e Crato ($106 \pm 15,4$) obtiveram os maiores escores na escala, enquanto os municípios de Nova Olinda ($85,66 \pm 21,5$) e Jardim ($87,2 \pm 17,6$) obtiveram os menores escores.

O estado civil foi a única variável sociodemográfica que apresentou associação significativa ($p=0,053$). Dentre eles, tem-se a relação de maiores escores relacionados à competência entre os indivíduos com estado civil solteiro(a) ($102,6 \pm 14,9$), se comparado com o casado(a)/ união estável ($95,8 \pm 17,2$) e o divorciado(a)/ separado(a)/ viúvo(a) ($94 \pm 18,9$). No campo da saúde mental, a literatura não traz evidências relacionadas ao estado civil do indivíduo com a competência profissional desenvolvida.

As diferenças nas variáveis sociodemográficas e de formação acadêmica dentre os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, a exceção do estado civil, não possuem influência significativamente relevante sobre as competências referentes à atuação em saúde mental.

6 DISCUSSÃO

6.1 Características Sócio Demográficas e de Formação dos Enfermeiros

Apesar da tendência crescente de inclusão dos homens nos cursos de graduação em enfermagem, no estudo percebe-se ainda o predomínio das mulheres na profissão. Estudos sobre o perfil profissional da enfermagem corroboram com esse achado, indicando, na equipe de enfermagem, o processo de feminização em 90% (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012). Muito desta tendência está relacionada ao papel de cuidadora assumido pelas mulheres desde os primórdios das civilizações e que se implica com o objeto da enfermagem: o cuidado.

Quanto à faixa etária, percebe-se o predomínio de enfermeiros com idade igual a 39 anos. Estudo realizado no contexto hospitalar por Nóbrega (2011) apresentou dados semelhantes, com o predomínio da faixa etária jovem. A faixa etária considerada reflete as tendências quanto à precocidade com que se vem dando o processo de formação e inserção no mercado de trabalho encontrado atualmente nas profissões de saúde. Este público encontra-se no auge de sua força produtiva, podendo representar grande potencial para avanços na prática de enfermagem nos diferentes campos de atuação (BARRETO; KREMPEL; HUMEREZ, 2011).

A especialização *Lato Sensu* adquiriu maior proporção entre os enfermeiros em detrimento da *Strictu Sensu*. Sobre a especialização *Lato Sensu*, Valente, Viana e Neves (2010) atribuem a maior procura dos profissionais enfermeiros por essa modalidade de formação, visto que esta se volta principalmente para a atualização de conhecimentos ou aquisição de novas habilidades úteis para o emprego no desempenho profissional frente às constantes mudanças técnico-científicas no âmbito da saúde. Com isso, o profissional agrega maiores conhecimentos e habilidades, que o respaldarão para uma prática competente e que atenda às necessidades presentes no ambiente de trabalho.

Percebe-se o maior número de enfermeiros com especialização na área de Saúde da Família e da Saúde Coletiva/ Saúde Pública, relacionando-se ao campo de atuação a que o profissional está vinculado, no caso, a ESF. O investimento em capacitações no campo da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Coletiva direciona para ações fundamentadas e condizentes aos princípios defendidos pela Atenção Primária à Saúde, quais sejam: a

territorialidade, o trabalho em equipe, o emprego de tecnologias leves, a intersetorialidade, a interdisciplinaridade e o empoderamento.

No estudo, vários elementos se aproximam deste aspecto, o que inclui a maior disponibilidade de cursos dessa natureza na região estudada, o interesse pelo aperfeiçoamento na prática profissional a que o enfermeiro esteja vinculado, a competitividade do mercado de trabalho, a exigência de concursos públicos e/ou seleções de profissionais que detêm maior capacitação, dentre outros aspectos. Com isso, há o processo de qualificação das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, além do potencial da inserção da pesquisa no cenário de trabalho do enfermeiro.

Embora não tenha sido evidenciado nesse estudo, existe uma tendência crescente de recomendações do uso de dados de pesquisa para tomada de decisões. O acesso, avaliação e síntese dos conhecimentos científicos direcionam para práticas baseadas em evidências que respaldam o enfermeiro à tomada de decisões voltadas às diversas situações e necessidades da população. Assim, tem-se elementos para o desestímulo das decisões baseadas no hábito ou na autoridade, interferindo no padrão de serviço oferecido pelo enfermeiro (POLIT; BECK, 2011b).

No campo da saúde mental comunitária, há orientações internacionais para o incentivo da inserção de práticas baseadas em evidência para o cuidado através da identificação das informações epidemiológicas psiquiátricas locais e dos dados sobre as possibilidades de oferta real na rede de atenção. Essas respaldarão as decisões de planejamento a partir da ampla compreensão das necessidades de cuidado social e da saúde da população nos diferentes níveis de atenção, tendo como base o cuidado na comunidade (THORNICROFT; TANSELLA, 2010; 2013).

Com essas transformações, tem-se a perspectiva de ganhos na autonomia e reconhecimento da profissão, como também na melhoria dos indicadores e na qualidade dos serviços oferecidos à comunidade.

No campo da saúde mental, a interseção teórica que os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da ESF possibilitam na inclusão do cenário da Atenção Primária à Saúde, aparecem como importante espaço para promoção da saúde mental. Para isso, faz-se necessário o investimento na formação dos profissionais, de modo a construir competências mediante as situações apresentadas nas práticas cotidianas (NEVES; LUCHESE; MUNARI, 2010).

O profissional enfermeiro agrega ao seu processo de trabalho funções no âmbito assistencial, gerencial, de educação, de pesquisa, do ensino e da política. Na ESF, possui

papel fundamental no aspecto gerencial, de modo a articular os processos de trabalho da equipe. Com isso, passa-se a ter a necessidade de incrementar o potencial de ação por meio de capacitações que lhe permitam o planejamento e gerenciamento da assistência.

Atrelado a isso, incorpora-se à atenção em saúde a interferência existente dos determinantes sociais no processo saúde/doença das diferentes populações, ampliando o conceito de saúde de um modelo biologicista para o biopsicossocioespíritual e voltado para a promoção da saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013).

Para o alcance desta proposta, os cursos de especializações devem ter um olhar voltado para a integralidade da assistência, tecendo interseções entre os diferentes saberes que integram essa prática, a fim de contemplar a complexidade do cuidado no campo da Atenção Primária à Saúde, incluindo a saúde mental (RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008). Nesse processo, faz-se imperativo a desconstrução do modelo flexineriano, que defende o papel das especialidades na assistência oferecida à população, para o modelo voltado para a promoção da saúde, reconhecendo o protagonismo dos indivíduos frente ao processo saúde/doença.

Dentre as outras especialidades, a especialização em Saúde Mental foi indicada apenas por um profissional. As mudanças ocorridas no processo de trabalho em saúde mental e da psiquiatria têm desmistificado o olhar para a especialidade, mediando práticas inovadoras no campo da saúde que incluem o emprego das tecnologias leves para atenção à vida emocional e a emancipação dos sujeitos frente a sua rede social (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

Com isso, a psiquiatria comunitária passa a considerar a participação da comunidade através de ações integradas e localizadas num contexto específico, que passa a pensar intervenções com o enfoque “para” a comunidade, “na” comunidade e “com” a comunidade, resgatando o papel do empoderamento e a participação social nestas práticas (REINALDO, 2008). Ressalta-se então a importância da especialidade como campo do conhecimento a ser explorado e incorporado pelos profissionais dentro da sua prática cotidiana.

Considerando o tempo de atuação, houve uma discreta diferença entre os profissionais com atuação na APS entre 4,1 a 10 anos e com tempo menor ou igual a 4 anos, evidenciando a coexistência de um perfil formado por profissionais com inserção recente no contexto da ESF e com maior tempo de inserção, apresentando assim maior tempo de vivência com a realidade e dinâmica de trabalho da ESF.

Em pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, obteve-se um percentual de 46% dos enfermeiros com tempo de atuação compreendido entre 1 a 10 anos, havendo a ênfase das autoras sobre a diminuição gradativa que se percebe na

permanência dos profissionais num dado campo profissional (VILELA *et al*, 2011). Apreende-se que a inclusão e permanência dos profissionais no cenário da Atenção Primária por maior tempo representam ganhos operados através de maior habilidade de trabalho em equipe, melhor uso das ferramentas e instrumentos para gestão do cuidado, a identificação das demandas do território, a construção de relações de vínculo e acolhimento junto à população.

O tipo de vínculo que prevaleceu foi por concurso público municipal. No âmbito da prática da ESF, a permanência do profissional no território potencializa as relações de vínculo e confiança da população, representando ganhos na qualidade da assistência prestada. Por outro lado, a instabilidade dada em municípios em que há o predomínio do vínculo de contrato temporário torna as relações trabalhistas frágeis na medida em que o profissional possui o potencial de ação restringido pelas questões de ordem política, pessoal, cultural, dentre outras, e que limitam a autonomia profissional do enfermeiro.

A precarização do trabalho em diferentes áreas tem sido uma realidade no Sistema Único de Saúde (SUS), havendo um volume considerável de contratações de serviços por terceirização. Na enfermagem, isso se evidencia pelo crescente número de multiemprego entre os profissionais devido às baixas remunerações, o crescimento do emprego no subsetor privado e pela limitação ou ausência de direitos de proteção social, gerando alta rotatividade de profissionais nos serviços (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012). Tal situação compromete a qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros, impactando direta e indiretamente no serviço oferecido à população.

Os enfermeiros, em sua maioria, estão inseridos na zona urbana, refletindo as características geográficas dos municípios em que estavam vinculados. No Brasil, a Política Nacional da Atenção Básica tem como um dos fundamentos e diretrizes a adscrição dos usuários ao serviço (BRASIL, 2011c). Esta pode ser entendida como o processo de vinculação das pessoas da comunidade à equipe de trabalho, passando a ser referência para o cuidado. Com isso, tem-se o investimento em relações que valorizam o vínculo e a corresponsabilização, contribuindo para o incremento da prática no cenário comunitário.

6.2 Competências dos Enfermeiros para Atuação em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

No estudo, analisando a escala como um todo, foram evidenciadas que as competências para atuação do enfermeiro em saúde mental no contexto da atenção primária à saúde obtiveram um nível mediano (“às vezes”). Nisso, pode-se apreender que os

profissionais enfermeiros consideram a possibilidade de inserção das práticas em saúde mental na ESF, apesar de nem sempre estar incluída na rotina do serviço nem no processo de trabalho.

A inserção das práticas em saúde mental no cenário da Atenção Primária à Saúde não é um direcionamento recente. Em 1990, a Declaração de Caracas enfatiza a necessidade de mudança na atenção em saúde mental nas Américas a partir da reestruturação das práticas de assistência psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde. Nesse sentido, o cenário dos cuidados primários tem sido visto enquanto oportuno para a identificação e intervenção precoce, o aconselhamento, orientação, coordenação de cuidados e gerenciamentos dos problemas comuns em saúde mental presentes no território (AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, 2009).

Reafirmando esses compromissos a partir do reconhecimento da dimensão ocupada pelos transtornos mentais em todo o mundo, é que em 2008 a Organização Mundial de Saúde (OMS) junto com a Associação Mundial de Médicos de Família (WONCA) indicaram razões para integração da saúde mental na Atenção Primária à Saúde, a saber: o aumento de acesso aos cuidados em saúde mental quando realizados na Atenção Primária à Saúde, a diminuição do estigma através da qualificação das ações e serviços da APS e a redução de gastos para os países (SILVEIRA, 2012).

Confluindo com esta tendência, no ano de 2010 firma-se a Estratégia e Plano de Ação em Saúde Mental, ocorrida entre países da América Latina, e dentre outras orientações recomenda a inclusão da saúde mental como prioridade dentro das políticas nacionais, a promoção da atenção em saúde mental de modo universal e igualitária para toda a população, por meio do fortalecimento dos serviços de saúde mental dentro dos sistemas baseados na atenção primária, a promoção de iniciativas intersetoriais para promover saúde mental, com atenção especial às crianças e adolescentes, e para lidar com o estigma e discriminação relacionados ao adoecimento mental, suporte ao efetivo envolvimento da comunidade na proteção da saúde mental e o desenvolvimento de recursos humanos para atenção em saúde mental (RODRIGUEZ, 2010).

A OMS e WONCA, no Relatório, apontam 10 princípios para integrar a saúde mental nos cuidados primários à saúde, que incluem a incorporação de políticas e planos nesse âmbito; a advocacia voltada para mudança de atitudes e comportamentos; a formação profissional; o desenvolvimento de tarefas limitadas e exequíveis; a disponibilidade de profissionais e instituições especializados em saúde mental na Atenção Primária; o acesso a medicações psicotrópicas essenciais; a integração; a coordenação de serviços de saúde mental;

a colaboração com outros setores não relacionados à saúde; e o investimento com recursos humanos e financeiros na área (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS, 2009)

Apesar das prerrogativas que justificam e reafirmam o novo modelo de estruturação do cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde, a realidade brasileira tem mostrado alguns impasses para o adequado desenvolvimento dessas práticas, quais sejam: a escassez de profissionais habilitados para atuar segundo o modelo de atenção psicossocial e de clínica ampliada; a emergente demanda por serviços nos equipamentos de saúde mental; a restrição de financiamento na área e a complexidade crescente; e a heterogeneidade das informações dos casos (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011).

Frente a estes desafios, os profissionais de saúde devem desenvolver um processo de trabalho coletivo com enfoque na atenção psicossocial, gerando relações de acolhimento e de escuta para uma clínica que enfatiza o sujeito e sua subjetividade. Para isso, faz-se útil a difícil tarefa de construir práticas nas quais o profissional deve colocar à disposição seu saber técnico para lidar com a diversidade e imprevisibilidade decorrentes desse campo (SILVA; FONSECA, 2005).

Baseados nessas orientações e as dadas pelas políticas nacionais em saúde mental é que são evidenciadas experiências nacionais e internacionais de inclusão da saúde mental nas práticas do enfermeiro. Estudo realizado na Nova Zelândia sobre o papel de enfermeiros generalistas no cuidado em saúde mental enfatizou o desenvolvimento de múltiplas ações pelos enfermeiros aos diferentes públicos atendidos no serviço de saúde, quais sejam, idosos, crianças, mulheres. No entanto, foi demonstrada a falta de consenso sobre o seu papel na resolução de problemas emocionais, mesmo que já o estejam realizando (MCKINLAY *et al*, 2011).

Percebe-se, assim, a execução de práticas em saúde mental as quais não são reconhecidas e validadas no discurso do profissional, seja por não identificá-las como tal ou pela ausência de indicadores no âmbito da saúde mental que as formalizem enquanto demandas frente às demais nos sistemas locais de saúde (ELSOM; HAPPELL; MANIAS, 2009).

O contexto da atenção em saúde mental na ESF vem sendo marcado por ações que se desencontram dos princípios e pressupostos advindos da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Os profissionais da equipe da atenção básica relacionam as práticas segundo um modelo especializado, encaminhando para os serviços substitutivos as demandas que então são

passíveis de acolhimento na ESF (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008; ARCE; SOUSA; LIMA, 2011; SOUZA *et al*, 2012; LIMA *et al*, 2013).

Outros aspectos relacionados à prática da saúde mental na Atenção Primária volta-se à apreensão do conceito de normalidade e anormalidade atribuído ao sofrimento mental, restringindo assim a complexidade do processo de adoecimento mental (VELOSO; MELLO E SOUZA; 2013). Vê-se ainda o predomínio da visão fragmentada, biologicista e baseada no adoecimento apesar de haver abertura para mudança de paradigma (CAVALCANTE *et al*, 2011).

Apesar das lacunas, vê-se perspectivas que referem à criação de novos recursos que possibilitem a participação ativa das pessoas diante da experiência do sofrimento mental. Com isso, tem-se possibilidade de avançar para além do enfoque farmacológico em busca de opções terapêuticas que resgatem o vínculo, a escuta e que estejam baseadas no cuidado ao indivíduo e à sua família (ANTONACCI; PINHO, 2011).

Duarte *et al* (2012), em trabalho de revisão integrativa, caracterizam as práticas de assistência na rede de saúde mental, evidenciando o despreparo com que os profissionais da ESF apontam para lidar com a saúde mental. Com isso, a prática predominante acaba se voltando para a especialidade médica. Ainda, a consulta de enfermagem se dá de forma incompleta, restringindo-se ao histórico de enfermagem, prejudicando o processo de reabilitação pelo estabelecimento de metas e implementação de ações.

Constata-se também pouca vinculação entre o profissional e as demandas em saúde mental, seja pela pouca afinidade existente com a temática, pela capacitação incipiente na área ou pela demanda reprimida que inviabiliza maiores ações nesse campo (ROSA; LABATE, 2003; BUCHELE *et al*, 2006; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008; RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008; CAMURI; DIMENSTEIN, 2010; PINI; WAIDMAN, 2012). Frente a esta prática, o desafio está na sensibilização para a construção de um novo saber e fazer que rompam com o que está posto no cotidiano.

Com isso, identifica-se a necessidade emergente de inclusão do cuidado em saúde mental no cenário da ESF. Para tanto, o enfermeiro, enquanto integrante da equipe de saúde, precisa incluir-se como profissional responsável na atenção a esta clientela, dirigindo cuidados que vão desde a promoção da saúde até a reabilitação.

No Brasil, vários estudos identificam a realização das práticas dos enfermeiros em saúde mental no cenário da atenção primária. Souza e Luis (2012), em estudo sobre a assistência de enfermagem na ESF às pessoas com transtorno mental e às famílias, evidenciam alguns limites nesta prática, que vão desde a aptidão para o cuidado em saúde

mental até a centralidade das ações no modelo biologicista, com a priorização do controle medicamentoso, dos encaminhamentos, na necessidade do profissional especialista para acolhimento dos casos na unidade. Estudos envolvendo enfermeiros, psicólogos e demais membros da equipe de saúde têm revelado realidades semelhantes (ROSA; LABATE, 2003; NASCIMENTO; BRAGA, 2004; CAÇAPAVA; COLVERO, 2008; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2008; CAÇAPAVA *et al*, 2009; MOURA; BERNARDES; ROCHA, 2010; RIBEIRO *et al*, 2010; CAVALCANTE *et al*, 2011; DUARTE *et al*, 2012; PINI; WAIDMAN, 2012; SOUZA *et al*, 2012).

As competências para atuação em saúde mental elencadas na escala demonstraram diferenças nas habilidades apresentadas pelos profissionais da atenção primária à saúde a partir das diversas realidades vivenciadas no cenário comunitário.

A competência de gerenciamento do status de saúde/doença do paciente adquiriu maiores níveis de concordância entre os enfermeiros em habilidades relacionadas à identificação durante as consultas ou visitas domiciliárias das características do núcleo familiar, do reconhecimento das necessidades de saúde mental junto da equipe na comunidade e a análise do impacto dos estressores da vida e as crises situacionais dentro do contexto familiar. Estas ações dirigem-se ao diagnóstico situacional das demandas em saúde na comunidade, com ênfase no sistema familiar como foco do cuidado.

No âmbito da saúde mental, a visita domiciliária surge como ferramenta essencial que possibilita à equipe a observação do sujeito no ambiente em que vive, dentro das condições sanitárias, sociais e afetivas entre os membros da família e comunidade (LABATE; GALERA; AVANCI, 2004). A literatura tem evidenciado a participação de diferentes atores sociais na visita domiciliar, quais sejam, o agente comunitário de saúde, enfermeiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais e demais membros da equipe de saúde (RIBEIRO; RIBEIRO; CAVALCANTE *et al*, 2011; OLIVEIRA *et al*, 2011; LEITE; PAULON, 2013).

O contexto familiar é essencial na prática de cuidado na ESF. Aires *et al* (2010) referem-na como protagonista no projeto terapêutico singular dos sujeitos com agravo em saúde mental na medida em que pode colaborar ativamente no *continuum* de atenção oferecido. Apesar disso, a família ainda carrega o estigma cultural vinculado ao adoecimento mental, o que a direciona a práticas de natureza tutelar e com enfoque no tratamento biologicista. Neste sentido, o enfermeiro deve interferir e mediar essa atenção, contribuindo na redução dos estressores e no auto cuidado dos familiares para promover um ambiente saudável de convivência e de acolhimento (LIMA *et al*, 2013).

O campo da Atenção Primária à Saúde é complexo, exigindo o conhecimento apropriado das relações existentes entre os sujeitos e os determinantes sociais presentes na realidade local. Na saúde mental, vários são os elementos que influenciam no processo saúde/doença, sendo útil a utilização de ferramentas que identifiquem e mapeiem estas condições.

Dentro do gerenciamento do status de saúde/doença, o genograma e o ecomapa são instrumentos passíveis de utilização no contexto da atenção primária que permitem a visualização da trama das relações familiares e planejamento de estratégias sobre elas (PEREIRA *et al*, 2009). No campo da saúde mental, o genograma e o ecomapa permitem o conhecimento pela equipe de saúde das relações e influências ambientais que permeiam os núcleos familiares dos sujeitos, sendo essenciais para o diagnóstico e condução do cuidado. Com isso, tem-se elementos para avaliação do contexto familiar e como o adoecimento mental se envolve com as questões do sistema familiar e comunitário.

Outras orientações que caminham para o reconhecimento das demandas em saúde mental estão na implementação de indicadores e instrumentos específicos que enfoquem este campo, no sentido de diagnosticar e monitorar os casos. Ribeiro, Ribeiro e Oliveira (2008), em pesquisa comparativa entre os cuidados desenvolvidos entre duas unidades da ESF, apontam que a utilização do monitoramento em saúde mental por uma das equipes permitiu maior resolução de condução dos casos no cenário da atenção básica. No entanto, a prática cotidiana predominante está centrada na subnotificação dos casos de saúde mental, o que dificulta a identificação dos casos e sensibilização quanto ao impacto epidemiológico destes agravos na comunidade e para a rede de atenção (SOUZA; LUIS, 2012).

Os enfermeiros apresentaram menores níveis de habilidades no âmbito da competência de gerenciamento do status saúde/ doença do paciente no que se refere ao conhecimento de protocolos e guias de cuidado para promover saúde mental e no desenvolvimento de planos de cuidados ou projetos terapêuticos singulares dirigidos aos usuários do território com demanda em saúde mental.

Corroborando com os achados, Souza e Luis (2012) evidenciam dentre enfermeiros da ESF o reconhecimento da necessidade de priorização dos cuidados dirigidos a essa demanda, no entanto, não se tem um mapeamento de casos ou o estabelecimento de um projeto terapêutico individual para atendimento e acompanhamento desses sujeitos. Orientações dadas a partir de achados semelhantes ao estudo anterior foram dadas por Lima *et al* (2013) que, a partir da realidade vivenciada por equipes da ESF no campo da saúde mental, orientam o projeto terapêutico singular como importante instrumental de cuidado. Nele, são dadas possibilidades de atuação a partir do olhar do usuário, contemplando o aspecto da

subjetividade, do território e dos recursos acessíveis para o indivíduo dentro do contexto de vida e existência.

Soares (2009) descreve a aplicação do projeto terapêutico e do guia de cuidados para o gerenciamento de casos em saúde mental. Sobre eles, reconhece-se a importância para o suporte individual e necessidades de tratamento, o acesso aos serviços e a garantia de cuidado.

A inserção de protocolos e guias de cuidado em saúde mental no cenário da atenção básica qualifica o cuidado em saúde mental. Nesse sentido, estudo realizado por Sucigan, Toledo e Garcia (2012) enfatizam que a elaboração de protocolos de cuidado pela equipe permitem a tomada de decisão diante das situações de saúde, viabilizando a prática de acolhimento nos serviços.

As habilidades referentes à competência direcionada ao papel profissional do enfermeiro que adquiriram maiores níveis de concordância foi o encaminhamento dos usuários para outros profissionais e serviços, como os CAPS, Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), ONG's, e o reconhecimento da importância da educação permanente voltada à prática clínica em saúde mental.

Para alcance das práticas em saúde mental no cenário da Atenção Primária, o Ministério da Saúde em 2003 formula diretrizes para a estruturação das equipes de apoio matricial, delimitando seu papel frente à corresponsabilização do cuidado. Tais iniciativas se voltam para permitir ações de suporte e assessoria para a equipe da ESF, permitindo o trabalho no sentido da educação permanente que a habilite para acolher as demandas em saúde mental do território, desmotivando a prática disseminada dos encaminhamentos (BRASIL, 2003).

Sobre isso, Azevedo, Gondim e Silva (2013) indicam a necessidade de diferenciação entre as práticas adotadas e predominantes de referência e contra-referência e o matriciamento, no sentido da corresponsabilização do cuidado e da resolubilidade dos casos.

Experiências positivas demonstram, em diferentes realidades do Brasil, a aplicabilidade da ferramenta de apoio matricial incluindo maior capacitação dos profissionais para gerenciar o cuidado em saúde mental no território, ênfase na utilização de tecnologias leves de cuidado, horizontalidade nas relações da equipe de saúde, entre outras (SOARES, 2008; DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009; FERMINO *et al*, 2009; CHIAVERINI *et al*, 2011; ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2012; MORAIS; TANAKA, 2012; AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013).

No estudo avaliativo de Onocko-Campos *et al* (2012) entre equipes da ESF no município de Campinas – SP, houve a constatação de maiores ganhos e resolubilidade dos casos na equipe em que o processo de matriciamento ocorria com maior regularidade e com a participação da equipe. Com isso, houve melhoria sobre o gerenciamento dos casos em saúde mental na comunidade, representando menores números de encaminhamento para os serviços especializados, no caso, os CAPS. Atrelado a isto, a equipe de Saúde da Família passou a tomar uma postura mais protagonista e de corresponsabilização com os casos, representando maior satisfação dos usuários frente à resolubilidade e acolhimento oferecidos.

As menores habilidades no papel profissional do enfermeiro estiveram envolvidas na participação de organizações profissionais ou comunitárias que promovem ações de saúde mental para usuários e familiares, e na divulgação das políticas públicas de saúde mental no âmbito dos serviços e comunidade para reduzir o impacto do estigma aos usuários e familiares com agravos em saúde mental.

Velloso e Souza e Melo (2013) apoiam a inserção de ações da saúde mental no cenário da atenção básica como importante meio de operacionalização das políticas nacionais em saúde mental, de forma a alcançar ganhos no combate ao estigma relacionado aos agravos em saúde mental. Orientações do Ministério da Saúde também reafirmam essa responsabilidade, ressaltando o papel dos profissionais de saúde na atenção em saúde mental nos diferentes níveis e sua inclusão em organizações profissionais que defendam os direitos dos usuários e promova a sua saúde e bem-estar (BRASIL, 2002b).

As habilidades referentes ao relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente obtiveram os maiores níveis de concordância se comparadas às demais competências. Dentre as reconhecidas, estiveram a manutenção dos limites profissionais a fim de preservar os limites terapêuticos, as habilidades na comunicação com os usuários para o desenvolvimento da relação terapêutica usuário-enfermeiro, a aplicação de estratégias de comunicação terapêutica com o usuário e familiares a fim de reduzir o estresse emocional, facilitar a cognição, e permitir o crescimento pessoal e o uso das fases do relacionamento terapêutico.

O uso adequado das técnicas de comunicação e relacionamento terapêuticos permite ganhos no processo de acolhimento e vínculo entre equipe e usuários, contribuindo para práticas sensíveis às necessidades dos sujeitos, numa relação de corresponsabilização e parceria. Cavalcante *et al* (2011) identificam a utilização do relacionamento terapêutico dentre as ações de saúde mental realizadas na comunidade como práticas resolutivas e que correspondem aos princípios da promoção da saúde mental para os diferentes grupos da comunidade.

Sucigan, Toledo e Garcia (2012) delimitam que o acolhimento é um processo o qual exige uma escuta qualificada, baseando-se em princípios da humanização, solidariedade, respeito, compromisso, aceitação, responsabilidade e julgamento, exigindo um treinamento para tal execução desta tarefa.

Concernente à competência na função de ensino-orientação, relacionaram-se a maiores habilidades pelos profissionais a orientação e encaminhamento dos indivíduos e grupos de familiares para participação de psicoterapias e terapias complementares e alternativas em serviços da rede de atenção em saúde ou dentro da comunidade. Agrupando menores habilidades, estiveram as ações voltadas à promoção de práticas de educação em saúde voltadas para indivíduos, famílias ou grupos, a fim de promover o conhecimento, a compreensão e manuseio efetivo dos problemas em saúde mental e tratamento, incluindo o auto cuidado e a adoção de comportamentos saudáveis.

Dentre outros papéis, o enfermeiro assume o papel estratégico na educação em saúde. Para isso, deve valorizar os saberes dos sujeitos, incentivar o diálogo e a participação, e mediar espaços para transformação das práticas (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008). Nesse sentido, a prática educativa deve ser libertadora, conduzindo os sujeitos para práticas que os permitam deter maior autonomia e controle do seu status de saúde.

Em se tratando das práticas educativas em saúde mental, elas devem contribuir para o alcance da autonomia dos indivíduos, a reabilitação, a superação do estigma e o suporte aos familiares. Várias pesquisas de relato de experiência e baseadas em metodologias assistencial convergente têm enfatizado o potencial da realização das ações educativas individuais e grupais para promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação (SILVA *et al*, 2007; ROSENSTOCK; NEVES, 2010; JOMAR; ABREU, 2012). Essas têm se voltado para usuários com diferentes características, familiares e comunidade como um todo. Nesse sentido, a implementação das práticas de psicoeducação para usuários e familiares constituem-se uma necessidade urgente, na medida em que provocam o incremento do controle que os indivíduos terão sobre o seu status de saúde.

A competência cultural foi reconhecida entre os enfermeiros de modo limitado, com restrição nas habilidades de realização de ações de lazer e integração entre grupos em situação de vulnerabilidade, como crianças, idosos, pessoas com deficiência, dentre outros, e de participação de programas para promoção da saúde mental, prevenção e redução de agravos promovidos no território, como tardes de lazer, atividades grupais de autoajuda e de psicoeducação em escolas e Organizações Não Governamentais (ONG's).

Os pressupostos para atuação em saúde mental na Atenção Primária encontram no espaço comunitário um caráter interdisciplinar de implementação de práticas (REINALDO, 2008). Com isso, diferentes atores sociais são convocados para construção de ações que permitam o alcance da integralidade e a efetivação de ações comunitárias que favoreçam a inclusão social no território (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

O território constitui-se como lugar social para o desenvolvimento das relações entre os indivíduos, incluindo as questões culturais e sociais. Nesse sentido, o respeito à individualidade cultural dos diferentes grupos inseridos nesse cenário influencia no vínculo dos sujeitos com as ações desenvolvidas pelos profissionais dentro dos serviços. Winship (2011) destaca que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, ao atuar na comunidade, encontram-se numa posição privilegiada para o reconhecimento dos problemas desde o início e fornecimento dos cuidados de saúde na comunidade a partir do olhar, que abrange, além do indivíduo, as questões culturais que permeiam essa vivência.

Sobre o cuidado na comunidade a partir das questões culturais que permeiam a existência dos indivíduos, várias pesquisas destacam o potencial da abordagem grupal, com a aplicação de diversos métodos de trabalho. A literatura refere vários estudos envolvendo a utilização da Terapia Comunitária Integrativa (TCI), dos grupos de autoajuda, dos grupos operativos e das oficinas de criação enquanto ferramentas dirigidas a diferentes públicos, quais sejam, crianças, idosos, portadoras de HIV/AIDS, portadores de transtorno mental e demais membros da comunidade. Essa atuação mostra-se como importante espaço para o acolhimento das questões relacionadas à saúde mental (SANTOS; MUNARI; MEDEIROS, 2009; ANDRADE *et al*, 2010; BRAGA *et al*, 2011; ANTONACCI; PINHO, 2011; JATAI; SILVA, 2012; MINOZZO *et al*, 2012) .

Apesar das evidências dos benefícios advindos do uso dessas tecnologias, a prática aponta uma lacuna no processo de formação para o trabalho em grupo dentre os enfermeiros. Estudo realizado por Spadini e Souza (2010) indica que grande parte dos enfermeiros atuantes em grupos adquire sua habilidade através da vivência prática em detrimento da formação específica. Com isso, são dadas orientações para a inclusão da formação sobre grupos nos cursos de graduação de enfermagem, como também o investimento em cursos de aperfeiçoamento para enfermeiros atuantes nos vários cenários de práticas, a fim de proporcionar a adequada condução deste instrumental de trabalho.

A competência no gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde mais enfatizada entre os profissionais foi a defesa dos interesses dos

usuários e familiares no acesso à rede de atenção, incluindo as consultas especializadas, medicações e demais recursos terapêuticos.

Baseada na conduta respaldada pela ênfase sobre as especialidades, durante muito tempo as práticas em saúde mental estiveram restritas à dimensão especializada, sendo disseminadas as ações do encaminhamento dos casos no âmbito da saúde mental, práticas estas que persistem até hoje em alguns serviços da atenção básica (AZEVEDO; SANTOS, 2012; MAGALHÃES *et al*, 2012; VELOSO; MELO E SOUZA, 2013). Com os direcionamentos advindos do movimento da Reforma Psiquiátrica, vê-se a necessidade de corresponsabilização de todos os níveis da assistência para atender as demandas em saúde mental de acordo com a complexidade do cuidado exigido pela condição do sujeito (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011; GREGÓRIO *et al*, 2012).

Para Desviat e Moreno (2012), a psiquiatria comunitária necessita de um modelo de saúde pública que supere a mera assistência clínica centrada na doença, passando a voltar-se para a comunidade, mediando a produção de trocas entre os serviços do território a fim de modificar os fatores que predisõem o adoecimento mental e possibilitar o bem-estar dos usuários.

Nesse sentido, Wissow *et al* (2011) e Brown e Wissow (2011) destacam a necessidade de construção de práticas conjuntas entre equipes especializadas e equipes da atenção primária à saúde. Dessa forma, cada profissional passa a ter habilidades para atenção da demanda em saúde mental que incluem a comunicação interpessoal e o relacionamento terapêutico, a identificação dos casos de saúde mental da comunidade, o acolhimento e produção de vínculo entre a equipe e os usuários, o trabalho em equipe, além das habilidades e conhecimentos para atuar na Atenção Primária à Saúde (HUMEREZ; SANTOS, 2006).

Quanto à competência de monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde houve maior habilidade quanto à utilização de princípios éticos para assegurar a equidade de acesso aos usuários com transtorno mental na rede de atenção à saúde.

Thornicroft e Tansella (2008; 2010) orientam que as práticas para melhoria dos serviços em saúde mental devem estar fundamentadas em três eixos: o princípio ético, a prática baseada em evidência e o acúmulo de experiências. Dos três, os autores põem a ênfase sobre o princípio ético ao considerar a complexidade das práticas em saúde.

Nesse aspecto, Esperidião (2013) aponta que a Saúde Mental não deve ser considerada apenas especialidade, mas enquanto área transversal no processo saúde/doença, exigindo dos profissionais a condução de cuidados de saúde baseados em conhecimentos, habilidades e

atitudes que lhes permitam a utilização adequada às ferramentas de cuidado, com o fim de promover o bem-estar dos indivíduos.

As diferenças observadas entre os municípios exigem melhores investigações, relacionando-se à presença de equipes de apoio matricial em saúde mental como o NASF, realização de iniciativas de educação permanente na área de saúde mental, presença de dispositivos voltados para a atenção em saúde mental, dentre outros aspectos. A presença destes elementos nos municípios oportunizam o desenvolvimento de maiores conhecimentos e habilidades para o desempenho no âmbito da saúde mental.

7 CONCLUSÕES

Ao término do estudo envolvendo o desenvolvimento da Escala sobre Competências de Enfermeiro para Atuação em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde e a averiguação das competências de enfermeiros para atuação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde, conclui-se:

- A Escala sobre Competências do Enfermeiro para Atuação em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, composta por 29 itens, foi considerada um instrumento válido e confiável, com a avaliação das propriedades psicométricas indicando IVC de 0,86 e alta consistência interna por meio do Alfa de Crombach de 0,91.
- Dentre os enfermeiros participantes do estudo, houve o predomínio do sexo feminino (87,2%), o estado civil casado(a)/ união estável (59,7%) e faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos (51,7%).
- Considerando a formação dos profissionais, nota-se uma maior proporção de enfermeiros com Pós-Graduação *Lato Sensu* (87,9%) em detrimento da Pós-Graduação *Strictu Sensu* (2%). As especializações *Lato Sensu* estão situadas principalmente na área de Saúde Coletiva, Saúde Pública e em Saúde da Família. Quanto à formação, grande parte tem o tempo de formação compreendido no intervalo de 4,1 a 10 anos (46,3%), apontando para possível restrição de acesso a este tipo de formação ou a fragilidade quanto à inserção da pesquisa no campo da prática profissional, seja pelo ingresso em programas de mestrado acadêmico ou profissional.
- Quanto aos aspectos relacionados à atuação profissional, a maioria possui tempo de atuação na APS entre 4,1 e 10 anos (42,3%), trabalham em unidades de saúde localizadas na zona urbana (65,8%) e o vínculo se dá por concurso público municipal (60,4%).
- Com os maiores níveis de concordância dentre os enfermeiros, houve destaque para os itens relacionados à competência no relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente, de gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde e de monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde. Por sua vez, o gerenciamento e negociação da oferta de cuidados direciona-se para práticas com enfoque no tratamento biológico e outros serviços da rede de atenção em saúde.
- A competência de gerenciamento do status de cuidado esteve relacionada ao reconhecimento junto à equipe de saúde das demandas em saúde mental, a

identificação das características familiares e o impacto de estressores sobre ela. Houve restrição no uso de ferramentas para cuidado em saúde mental como o plano de cuidados, as guias e protocolos, e da consulta de enfermagem para investigação das demandas em saúde mental.

- As habilidades incluídas no papel profissional do enfermeiro voltaram-se à prática do encaminhamento a serviços especializados dentro da rede de saúde. Neste sentido, foi dado o reconhecimento da importância da educação permanente referente à prática clínica em saúde mental no cenário da Atenção Primária à Saúde.
- A competência voltada ao ensino-orientação obteve pouco reconhecimento, com indicativos que apontavam para a quase inexistência de ações voltadas à psicoeducação dos usuários e familiares com demandas em saúde mental no território.
- A competência cultural teve reduzido destaque dentre os profissionais, indicando limitação no desenvolvimento e inserção em ações que atuem sobre a promoção da saúde mental, respeitando os diferentes grupos em situação de vulnerabilidade presentes no território.
- Os maiores escores da escala foram encontrados dentre os profissionais do sexo feminino ($98,4 \pm 16,7$), na faixa etária compreendida entre 45 - 60 anos ($101,9 \pm 21,7$), com tempo de formação maior que 10 anos ($99,4 \pm 19,1$) e tempo de atuação na APS ($99,4 \pm 19,1$). A realização de Pós-graduação *Latu Senso* esteve relacionada a menores escores na escala ($99,5 \pm 17,1$).
- À exceção do estado civil, não há relações estatisticamente relevantes entre as demais variáveis sociodemográficas e de formação acadêmica com os escores obtidos na escala total.

Conclui-se que se obteve um instrumento confiável e válido, capaz de averiguar as competências dos enfermeiros para atuação em saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Para os enfermeiros da ESF foram evidenciados maiores níveis de concordância relacionados à competência no relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente, de gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde de monitorização e garantia da prática de cuidados em saúde. Em todas elas houve a ênfase sobre o aspecto biomédico em detrimento às atividades relacionadas à promoção da saúde mental e prevenção de agravos, evidenciando limites nas competências desenvolvidas pelos enfermeiros em saúde mental no cenário da Atenção Primária.

8 LIMITES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES

No estudo, embora tenha havido a utilização de critérios estatísticos necessários para garantir a confiabilidade dos resultados e a proposta desenvolvida possuir relevância no campo da saúde mental e da Atenção Primária à Saúde, considerando a restrição de estudos nessa área que enfatizem a educação baseada em competência, existem algumas limitações, quais sejam:

- A ausência de delimitação dos domínios das competências na Escala sobre Competências do Enfermeiro para Atuação em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde;
- O limitado número de enfermeiros que compuseram a amostra, restringido pelo quantitativo de profissionais alocados nas regiões envolvidas no estudo;
- As dificuldades, em nível municipal, durante os processos de anuência e realização do estudo, relacionadas à inexistência de assessorias de projetos; a alta rotatividade dos gestores nas secretarias municipais de saúde; a centralidade das decisões e encaminhamentos no gestor de saúde; dentre outras.
- As barreiras geográficas no acesso a alguns municípios incluindo a distância, condições das estradas, localização das unidades básicas de saúde, dentre outras;
- Limites relacionados ao tempo, que incluem a restrição do período de coleta de dados, a pouca disponibilidade dos enfermeiros para responder o instrumento e a demora na devolução dos instrumentos pelos enfermeiros;
- A restrição do estudo apenas às 20ª e 21ª Coordenadorias das Regiões de Saúde localizadas no Sul do Ceará.

Para esses, ressalta-se a necessidade de expandir a aplicação da Escala sobre Competências do Enfermeiro para Atuação em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em outras realidades e regiões localizadas no estado do Ceará e fora dele.

Espera-se que os resultados do estudo contribuam no direcionamento de ações que qualifiquem a prática em saúde mental no cenário da Atenção Primária à Saúde, considerando perspectivas de aprimoramento do processo de formação profissional do enfermeiro, como também as estratégias de educação permanente conduzidas para o público atuante nesse nível da atenção em saúde. Com isso, espera-se ganhos sensíveis para o incremento das ações no

âmbito da Reforma Psiquiátrica, o que repercutirá na qualidade de vida das pessoas em situação de sofrimento mental e demais agentes envolvidos nesse cuidado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. I. F.; LIMA, H. P.; BRAGA, V. A. B.; AQUINO, P. S.; PINHEIRO, A. K. B.; XIMENES, L. B. Competências do enfermeiro para promoção da saúde no contexto de saúde mental. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 157-163, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026829025>>.

AIRES, M.; ROOS, C.M.; GONÇALVES, A.V.F.; SCHNEIDER, J.F.; OLSCHOWSKY, A. Ações em saúde mental às famílias nos diferentes contextos de trabalho: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 3, p. 567-74, set. 2010.

ALBUQUERQUE, V.S.; CAMPOS, J.C.L. Saúde mental no currículo integrado do curso de enfermagem do UNIFESO: diversificação de cenários e de estratégias de ensino-aprendizagem. **Rev. pesq. cuid. fundam. (Online)**, v.2, n.4, p.1516-27, out./dez., 2010.

ALEXANDRE, N. M.C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-8, 2011.

ALLEGRAnte, J.P.; BARRY, M.M.; COLLINS, A.O. *et al.* Domains of core competency, standards and quality assurance for building global capacity in health promotion: the Galway Consensus Conference Statement. **Health educ. behav.**, v. 36, n. 3, p. 476-82, 2009.

AMARANTE, P.D.C. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. *In*: AMARANTE, P.D.C.; CRUZ, L.B. (Org.). **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro (RJ): LAPS, 2008a. p. 65-80.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008b.

AMARANTE, A.L.; LEPRE, A.S.; GOMES, J.A.D.; PEREIRA, A.V.; DUTRA, V.F.D. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no Programa Saúde da Família. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.20, n.1, p.85-93, jan./mar., 2011.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY . Committee on Health Care Access and Economics. Task Force on Mental Health. Improving Mental Health Services in Primary Care: Reducing Administrative and Financial Barriers to Access and Collaboration. **Pediatrics**, v. 123, n. 4, p. 1248 -1251, apr., 2009. doi: 10.1542/peds.2009-0048.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D.; HARZHEIM, E. A. Estratégia Saúde da Família. *In*: DUCAN, B. B. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 76-87.

ANDRADE, F. B.; FERREIRA FILHA, M.O.; DIAS, M. D.; SILVA, A.O.; COSTA, I.C.C.; LIMA, E.A.R.; MENDES, C.K.T.T. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 129-36, jan./mar., 2010.

ANTONACCI, M.H, PINHO, L.B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 1, p. 136-42, mar., 2011.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.; LIMA, M. G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 July 2014.

AZEVEDO, D.M.; GONDIM, M.C.S.M.; SILVA, D.S. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. **Rev. pesq. cuid. fundam. (Online)**, v.5, n.1, p.3311-22, jan./mar, 2013.

AZEVEDO, D.M.;SANTOS, A.T. Ações de saúde mental na atenção básica: conhecimento de enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica. **Rev. pesq. cuid. fundam. (Online)**, v.4, n.4, p.3006-14, out./dez., 2012.

BARRETO, I. S.; KREMPEL, M. C.; HUMEREZ, D.C. O COFEN e a enfermagem na América Latina. **Enferm. Foco (Brasília)**, n. 2, v. 4, p. 251-4, 2011.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M.A.F.; SILVA, A.L.A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n. esp, p.815-9, 2007.

BEACH, M.C.; PRICE, E.G.; GARY, T.L.; ROBINSON, K.A.; GOZU, A.; PALACIO, A.; SMARTH, C.; JENCKES, M. W.; FEUERSTEIN, C.; BASS, E.B.; POWE, N. R.; COOPER, L.A. Cultural competency: a systematic review of health care provider educational interventions. **Med. Care**, v.43, n. 4, p. 356-373, apr., 2005.

BERLIN, A.; HYLANDER, I.; TÖRNKVIST, L. Primary Child Health Care Nurses' assessment of health risks in children of foreign origin and their parents – a theoretical model. **Scand. J. Caring Sci.**, v. 22, p. 118–127, 2008.

BORGES, J. W. P. **Instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo**. 2012. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

BOUMANS, N.; BERKHOUT, A.; LANDEWEERD, A. Effects of resident-oriented care on quality of care, wellbeing and satisfaction with care. **Scand. J. Caring Sci.**, v. 19, p. 240–250, 2005.

BRAGA, G.C.; SILVEIRA, E.M.; COIMBRA, V.C.C.; PORTO, A.R. Promoção em saúde mental: a enfermagem criando e intervindo com histórias infantis. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.32, n. 1, p.121-8, mar., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 56 p.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Circular Conjunta N° 01/03, de 13 de novembro de 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5 ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. 340 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 86 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n° 325, de 21 de fevereiro de 2008**. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação, 2008. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria_325_210208.pdf>. Acesso em: 30 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n° 1.473, de 24 de junho de 2011**. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM N° 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2008.

BROWN, J.D.; WISSOW, L.S. Rethinking the mental health treatment skills of primary care staff: a framework for training and research. **Adm. Policy. Ment. Health**, sep. 2011.

BÜCHELE, F.; LAURINDO, D.L.P.; BROGES, V.F.; COELHO, E.B.S. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare enferm.**, v. 11, n. 3, p.226-33, set./dez., 2006.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis (Rio J.)**, v. 17, n.1, p.77-93, 2007.

CAÇAPAVA, J.R.; COLVERO, L.A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.29. n.3, p.573-80, dez., 2008.

CAÇAPAVA, J.R.; COLVERO, L.A.; MARTINES, W.R.V.; MACHADO, A.L.; SILVA, A.L.A.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F.; BARROS, S. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, n. 43, n. esp. 2, p.1256-60, 2009.

CAMPOS, R.O.; GAMA, C.A.; FERRER, A.L.; SANTOS, D.V.D.; STEFANELLO, S.; TRAPÉ, T.L.; PORTO, K. Saúde mental na Atenção Primária à Saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4643-52, 2011.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.4, p.803-813, 2010.

CAVALCANTE, C. M.; PINTO, D.M.; CARVALHO, A.Z.T.; JORGE, M.S.B.; FREITAS, C.H.A. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **RBPS**, Fortaleza, v.24, n.2, p.102-8, abr./jun., 2011.

CHAVES, D. B. R. **Árvore para decisão de inferência de desobstrução das vias áreas ineficaz e padrão respiratório ineficaz em crianças com infecção respiratória aguda**. 2011, 96f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós - Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia, e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

CHIAVERINI, D. H. *et al* (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.6, p.1501-6, 2011.

CRAWFORD, P.; CARR, J.; KNIGHT, A.; CHAMBERS K.; NOLAN, P. The value of community mental health nurses based in primary care teams: 'switching the light on in a cellar'. **J. psychiatr. ment. health nurs.**, v. 8, p. 213–220, 2001.

CRESWELL, J. W. Seleção de um projeto de pesquisa. *In*: CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 25-47.

CROSS, W.; BLOOMER, M. J. Extending boundaries: clinical communication with culturally and linguistically diverse mental health clients and carers. **Int. j. ment. health nurs.**, v.19, p.268-277, 2010. doi: 10.1111/j.1447-0349.2020.00667.x.

CUMMINGS, R. B.; HULLEY, S. B. Elaborando questionários e entrevistas. *In*: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.259-274.

CURA, M. V. The Relationship Between School-Based Health Centers, Rates of Early Dismissal From School, and Loss of Seat Time. **J. sch. health**, v. 80, n. 8, aug., 2010.

DESVIAT, M.; MORENO, A. Princípios y objetivos de la salud mental comunitaria. *In*: DESVIAT, M.; MORENO, A. (Ed). **Acciones de salud mental em la comunidade**. Asociacion Espanola de Neuropsiquiatria Estudios/47, 2012.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V. M.; SEVERO, A. K. S. O apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de equipes de saúde da família. **Pesqui. prá. Psicossociais**, São João Del-Rei, n. 4, v.1, dez., 2009.

DIMENSTEIN, M.; LIMA, A. I.; MACEDO, J. P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. *In*: PAULON, S.; NEVES, R. (Org). **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p.39-60.

DUARTE, E.O.S.; NASI, C.; CAMATTA, M.W.; SCHNEIDER, J.F. Caracterização das práticas de assistência na rede de atenção em saúde mental: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.33, n.4, p.191-199, 2012.

ELSOM, S.; HAPPELL, B.; MANIAS, E. Informal role expansion in Australian Mental Health Nursing. **Perspectives psych. care**, v. 45, n. 1, jan., 2009.

ESPERIDIÃO, E. Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saude Mental da ABEn. Editorial ABEN. **Rev. bras. enferm.**, Brasília v.66, n.2,p. 155-6, mar./ab., 2013.

FERMINO, J. M.; PATRÍCIO, Z. M.; KRAWULSKI, E.; SISSON, M. C. Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. **Aletheia**, n.30, p.113-128, jul./dez. 2009.

FERNANDES, J.D.; SADIGUSKY, D.; SILVA, K.M.O.; AMORIM, A.B.; TEIXEIRA, G.A.S.; ARAÚJO, M.C.F. Ensino da enfermagem psiquiátrica/ saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.4, p.962-8, 2009.

FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M. D.; ANDRADE, F. B.; LIMA, E. A. R.; RIBEIRO, F. F.; SILVA, M. S. S. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet].; v. 11, n. 4, p. 964-70, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm>>

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GALDEANO, L.E.; FURUYA, R.K.; DELACIO, M.C.B; DANTAS, R.A.S.; ROSSI, L.A. Validação semântica do *Cardiac Patients Learning Needs Inventory* para brasileiros e portugueses. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), n. 32, n.3, p.602-10, set., 2011.

GERLERO, S. AUGSBURGER, A.; DUARTE, M.; GÓMEZ, R.; YANCO, D. Salud mental y atención primaria: accesibilidad, integralidade y continuidad del cuidado em centros de salud, Argentina. **Rev. argent. salud pública**, v. 2, n. 9, p. 24-29, 2011.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, jul., 2008.

GONZALEZ, M.T.; HARTIG, T.; PATIL, G. G.; MARTINSEN, E.W.; KIRKEVGONZALEZ, T. T. G.; KIRKEVOLD, M. Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n.9, p. 2002–2013, 2010. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05383.x

GREGÓRIO, G.; TOMLINSON, M.; GEROLIN, J.; KIELING, C.; MOREIRA, H.C.; RAZZOUK, D.; MARI, J.J.. Setting priorities for mental health research in Brazil. **Rev. bras. psiquiatr.**, v. 34, p. 434-439, 2012.

GREY, M. Métodos de Coleta de Dados. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. P. 174-185.

GUBERT, F. A. **Tradução, adaptação e validação das escalas Parent-Adolescent Communication Scale e Partner Communication Scale**: tecnologia para prevenção de DST/ HIV. 2011. 131 p. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

HUMEREZ, D. C.; SANTOS, F. Q. Saúde Mental: bases para o cuidado na atenção primária. In: BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. (Org.). **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri, SP: Manole, 2006. p. 77-97.

IVBIJARO, G.; KOLKIEWICZ, L.; LIONIS, C.; SVAB.; COHEN, A.; SARTORIUS, N. Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action. **Mental health family medicine**, v. 5, n. 2, p. 67-69, 2008. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=10&hid=104&sid=ca567116-b46b-46bc-a08f-121effefba17%40sessionmgr110>>. Acesso em: 14 out. 2009.

JATAI, J.M.; SILVA, L.M.S. Enfermagem e a implantação da terapia comunitária integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 691-5, jul./ago., 2012.

JENKINS, R.; OTHIENO, C.; OKEYO, S.; ARUWA, J.; KINGORA, J.; JENKINS, B. Health system challenges to integration of mental health delivery in primary care in Kenya – perspectives of primary care health workers. **Health serv. res.**, v. 13, p. 368, 2013.

JOMAR, R.T.; ABREU, A.M.M. Intervenções breves para uso problemático de álcool: potencial de aplicação na prática do enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 386-90, jul./set. 2012.

KEADY, J.; WOODS, B.; HAHN, S.; HILL, J. Community mental health nursing and early intervention in dementia: developing practice through a single case history. **International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing**, v. 13, n. 6b, p. 57-67, 2004.

LABATE, R.C.; GALERA, S.A.F.; AVANCI, R. C. Visita domiciliária: um olhar da enfermagem psiquiátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, Out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 aug. 2014.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEITE, A.L.; PAULON, S. Atenção Básica e desinstitucionalização da loucura: acionando competências dos Agentes Comunitários de Saúde. *In*: PAULON, S.; NEVES, R (Org). **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 99-112.

LEMOES, S.S.; LEMOS, M.; SOUZA, M.G.G. O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental. **Arq. ciênc. saúde**, v. 14, n.4, p.198-202, out./dez. 2007.

LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências para ação educativa. **Rev. latinoam. enferm.**, v.16, n. 2, mar. 2008.

LIMA, A. I. O.; SEVERO, A. K.; ANDRADE, N. L.; SOARES, G. P.; SILVA, L. M. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da Atenção Primária. **Temas psicol. (Online)**, v.21, n. 1, p. 71 – 82, 2013.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e Validade. *In*: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 186-199.

LOFTIN, C.; HARTIN, V.; BRANSON, M.; REYES, H. Measures of cultural competence in nurses: an integrative review. **The Scientific World Journal**, v. 2013.

LUCCHESI, R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e prática do enfermeiro. **Rev. eletrônica enferm.**, 2007, n. 9, n. 3, p. 883-885.

LUCCHESI, R.; BARROS, S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2009, v. 43, n. 1, p. 152-60.

MACHADO, M.H.; VIEIRA, A.L.S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enferm. Foco (Brasília)**, n. 3, v. 3, p.119-22, 2012.

MAGALHÃES, V.C.; PINHO, L.B.; LACCHINI, A.J.B.; SCHNEIDER, J.F.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na atenção básica: conhecimento de enfermeiros sobre a Reforma Psiquiátrica. **Rev. pesq. cuid. fundam. (Online)**, n. 4, v. 4, p.3105-17, out./dez. 2012.

MARTINS, A.K.L.M.; SOUZA, A.M.A.; MOREIRA, D.A. Cuidado de enfermagem em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo descritivo. *In*: MARTINI, J.G.; CEOLIN, M.Z.; LOPES, M.G.D. (Org.). **I Mostra de Experiências da Enfermagem em Saúde da Família**: compartilhando êxitos. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2010. V. 1, p.27-35.

MARTINS, A.K.L.; VIEIRA, N.F.C.; SOUZA, A.M.A. Círculos de cultura com equipe da Estratégia Saúde da Família. *In*: SOUSA, A.M.A. (Org.). **Coordenação de Grupos: Teoria, Prática e Pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011. p. 297-308.

MARTINS, A. K. L.; BRAGA, V. A. B.; SOUZA, A. M. A. Práticas em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo bibliográfico. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 165-172, out./dez. 2009.

MARTINS, A. K. L.; VIEIRA, N. F. C.; OLIVEIRA, F. B.; SOARES, P. F. C. Desenvolvimento de Competências em Saúde Mental: Um Olhar para a Promoção da Saúde. *In*: OLIVEIRA, F. B.; LIMA JUNIOR, J. F.; MOREIRA, M. R. C. **Resgatando Saberes e Ressignificando Práticas**: interface no campo da Saúde Coletiva. Campina Grande: EDUFCEG, 2012a.

MARTINS, A.K.L.; BESERRA, E.P.; OLIVEIRA, F.C.; LIMA, F.E.T.; ARAÚJO, T.L.; VIEIRA, N. F.C.; ALVES, M.D.S. Enfermagem e educação em saúde baseada em competências: revisão integrativa. **Rev. RETEP**, v.4, n. 4, p.877-883, 2012b.

MARTINS, A. K. L.; GUBERT, F. A.; SOUZA, A. M. A.; XIMENES, L. B.; VIEIRA, F. C. Atención primaria de salud y las habilidades del enfermero para promoción de la salud mental. **Rev. enferm. salud ment. presencia.**, 2014.

MAYALL, E.; OATHAMSHAW, S.; LOVELL, K.; PUSEY, H. Development and piloting of a multidisciplinary training course for detecting and managing depression in the older person. **J. psych. ment. health nurs.**, v. 11, p. 165–171, 2004.

MCKINLAY, E.; GARRETT, S.; MCBAIN, L.; DOWELL, T.; COLLINGS, S.; STANLEY, J. New Zealand general practice nurses' roles in mental health care. **Int. nurs. rev.**, n.58, p.225-33, 2011.

MINOZZO, F.; COSTA, I.I. Integrando CAPS e saúde da família: apoio matricial em saúde mental. *In*: PAULON, S.; NEVES, R (Org). **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p.61-82.

MINOZZO, F.; KAMMZETSER, C.S.; DEBASTIANI, C.; FAIT, C.S. Grupos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev. psicol.**, v. 24, n. 2, p. 323-340, mai./ago. 2012.

MONTEIRO, A.R.M. Saúde mental como tema transversal no currículo de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília (DF), v.56, n.4, p.420-23, jul./ago. 2003.

MORAIS, A.P.P.; TAKADA, O.Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.1, p.161-170, 2012.

MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, C.A.M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 28, n. 3, p. 309-14, 2007.

MOURA, M. C.; BERNARDES, S.B.; ROCHA, M.L.F. A percepção dos enfermeiros de uma universidade pública do Piauí sobre saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Enferm. Foco (Brasília)**, v.1, n.2, p.66-68, 2010.

MWAPE, L.; SIKWESE, A.; KAPUNGWE, A.; MWANZA, J.; FLISHER, A.; LUND, C.; COOPER, S. Integrating mental health into primary health care in Zambia: a care provider's perspective. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 4, p.21, 2012.

NASCIMENTO, A. A. M. N.; BRAGA, V. A. B. Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico de Programa Saúde da Família de Caucaia – CE. **Cogitare enferm.**, v. 9, n. 1, p. 84-93, jan./jun. 2004.

NASH, M. The training needs of primary care nurses in relation to mental health. **Nurs. Times**, v. 98, n. 16, p.14-4, apr. 2002.

NATIONAL PANEL FOR PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NP COMPETENCIES. **Psychiatric-mental health nurse practitioner competencies**. Washington, DC: National Organization of Nurse Practitioner Faculties, 2003.

NEVES, H. G. **Atenção à saúde mental nas unidades de Saúde da Família**: constituindo competências para atuação do enfermeiro. 2009. 99 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2009.

NEVES, H.G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D.B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 666-70, jul./ago. 2010.

NEVES, H.G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D. B.; VERA, I.; SANTANA, F. R. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para atenção primária em saúde. **Rev. RENE**, v.13, n. 1, p. 53-63, 2012.

NÓBREGA, M. F. B. **Validação de escala das concepções e práticas de promoção da saúde no ambiente hospitalar**. 2011. 147 p. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

NOLAN, P.; HAQUE, M. S.; BOURKE, P.; DYKE, R. A comparison of the work and values of community mental health nurses in two mental health NHS Trusts. **J. psychiatr. ment. health nurs.**, v.11, p.525–533, 2004.

NOVAES, M.A.; MACHIAVELLI, J.L.; VERDE, F.C.V.; CAMPOS FILHO, A.S.; RODRIGUES, T.R.C. Tele-educação para educação continuada das equipes de Saúde da Família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. **Interface comun. saúde educ.**, v. 16, n. 43, p.1095-106, out./dez. 2012.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. Ações de Saúde Mental no Programa saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>>. Acesso em: 9 maio 2008.

OLIVEIRA, C.J. **Revisão do diagnóstico de enfermagem “Falta de Adesão” em pessoas com hipertensão arterial**. 2011. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

OLIVEIRA, A. G. B.; ATAIDE, I. F. C.; SILVA, M. A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 4, dec. 2004. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Apr. 2014.

OLIVEIRA, E.B.; KESTENBERG, C. C. F.; SILVA, A.V. Saúde mental e o ensino sobre drogas na graduação em enfermagem: as metodologias participativas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.11, n.4. p.722-7, dez. 2007.

OLIVEIRA, F.B.; SILVA, J.C.C.; SILVA, V.H.F. CARTAXO, C.K.A. O trabalho de enfermagem em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. RENE**, v.12, n. 2, p.229-37, abr./jun. 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G.W.S.; FERRER, A.L.; CORRÊA, C.R.S.; MADUREIRA, P.R.; GAMA, C.A.P.; DANTAS, D.V.; NASCIMENTO, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n.1, p.43-50, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; WORLD FAMILY DOCTORS CARING FOR PEOPLE. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Singapura: Alto Comissariado da Saúde, 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 3.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

PASQUALI, L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. *In*: PASQUALI, L. cols. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 165-198.

PENIDO, C.M.F. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. *In*: PAULON, S.; NEVES, R (Org). **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p.17-38.

PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. **Saúde Mental**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2009.

PEREIRA, A.P.S.; TEIXEIRA, G.M.; BRESSANI, C.A.B.; MARTINI, J.C. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.62, n. 3, p. 407-16, maio/jun. 2009.

PETERSEN, I. Training for transformation: reorientating primary health care nurses for the provision of mental health care in South Africa. **J. adv. nurs.**, v. 30, n. 4, p. 907-915, 1999.

PINHEL, I.; KURCGANT, P. Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 711-6, dez. 2007.

PINI, J. S.; WAIDMAN, M.A.P. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.2, p.372-9, 2012.

PLANTAMURA, V. **Presença histórica: competências e inovação em educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res. nurs. health**, n.29, p.489-97, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Tipos Específicos de Pesquisa. *In*: POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011a. p. 316-338.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Medições e qualidade dos dados. *In*: POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011b. p. 406-426.

POLIT, D.S.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Compreensão da ética na pesquisa em enfermagem. *In*: POLIT, D.S.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 81-90.

REINALDO, A.M.S. Saúde mental na Atenção Básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc. Anna Nery Enferm.**, n.12, v. 1, p.173-8, mar. 2008.

RIBEIRO, C.C.; RIBEIRO, L.A.; OLIVEIRA, A.G.B. A construção da assistência à saúde mental em suas unidades de Saúde da Família de Cuiabá – MT. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.4, p.548-57, out./dez. 2008.

RIBEIRO, J.M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4623-4633, 2011.

RIBEIRO, L.M.; MEDEIROS, S.M.; ALBUQUERQUE, J.S.; FERNANDES, S.M.B.A. Saúde mental e enfermagem na Estratégia Saúde da Família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.2, p.376-82, 2010.

RIBEIRO, M. S.; POÇO, J. L. C. Identificando problemas e rastreando transtornos em Atenção Básica à Saúde Mental. In: RIBEIRO, M. S. (Org.). **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007. p. 27-54.

ROCHA, G.; BARCELOS, I.C.R.R. A relação intersubjetiva no cuidar de enfermagem em saúde mental: competências para o cuidado em saúde mental. **Rev. pesq. cuid. fundam. (Online)**, v. 2, ed. supl., p. 921-25, out./dez. 2010.

RODRIGUES, J.; SANTOS, S.M.A.; SPRICCIGO, J.S. Ensino de enfermagem em saúde mental na graduação em enfermagem. **Acta paul. enferm.**, v.25, n. 6, p.844-51, 2012.

RODRIGUEZ, J.J. Estratégia e Plano de Ação sobre saúde mental para região das Américas. Editorial. **Rev. bras. psiquiatr.**, v.32, n.4, dez., 2010.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Rev. bras. enferm.**, Brasília (DF), v.56,n.3, p.230-5, maio/jun. 2003.

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M.J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília (DF), v. 63, n.4,p.581-6, jul./ago., 2010.

SANTOS, W.; MUNARI, D.B.; MEDEIROS, M. O grupo de mulheres que vivem e convivem com HIV/ AIDS: um relato de experiência. **Rev. eletrônica enferm.**, v.11, n. 4, p.1043-8, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a32.htm>>

SECKER, J.; PIDD, F.; PARHAM, A. Mental health training needs of primary health care nurses. **J. clin. nurs.**, v. 8, p.643-652, 1999. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.1999.00308.x/abstract;jsessionid=011BEBBBB7D0F8E62E003EB0B5333D36.f03t04>>

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. Unidade de Gerenciamento de Projeto. **QUALISUS Rede**: Subprojeto Região de Saúde do Cariri. Fortaleza, 2012.

SILVA, C. C.; SILVA, A.T.M.C.; OLIVEIRA, I.C.C.; LEON, C.G.R.M.P.; SERRÃO, M.C.P.N. Abordagem por competências no processo ensino-aprendizagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v. 58, n.1, p. 91-4, jan./fev. 2005.

SILVA, S. E. D.; VASCONCELOS, E. V.; PADILHA, M.I.C.S.; MARTINI, J.C.; BACKES, V.M.S. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n.4, p. 699 – 705, dez. 2007.

SILVA A. L. A; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 13, n. 3, p. 441-9, maio/jun. 2005.

SILVA. U. F.: TANAKA. O.Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico o do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 33, n.3, p. 207-16, set. 1999.

SILVEIRA, E.R. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. **Ciênc. saúde coletiva**, n.17, v. 9, p.2377-2386, 2012.

SIQUEIRA, M. M. A competências em saúde mental das equipes dos serviços de saúde: o caso NEAD – UFES. **SMAD Rev. eletrônica saúde mental alcool drog.**, v. 5, n. 2, art. 8, 2009.

SIQUEIRA JÚNIOR, A.C.; OTANI, M.A.P. O ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental no currículo por competências. **REME rev. min. enferm.**, n. 15, v.4, p.539-45, out./dez. 2011.

SIRECI, S.G. The construct of content validity. **Social Indicators Research**, n. 45, p. 83-115, 1998.

SOARES, M. H. A inserção do enfermeiro psiquiátrico na equipe de apoio matricial em saúde mental. **SMAD Rev. eletrônica saúde mental alcool drog.**, v. 4, n.2, art. 5, 2008.

_____. Conhecimentos básicos no gerenciamento de casos de saúde mental. **SMAD Rev. eletrônica saúde mental alcool drog.**, v.5, n.2, art, 9, 2009.

SOUZA, J.; LUIS, M.A.V. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes da Saúde da Família. **Acta paul. enferm.**, v.25,n.6, p.852-8, 2012.

SOUZA, L.G.S.; MENANDRO, M.C.S.; COUTO, L.L.M.; SCHIMITH, P.B. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.4, p.1022-1034, 2012.

SPADINI, L.S.; SOUZA, M.C.B.M. O preparo de enfermeiros que atuam na área de saúde mental e psiquiatria. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 14, n. 2,p. 355-360, abr./ jun. 2010.

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

SUCIGAN, D.H.I.; TOLEDO, V.P.; GARCIA, A.P.R.F. Acolhimento e saúde mental: desafio profissional na Estratégia Saúde da Família. **Rev. RENE**, v.13, n. 1, p. 2-10, 2012.

THE NMC COMPETENCY FRAMEWORK MENTAL HEALTH NURSING. **Faculty of Health. Birmingham City University**, 2010. Disponível em:<<http://www.bcu.ac.uk/Download/Asset/cda7fc59-1a1b-410e-966d-474ccca1bfc5>>

THORNICROFT, G,; TANSELLA, M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v.3, n.1, ago. 2008.

_____. **Boas práticas em saúde mental comunitária**. Barueri, SP: Manole, 2010.

_____. The balanced care model for global mental health. **Psychol. med.**, v. null, n. 04, p. 849 – 863, apr., 2013. doi: 10.1017/S0033291712001420. Disponível em: <http://journals.cambridge.org/abstract_S0033291712001420>.

TOGNAZZINI, P.; DAVIS, C.; KEAN, A.M.; OSBORNE, M.; WONG, K. **Core Competencies in Psychiatric Mental Health Nursing for Undergraduate Nursing Education**: Position Paper 2009. CFMHN, 2009.

VALENTE, G. S. C.; VIANA, L.O.; NEVES, I.G. As especialidades e os nexos com a formação continua do enfermeiro: repercussões para a atuação no município do Rio de Janeiro. **Enferm. glob.**, n.19, jun. 2010.

VELOSO, T. M. C.; MELLO E SOUZA; M.C.B. Concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre saúde mental. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 34, n. 1, p.79-85, 2013.

VILELA, L.C.M.; GALASTRO, E.P.; FREITAS, M.E.A.; SANTOS, M.S.G.; NOTARO, K.A.M. Tempo de atuação do profissional enfermeiro – Minas Gerais. **Enferm. Foco (Brasília)**, v.2, n.4, p.248-50, 2011.

VILLELA, J.C.; MAFTUM, M.A.; PAES, M.R. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.22, n.2, p.397-406, abr./jun. 2013.

VITURI, D.W.; MATSUDA, L.M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 429-37, 2009.

WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S.; PANDINI, A.; BESSA, J. B.; PAIANO, M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na atenção básica. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. 3, p.346-51, 2012.

WINSHIP, G. A phenomenological study of child and adolescent mental health consultation in primary care. **J. psychiatr. ment. health nurs.**, v. 18, p.185–188, 2011.

WISSOW, L.; GADOMSKIB, A.; ROTERA, D.; LARSONA, S.; LEWISC, B.; BROWND, J. Aspects of mental health communication skills training that predict parent and child outcomes in pediatric primary care. **Patient educ. couns.**, v. 82, n. 2, p. 226–32, feb. 2011. doi:10.1016/j.pec.2010.03.019.

WYND, C.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two Quantitative Approaches for Estimating Content Validity. **West. J. nursing res.**, v. 25, n. 5, p. 508-18, 2003.

ZARIFIAN, P. **Objetivo Competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Editora Atlas, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – KIT INFORMATIVO PARA O COMITÊ DE ESPECIALISTAS

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (especialistas)
2. Orientações para a validação do questionário – estrutura semântica e de conteúdo.
3. Competências listas pelo documento da *National Panel For Psychiatric Mental Health NP Competencies*
4. Instrumento de Validação Semântica
5. Instrumento de Validação de Conteúdo

1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESPECIALISTAS)

Prezado(a) Senhor(a),

Estou desenvolvendo um estudo intitulado “**Construção e Validação de Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental**” e que tem por objetivos: construir e validar “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”, elaborar “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”; avaliar as propriedades psicométricas de validade e confiabilidade da “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”, identificar as competências em saúde mental na atenção primária à saúde de enfermeiros e verificar a existência de associação entre as competências e as características dos enfermeiros na atenção primária à saúde.

Salientamos que esse estudo faz parte da tese de doutorado, conduzida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Vieira.

Para que o questionário seja aplicado junto aos sujeitos do estudo, é necessário que seja submetida à apreciação de pessoas com expertise na área de estudo. Dessa forma, considerando o conhecimento e experiência do(a) senhor(a) na área do estudo, gostaríamos de poder contar com a sua participação, como consultor(a), procedendo à análise do questionário.

Na qualidade de consultor(a), o(a) senhor(a) receberá a escala elaborada, assim como uma cópia das competências listadas pelo documento da *National Panel For Psychiatric Mental Health NP Competencies* adaptada em língua portuguesa, documento no qual nos baseamos para construção do instrumento, e as instruções de como proceder à validação, mediante normas fundamentadas na literatura.

A participação neste estudo é livre e exigirá disponibilidade de tempo para analisar previamente o questionário para, em seguida, participar de oficina de validação junto com o pesquisador e demais componentes do comitê de especialistas, para que possamos discutir e fazer uma síntese da sua apreciação sobre a escala. Esta ocasião ocorrerá no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), em data e horário viável para participação de todos. Os dados serão advindos dos impressos e as discussões serão registradas através de gravador digital de áudio e vídeo. À(o) senhor(a), assim como para os demais membros do comitê, será garantido o sigilo de todas as informações referidas.

Coloco-me à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida, pelo telefone: (88)3572.1413/ (88)8841.0109/ (85)8608.3778/ (88)9909.1959/ (83) 8797.1268, pelo endereço Avenida Castelo Branco, 3290 - Novo Juazeiro - Juazeiro do Norte – Ceará ou pelo e-mail alissankarine@gmail.com. Caso ache conveniente, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) pelo endereço e telefone: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n – Bairro São José – CEP:

58401-490. Telefone: (83)2101.5545. Ainda, segue o endereço e contato do Conselho Regional de Enfermagem: Avenida Duque de Caxias, 714 - Sala 211 - Centro – Crato – CE, Telefone: (88) 3523-3769.

Dados do participante da pesquisa

Nome:

Endereço:

Telefone:

Consentimento Pós-esclarecido

Eu _____, RG: _____
_____ declaro que fui convenientemente esclarecido pela pesquisadora e que concordo em colaborar com a presente pesquisa.

Assinatura do(a) Consultor(a)

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Testemunha

2 ORIENTAÇÕES PARA VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Prezado(a) _____

O instrumento que está sendo apresentado refere-se ao questionário que será aplicado aos enfermeiros para identificar as competências profissionais para atuação de enfermeiros em saúde mental na atenção primária à saúde.

O referido questionário consta de duas etapas: a primeira etapa é composta por perguntas fechadas, onde serão investigadas as características pessoais (idade, sexo, tempo de formado, estado civil, tempo de formado, tempo de serviço, universidade formadora, curso de pós-graduação *Stricto Sensu*, dentre outros) do(a) enfermeiro(a). Estas foram adaptadas de instrumento já validado por Nóbrega (2011).

Na segunda etapa do questionário, será aplicada a escala de Likert de 05 pontos, que variam da afirmativa (1) *sempre* a (5) *nunca*, sendo ao enfermeiro solicitado que responda cada item com o nível de concordância que representa a sua resposta. Essas etapas tratam de afirmativas sobre as competências do enfermeiro para atuação em saúde mental no cenário da atenção primária à saúde, delineadas a partir do processo de trabalho do enfermeiro neste contexto.

Num primeiro momento, o participante deverá realizar a validação semântica e de aparência. Para isso, inicialmente avaliará a escala como um todo, determinando sua abrangência. Nesta fase, poderá sugerir a inclusão ou a eliminação de itens. Em seguida, determinará os aspectos semânticos envolvidos na escala.

No momento posterior, o participante investigado terá que assinalar a sua concordância a cada uma das afirmativas que forem apresentadas para validação do conteúdo. Serão apresentadas questões que se referem às competências de: 1) Gerenciamento do status de saúde/doença do paciente; 2) Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente; 3) Função de ensino-orientação; 4) Papel profissional do enfermeiro; 5) Gerenciamento e negociação da oferta de cuidados dentro do sistema de saúde; 6) Monitorização e garantia da qualidade da prática de cuidado em saúde; e 7) Competência cultural. Estas são advindas do documento do *National Panel For Psychiatric Mental Health NP Competencies*.

Portanto, visando aperfeiçoar as medidas psicométricas do questionário, validar quanto à adequação da estrutura semântica, de aparência e do conteúdo, de modo a estabelecer a compreensão dos itens pelos usuários investigados, é que solicitamos a sua valiosa contribuição.

Abaixo, relacionamos algumas orientações que nortearão sua apreciação:

1. A análise semântica e de aparência visa estabelecer se os itens são compreensíveis para a população a que se destina. Para análise semântica, serão considerados três aspectos: pertinência, clareza e coerência, para os quais se definem os seguintes conceitos:
 - Pertinência: o item deve ser consistente com o atributo definido e com os demais itens que cobrem o atributo;

- Clareza: o item deve ser compreensível para o estrato mais baixo e mais alto da população alvo do estudo;
 - Coerência: o item deve formar frases que proporcionem um pensamento lógico daquilo que é afirmado.
2. A análise de conteúdo propõe-se a avaliar se os itens estão se referindo ou não ao conteúdo em questão e se estes representam fielmente os objetivos da pesquisa. É feita para se verificar a correlação entre as definições constitutivas dos construtos e os itens elaborados.
 3. Para a análise semântica, você deverá utilizar as escalas especificadas abaixo, marcando com um “X” o item que corresponde ao seu julgamento, em cada escala.

Quanto à pertinência:

Escala de Equivalência	
Não pertinente	1
Indeciso/não sei	2
Pertinente	3

Quanto à clareza:

Escala de Equivalência	
Não está claro	1
Indeciso/não sei	2
Claro	3

Quanto à coerência:

Escala de Equivalência	
Incoerente	1
Indeciso/não sei	2
Coerente	3

Você encontrará uma das seguintes escalas:

- a. Abaixo de cada instrução:

Pertinência		Clareza		Coerência	
Não pertinente	1	Não está claro	1	Incoerente	1
Indeciso/não sei	2	Indeciso/não sei	2	Indeciso/não sei	2
Pertinente	3	Claro	3	Coerente	3

Ao lado de cada questionamento:

P	Cl	Co

Se em sua avaliação, os itens corresponderem aos valores 1 e 2, por gentileza, inclua as alterações que considerar necessárias.

Sinta-se a vontade para opinar quanto à redação, ordem de apresentação das perguntas, outras sugestões de questionamentos ou itens a serem excluídos.

- Para a análise do conteúdo, você receberá uma cópia das competências listadas na versão original do documento do *National Panel For Psychiatric Mental Health NP Competencies*, utilizada como norteadora para a construção dos itens do questionário e uma tabela de dupla entrada com as afirmativas construídas (questionário) relacionadas na margem esquerda e os itens da referida declaração, na margem direita. Você deverá correlacionar, para cada item, os números de 1 a 7, listados dentre as competências no documento acima mencionado, indicando, dentre as competências, listadas qual(is) você julga referir o item. Caso não considere relações, indique o número 0.

Desde já agradeço a vossa colaboração e coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

3 DOCUMENTO DO *NATIONAL PANEL FOR PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NP COMPETENCIES*

Estas são competências lançadas para enfermeiros assistentes em psiquiatria e saúde mental. O enfermeiro assistencial em psiquiatria e saúde mental é um avançado enfermeiro registrado que foca sua prática clínica em indivíduos, famílias ou populações através da amplitude da vida no risco para o desenvolvimento e/ ou o diagnóstico de desordens psiquiátricas ou problemas de saúde mental. O enfermeiro assistente em psiquiatria ou saúde mental é um especialista que provê a atenção primária em saúde mental para usuários que procuram os serviços de saúde mental em uma ampla variedade de cenários de atenção. A atenção primária em saúde mental realizada por enfermeiros assistenciais em psiquiatria e saúde mental envolve serviços contínuos e compreensíveis necessários para a promoção de uma saúde mental ótima, prevenção e tratamento de desordens psiquiátricas, e manutenção da saúde. Isso inclui a avaliação, diagnóstico e gerenciamento dos problemas de saúde mental e desordens psiquiátricas.

1) GERENCIAMENTO DO STATUS DE SAÚDE/DOENÇA DO PACIENTE: PROMOÇÃO DA SAÚDE, PROTEÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DA DOENÇA E TRATAMENTO.

O enfermeiro assistencial em psiquiatria e saúde mental é um provedor do direcionamento dos serviços de atenção em saúde mental. Dentro deste papel, o enfermeiro sintetiza conhecimentos teóricos, científicos e clínicos para a avaliação e gerenciamento do status de saúde e doença. Esta competência incorpora o foco do enfermeiro para promoção da saúde, proteção da saúde, prevenção de doenças e tratamento.

A. AVALIAÇÃO

Essa competência descreve o papel do enfermeiro em avaliar todos os aspectos do status de saúde do usuário, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e prevenção de doença. O enfermeiro emprega uma linha de direção da prática clínica baseada em evidências para guiar atividades de classificação, identificação de necessidades de promoção da saúde e providência antecipada quanto ao direcionamento e aconselhamento dirigido ao ambiente e estilo de vida do usuário, e os casos de desenvolvimento de problemas.

B. DIAGNÓSTICO DO STATUS DE SAÚDE

O enfermeiro é engajado no diagnóstico de saúde mental e de desordens psiquiátricas relacionadas ao status de saúde. Esse processo diagnóstico inclui o pensamento crítico, diagnóstico diferencial e a integração e interpretação de várias formas de dados. Estas competências descrevem o papel do enfermeiro assistencial em psiquiatria e saúde mental.

C. PLANO DE CUIDADOS E IMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

Os objetivos do planejamento e implementação de intervenções terapêuticas são para assistir o usuário, a fim de alcançar um status ótimo de saúde. Estas competências descrevem

o papel do enfermeiro em colaboração com o usuário para maximizar o seu potencial e minimizar complicações.

2) RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO ENFERMEIRO – PACIENTE

Competências nessa área demonstram a abordagem pessoal e colaborativa para alcançar a efetividade das ações do enfermeiro para a atenção do usuário. Essa competência fala da importância clínica das interações interpessoais, relacionando-se com os resultados terapêuticos do usuário.

3) FUNÇÃO DE ENSINO-ORIENTAÇÃO

Estas competências descrevem a habilidade do enfermeiro para transmitir conhecimentos e associar habilidades para os usuários. A função de orientação envolve as habilidades para interpretar e individualizar terapias através de atividades tais como apoio, modelo e tutoria.

4) PAPEL PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

Estas competências descrevem uma variedade de papéis do enfermeiro, especificamente relacionado com o avanço da profissão e alcance do cuidado direto e gerenciamento. O enfermeiro demonstra um compromisso para implementação, preservação e evolução do papel do enfermeiro nesse âmbito. Também, o enfermeiro implementa o pensamento crítico e a construção colaborativa através de relações interdisciplinares para prover o cuidado ótimo para o usuário.

5) GERENCIAMENTO E NEGOCIAÇÃO DA OFERTA DE CUIDADOS DENTRO DO SISTEMA DE SAÚDE

Estas competências descrevem o papel do enfermeiro no manejo de forma bem sucedida de situações que alcancem resultados de saúde aprimorados para usuários, comunidade e sistemas através da administração e direcionamento da oferta de serviços psiquiátrico dentro de um sistema integrado de atenção.

6) MONITORAMENTO E GARANTIA DA QUALIDADE NA PRÁTICA DE CUIDADO EM SAÚDE

Estas competências descrevem o papel do enfermeiro em assegurar a qualidade de atenção através do conselho, colaboração, educação continuada, certificação e evolução. A função de monitorização de papel é também dirigida próximo para monitorização das próprias práticas, bem como o engajamento em análise interdisciplinar dos colegas e de sistemas.

7) COMPETÊNCIA CULTURAL

Estas competências descrevem o papel do enfermeiro em prover o cuidado culturalmente competente, ofertando cuidado ao usuário com respeito às crenças culturais e

espirituais, e fazendo uso dos recursos de atenção disponíveis para os usuários de diversas culturas.

4 INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA

Especialista N^o _____

_____, ____ de _____ de _____

Caro(a) enfermeiro(a),

Este questionário está composto por três etapas distintas, que são precedidas de instruções quanto ao preenchimento. Qualquer dúvida dirija-se ao pesquisador de campo para que possa ser elucidada.

Desde já agradeço a sua colaboração!

Primeira etapa:

Na primeira etapa do questionário, você irá atribuir uma única resposta ou preencher com os dados solicitados.

Características dos Informantes da Amostra do Estudo	
Equivalência	
1. Idade:	
2. Sexo: 1) Feminino () 2) Masculino ()	
3. Estado civil	
1) Casada/união consensual () 2) Solteira ()	
3) Separada/divorciada () 4) Viúva ()	
4. Tempo de formado: _____ anos	
5. Tempo de serviço na atenção primária: _____ anos	
6. Tipo de vínculo:	
1) Concurso público municipal ()	
2) Contrato temporário ()	
7. Universidade formadora:	

Segunda etapa:

Na segunda etapa, você irá assinalar com um X a resposta que representa o seu grau de concordância a cada uma das afirmações, conforme a escala apresentada ao lado:

Legenda:

NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
1	2	3	4	5

Legenda aos Especialistas:

Pertinência		Clareza		Coerência	
Não pertinente	1	Não está claro	1	Incoerente	1
Indeciso/não sei	2	Indeciso/não sei	2	Indeciso/não sei	2
Pertinente	3	Claro	3	Coerente	3

De acordo com a sua experiência na atenção primária à saúde, responda às seguintes questões:

12. O ambiente da atenção primária à saúde é um espaço propício para o cuidado da saúde mental.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

13. Enquanto enfermeiro(a) da ESF, posso identificar precocemente alterações associadas com problemas na saúde mental, distúrbios psiquiátricos e decorrentes de tratamentos medicamentosos dentre a demanda da unidade básica de saúde.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

14. Conheço instrumentos validados e preconizados pelo Ministério da Saúde e demais instituições de cuidado à saúde para coleta de informações em relação à					P	Cl	Co
---	--	--	--	--	---	----	----

saúde mental, tais como escalas de avaliação com crianças e adolescentes, genogramas e ecogramas.							
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

15. Conheço protocolos e guias de cuidado para promover saúde mental, prevenir e reduzir o risco para transtornos mentais.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

16. Durante a consulta de Enfermagem à clientela, posso investigar questões ligadas à saúde mental, incluindo histórico de violência familiar, comportamento suicida ou auto-destrutivo, uso de substâncias, traumas, comportamento sexual, social e histórico do desenvolvimento do indivíduo.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

17. Utilizo, durante a consulta de Enfermagem, diferentes estratégias para coleta de informações em relação à saúde mental, tais como: uso de escalas de avaliação com crianças e adolescentes, genogramas, ecogramas e visitas domiciliares.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

18. Aplico protocolos e guias de cuidado para indivíduos e familiares para promover saúde mental e prevenir ou reduzir o risco para transtornos mentais.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

19. Identifico durante consulta e visita domiciliária as características do núcleo familiar dos usuários, observando o impacto de doenças agudas ou crônicas,					P	Cl	Co
---	--	--	--	--	---	----	----

distúrbios psiquiátricos e estressores sobre o sistema familiar.							
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

20. Como enfermeiro(a), demonstro habilidades durante as conversas com os usuários do serviço que facilitam o desenvolvimento de uma relação terapêutica.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

21. Reconheço e interpreto comunicações implícitas de usuários pela escuta de pistas verbais ou observação de comportamentos não verbais.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

22. Aplico estratégias de comunicação terapêutica com usuários e famílias, baseada em conhecimentos para reduzir o estresse emocional, facilitar a cognição e transformação de comportamentos, e permitir o crescimento pessoal.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

23. Enquanto enfermeiro(a), monitoro minha reação emocional e respostas comportamentais frente aos usuários e uso o auto-conhecimento para alcançar o relacionamento terapêutico.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

24. Executo as fases do relacionamento terapêutico usuário-enfermeiro, com a utilização de estratégias para gerar confiança mútua, manutenção e conclusão do relacionamento terapêutico.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE	ÀS VEZES	QUASE	SEMPRE			

	NUNCA		SEMPRE			
1	2	3	4	5		

25. Enquanto enfermeiro(a), utilizo o relacionamento terapêutico para promover resultados clínicos positivos.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

26. Mantenho os limites profissionais para preservar a integridade do processo terapêutico.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

27. Identifico, com a equipe de saúde, alguns fatores que interferem na saúde mental dos indivíduos, tais como genéticos, familiares, ambientais, culturais, crenças e práticas espirituais, étnicos, socioeconômicos, uso de substâncias lícitas e ilícitas, dentre outros.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

28. Consigo avaliar as relações entre indivíduo, família, comunidade, sistemas sociais e o bem-estar do estado mental.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

29. Posso, junto com a equipe de saúde, reconhecer as necessidades em saúde mental da comunidade.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

30. Como enfermeiro(a), analiso o impacto de estressores da vida e crises situacionais dentro do contexto familiar.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

31. Como enfermeiro(a), avalio dentre os usuários com transtornos psiquiátricos o risco potencial de danos para si e outros, como negligência, abuso, suicídio, homicídio e outros comportamentos de injúria, e aciono os serviços da rede de cuidado social e em saúde para assistir estes usuários e familiares na promoção de um ambiente seguro.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

32. Sou capaz de diferenciar, entre os usuários, a presença de exacerbação e recorrência de transtornos psiquiátricos crônicos, dos sinais e sintomas de problemas em saúde mental ou de um novo caso de transtorno mental.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

33. Realizo interconsulta junto à equipe de apoio matricial (NASF e/ou CAPS) para a tomada de decisões de ações de cuidados ao usuário em saúde mental.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

34. Desenvolvo um plano de cuidados aos usuários com transtornos psiquiátricos do território da unidade básica de saúde.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

35. Planejo o cuidado para prevenir complicações e promover a qualidade de vida pelo uso de outras modalidades de tratamento que não somente a					P	Cl	Co
--	--	--	--	--	---	----	----

psicofarmacológica.							
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

36. Respeito e integro as influências culturais, étnicas e espirituais no plano de cuidados de usuários e familiares com problemas de saúde mental e transtornos psiquiátricos.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

37. Promovo ações de lazer, integração e integração entre grupos em situação de vulnerabilidade como crianças, idosos, pessoas com deficiência física, dentre outros.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

38. Conheço a rede de atenção psicossocial, bem como os procedimentos necessários para viabilizar maior assistência aos usuários, articulando ações de integração nos diferentes níveis de atenção.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

39. Oriento e encaminho os indivíduos, grupos e famílias para participação de psicoterapia e terapias complementares e alternativas em serviços da rede de saúde ou dentro da comunidade.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

40. Em situação de emergência psiquiátrica no território, tais como comportamento agressivo, verborragia, agitação psicomotora, extremos de humor (depressão ou mania), avalio a causa junto à família e aciono a rede de cuidados					P	Cl	Co
--	--	--	--	--	---	----	----

secundários para o cuidado emergencial efetivo, se necessário.							
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

41. Acompanho e monitoro casos de crise psiquiátrica e/ou tratamento dentro de um <i>continuum</i> de cuidados dos usuários integrado à rede de atenção à saúde mental.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

42. Avalio o impacto do plano de cuidados na identidade cultural, étnica e espiritual dos usuários e famílias com problemas em saúde mental ou transtornos psiquiátricos.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

43. Participo de programas de promoção da saúde mental, prevenção ou redução de risco para transtornos mentais promovidos no território, como tardes de lazer, grupos de autoajuda, atividades socioeducativas em escolas e ONG's, dentre outras.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

44. Defendo os direitos dos usuários e familiares para acesso à rede de atenção social e de saúde, consultas especializadas, medicações e recursos terapêuticos necessários.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

45. Encaminho, quando necessário, os usuários e família para outros profissionais e serviços comunitários como CAPS, CREAS, CRAS, associações de bairro,					P	Cl	Co
--	--	--	--	--	---	----	----

ONG's.							
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

46. Coordeno a orientação e o encaminhamento de acesso para outros serviços de cuidado em saúde para usuários e familiares.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

47. Esclareço aos usuários e familiares sobre os potenciais efeitos das opções de tratamento, sejam eles psicofarmacológicos ou não psicofarmacológicos.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

48. Proporciono práticas de educação em saúde para indivíduos, familiares e grupos no território para promover conhecimento, compreensão e manuseio efetivo dos problemas em saúde mental e transtornos psiquiátricos.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

49. Demonstro junto aos usuários, família e comunidade sensibilidade para dialogar sobre temas referentes à sexualidade, abuso de substâncias, violência e comportamentos de risco.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

50. Promovo capacitação para usuários e famílias com problemas de saúde mental ou transtornos mentais para prover auto-cuidado e comportamentos saudáveis.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			

	NUNCA		SEMPRE			
1	2	3	4	5		

51. Atuo junto à equipe de saúde em ações de atenção, prevenção e promoção de cuidados em saúde mental dirigidas a usuários e famílias.					P	CI	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

52. Participo de organizações profissionais e comunitárias que influenciam os cuidados dirigidos aos usuários e familiares.					P	CI	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

53. Colaboro com outros enfermeiros e profissionais em pesquisas na área de saúde mental.					P	CI	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

54. Defendo a implementação de ações em saúde mental na atenção primária a saúde em fóruns, eventos profissionais e científicos.					P	CI	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

55. Reconheço a importância da educação permanente referente à prática clínica em saúde mental através da participação de cursos, especializações, capacitações e eventos científicos na área.					P	CI	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

56. Enquanto enfermeiro(a), utilizo princípios éticos para assegurar a equidade de					P	CI	Co
--	--	--	--	--	---	----	----

acesso aos usuários com transtornos psiquiátricos na rede de atenção à saúde.							
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

57. Divulgo as políticas públicas de saúde mental no âmbito dos serviços e comunidade para reduzir o impacto do estigma aos usuários e familiares com problemas em saúde mental e transtornos psiquiátricos.					P	Cl	Co
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE			
1	2	3	4	5			

OBSERVAÇÕES:

ITEM (): _____

5 INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Especialista Nº _____

Nº da questão	Afirmativa	Item(ns) correspondente(s) Psychiatric Mental Health NP Competencies
12	O ambiente da atenção primária à saúde é um espaço propício para o cuidado da saúde mental.	
13	Como enfermeiro(a) da ESF, posso identificar precocemente alterações associadas com problemas na saúde mental, distúrbios psiquiátricos e decorrentes de tratamentos medicamentosos dentre a demanda da unidade básica de saúde.	
14	Conheço instrumentos validados e preconizados pelo Ministério da Saúde e demais instituições de cuidado à saúde para coleta de informações em relação à saúde mental, tais como escalas de avaliação com crianças e adolescentes, genogramas e ecogramas.	
15	Conheço protocolos e guias de cuidado para promover saúde mental, prevenir e reduzir o risco para transtornos mentais.	
16	Durante a consulta de Enfermagem à clientela, posso investigar questões ligadas à saúde mental, incluindo histórico de violência familiar, comportamento suicida ou auto-destrutivo, uso de substâncias, traumas, comportamento sexual, social e histórico do desenvolvimento do indivíduo.	
17	Utilizo, durante a consulta de Enfermagem, diferentes estratégias para coleta de informações em relação à saúde mental, tais como: uso de escalas de avaliação com crianças e adolescentes, genogramas, ecogramas e visitas domiciliares.	
18	Aplico protocolos e guias de cuidado para indivíduos e familiares para promover saúde mental e prevenir ou reduzir o risco para transtornos mentais.	
19	Identifico durante consulta e visita domiciliária as características do núcleo familiar dos usuários, observando o impacto de doenças agudas ou crônicas, distúrbios psiquiátricos e estressores sobre o sistema familiar.	
20	Como enfermeiro(a), demonstro habilidades durante as conversas com os usuários do serviço que facilitam o desenvolvimento de uma relação terapêutica.	
21	Reconheço e interpreto comunicações implícitas de usuários pela escuta de pistas verbais ou observação de comportamentos não verbais.	
22	Aplico estratégias de comunicação terapêutica com usuários e	

	famílias baseadas em conhecimentos para reduzir o estresse emocional, facilitar a cognição e transformação de comportamentos, e permitir o crescimento pessoal.	
23	Enquanto enfermeiro(a), monitoro minha reação emocional e respostas comportamentais frente aos usuários e uso a auto-conhecimento para alcançar o relacionamento terapêutico.	
24	Executo as fases do relacionamento terapêutico usuário-enfermeiro, com a utilização de estratégias para gerar confiança mútua, manutenção e conclusão do relacionamento terapêutico.	
25	Enquanto enfermeiro(a), utilizo o relacionamento terapêutico para promover resultados clínicos positivos.	
26	Mantenho os limites profissionais para preservar a integridade do processo terapêutico.	
27	Identifico com a equipe de saúde alguns fatores que interferem na saúde mental dos indivíduos tais como genéticos, familiares, ambientais, culturais, crenças e práticas espirituais, étnicos, socioeconômicos, uso de substâncias lícitas e ilícitas, dentre outros.	
28	Consigo avaliar as relações entre o indivíduo, família, comunidade, sistemas sociais e o bem-estar do estado mental.	
29	Posso, junto com a equipe de saúde, reconhecer as necessidades em saúde mental da comunidade.	
30	Como enfermeiro(a), analiso o impacto de estressores da vida e crises situacionais dentro do contexto familiar.	
31	Como enfermeiro(a), avalio dentre os usuários com transtornos psiquiátricos o risco potencial de danos para si e outros, como negligência, abuso, suicídio, homicídio e outros comportamentos de injúria, e aciono os serviços da rede de cuidado social e em saúde para assistir estes usuários e familiares na promoção de um ambiente seguro.	
32	Sou capaz de diferenciar entre os usuários a presença de exacerbação e recorrência de transtornos psiquiátricos crônicos, dos sinais e sintomas de problemas em saúde mental ou de um novo caso de transtorno mental.	
33	Realizo interconsulta junto à equipe de apoio matricial (NASF e/ou CAPS) para tomada de decisões de ações de cuidados ao usuário em saúde mental.	
34	Desenvolvo um plano de cuidados aos usuários com transtornos psiquiátricos do território da unidade básica de saúde.	
35	Planejo o cuidado para prevenir complicações e promover a qualidade de vida pelo uso de outras modalidades de tratamento que não somente a psicofarmacológica.	
36	Respeito e integro as influências culturais, étnicas e espirituais no	

	plano de cuidados de usuários e familiares com problemas de saúde mental e transtornos psiquiátricos.	
37	Promovo ações de lazer, integração e integração entre grupos em situação de vulnerabilidade como crianças, idosos, pessoas com deficiência física, dentre outros.	
38	Conheço a rede de atenção psicossocial, bem como os procedimentos necessários para viabilizar maior assistência aos usuários, articulando ações de integração nos diferentes níveis de atenção.	
39	Oriento e encaminho os indivíduos, grupos e famílias para participação de psicoterapia e terapias complementares e alternativas em serviços da rede de saúde ou dentro da comunidade.	
40	Em situação de emergência psiquiátrica no território, tais como comportamento agressivo, verborragia, agitação psicomotora, extremos de humor (depressão ou mania), avalio a causa junto à família e aciono a rede de cuidados secundários para o cuidado emergencial efetivo, se necessário.	
41	Acompanho e monitoro casos de crise psiquiátrica e/ou tratamento dentro de um <i>continuum</i> de cuidados dos usuários integrado à rede de atenção à saúde mental.	
42	Avalio o impacto do plano de cuidados na identidade cultural, étnica e espiritual dos usuários e famílias com problemas em saúde mental ou transtornos psiquiátricos.	
43	Participo de programas de promoção da saúde mental, prevenção ou redução de risco para transtornos mentais promovidos no território, como tardes de lazer, grupos de autoajuda, atividades socioeducativas em escolas e ONG's, dentre outras.	
44	Defendo os direitos dos usuários e familiares para acesso à rede de atenção social e de saúde, consultas especializadas, medicações e recursos terapêuticos necessários.	
45	Encaminho, quando necessário, os usuários e família para outros profissionais e serviços comunitários como CAPS, CREAS, CRAS, associações de bairro, ONG's.	
46	Coordeno a orientação e o encaminhamento de acesso para outros serviços de cuidado em saúde para usuários e familiares.	
47	Esclareço aos usuários e familiares sobre os potenciais efeitos das opções de tratamento, sejam eles psicofarmacológicos ou não psicofarmacológicos.	
48	Proporciono práticas de educação em saúde para indivíduos, familiares e grupos no território para promover conhecimento, compreensão e manuseio efetivo dos problemas em saúde mental e transtornos psiquiátricos.	

49	Demonstro, junto aos usuários, família e comunidade sensibilidade para dialogar sobre temas referentes à sexualidade, abuso de substâncias, violência e comportamentos de risco.	
50	Promovo capacitação para usuários e famílias com problemas de saúde mental ou transtornos mentais para prover auto-cuidado e comportamentos saudáveis.	
51	Atuo junto à equipe de saúde em ações de atenção, prevenção e promoção de cuidados em saúde mental dirigidas a usuários e famílias.	
52	Participo de organizações profissionais e comunitárias que influenciam os cuidados dirigidos aos usuários e familiares.	
53	Colaboro com outros enfermeiros e profissionais em pesquisas na área de saúde mental.	
54	Defendo a implementação de ações em saúde mental na atenção primária à saúde em fóruns, eventos profissionais e científicos.	
55	Reconheço a importância da educação permanente referente à prática clínica em saúde mental através da participação de cursos, especializações, capacitações e eventos científicos na área.	
56	Enquanto enfermeiro(a), utilizo princípios éticos para assegurar a equidade de acesso aos usuários com transtornos psiquiátricos na rede de atenção à saúde.	
57	Divulgo as políticas públicas de saúde mental no âmbito dos serviços e comunidade para reduzir o impacto do estigma aos usuários e familiares com problemas em saúde mental e transtornos psiquiátricos.	

Observações do avaliador:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIROS)

Caro(a) Enfermeiro(a),

Eu, Álissan Karine Lima Martins, sou enfermeira docente da Universidade Federal de Campina Grande, doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo um estudo intitulado “Construção e validação de Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental”, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Vieira.

Nesta pesquisa pretendo construir e validar “Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção em Saúde Mental” e, a partir dela, identificar as competências em saúde mental na atenção primária à saúde de enfermeiros. Desse modo, convido-lhe para participar deste estudo.

Assim sendo, solicito a sua permissão para aplicar uma escala, a ser preenchida via on-line, garantindo-lhe que você terá acesso, ao final da pesquisa, a todas as informações resultantes dela. Os registros serão devidamente guardados, sob minha responsabilidade, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

A sua participação é importante para o estudo, pois seu conhecimento, habilidades e atitudes na prática serão de grande valia para nossa discussão e contribuirão pra estruturação de novos olhares acerca da temática. Deste modo, suas informações, somadas a de outros profissionais, farão parte do estudo final e serão apresentadas na elaboração final da tese de doutorado.

Gostaria de enfatizar que no processo de desenvolvimento da investigação seu nome e nada que possa identificá-lo será revelado nos instrumentos de coleta de dados, garantindo-lhe o sigilo e anonimato de todas as informações referidas, bem como o direito de recusar-se a participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo pessoal ou profissional. Para isso, os instrumentos serão enumerados por ordem de envio, omitindo a identificação individual de cada participante.

A participação do estudo será voluntária, não havendo nenhum tipo de pagamento aos participantes da pesquisa. Entretanto, o benefício potencial desta sua participação é ajudar a promover reflexões acerca do conhecimento das competências do enfermeiro para atuação em saúde mental no âmbito da atenção primária à saúde, assim como para a adoção de estratégias que levem à adequação da prática vivenciada às concepções contemporâneas de saúde.

Após a devida compreensão dos aspectos ligados ao estudo e retiradas todas as dúvidas existentes, você deverá assinar duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permanecendo uma via com você e outra comigo.

Coloco-me à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida, pelos telefones: (88)3572.1413/ (88)8841.0109/ (85)8608.3778/ (88)9909.1959, pelo endereço: Avenida Castelo Branco, 3290 - Novo Juazeiro - Juazeiro do Norte – Ceará ou pelo e-mail alissankarine@gmail.com. Caso ache conveniente poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, pelo endereço: Rua Dr. Carlos

Chagas, s/n – Bairro São José – CEP: 58401-490 ou telefone: (83)2101.5545. Ainda, segue o endereço e contato do Conselho Regional de Enfermagem (COREN-CE): Avenida Duque de Caxias, 714 - Sala 211 - Centro – Crato – CE, Telefone: (88) 3523-3769.

Dados dos Participantes da Pesquisa

Nome:

Endereço:

Telefone:

Data de nascimento:

Consentimento pós-esclarecido

Eu _____, declaro que fui convenientemente esclarecido pelo pesquisador e que entendi o que foi me explicado sobre a pesquisa, logo, concordo em participar da presente pesquisa. Concordo também que os questionários sejam guardados e a pesquisa possa ser publicada.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Assinatura da Testemunha

APÊNDICE C – “ESCALA SOBRE COMPETÊNCIAS PARA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL” VALIDADA

Escala sobre Competências para Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção e Promoção da Saúde Mental

Caro(a) enfermeiro(a),

Este questionário está composto por duas etapas distintas, que são precedidas de instruções quanto ao preenchimento.

Qualquer dúvida, dirija-se ao pesquisador para maiores esclarecimentos pelo e-mail (alissankarine@gmail.com) ou pelos telefones: (88)9909.1959/ (88)8817.0109.

Desde já agradeço a sua colaboração!

*Obrigatório

Primeira Etapa

Na primeira etapa do questionário, você irá atribuir uma única resposta ou preencher com os dados solicitados.

1. **Município em que trabalha ***

.....

2. **A Unidade Básica de Saúde em que Trabalha está na:**

Marcar apenas uma oval.

Zona Urbana

Zona Rural

3. **Idade ***

.....

4. **Sexo ***

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

5. **Estado Civil ***

Marcar apenas uma oval.

Solteiro(a)

Casado(a)/ União Consensual

Divorciado(a)/ Separado(a)

Viúvo(a)

6. Universidade Formadora *

Marcar apenas uma oval.

- Universidade Regional do Cariri (URCA)
- Universidade Federal do Ceará (UFC)
- Universidade Estadual do Ceará (UECE)
- Universidade do Vale do Acaraú (UVA)
- Faculdade Leão Sampaio (FALS)
- Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
- Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN)
- Outro: _____

7. Tempo de Formação *

8. Tempo de Serviço na Estratégia Saúde da Família *

9. Tipo de Vínculo Empregatício *

Marcar apenas uma oval.

- Concurso Público Municipal
- Contrato Temporário
- Outro: _____

10. Possui Pós-Graduação Latu Sensu (Residência ou Especialização) *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

11. Caso possua Pós-Graduação Latu Sensu, qual a área?

Marcar apenas uma oval.

- Saúde da Família
- Enfermagem Clínica
- Saúde Coletiva/ Saúde Pública
- Enfermagem do Trabalho
- Saúde Mental
- Gestão em Serviços de Saúde
- Outro: _____

12. **Possui Pós-Graduação Strictu Sensu (Mestrado e/ou Doutorado)?**

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

13. **Caso possua Pós-Graduação Strictu Sensu, qual a área?**

Marcar apenas uma oval.

- Enfermagem
 Saúde Coletiva/ Saúde Pública
 Gestão em Serviços de Saúde
 Enfermagem Clínica
 Outro:

Segunda Etapa

Na segunda etapa, você irá assinalar com um X, a resposta que representa o seu grau de concordância a cada uma das afirmações, conforme a escala apresentada ao lado:

- NUNCA - 1
 QUASE NUNCA - 2
 ÀS VEZES - 3
 QUASE SEMPRE - 4
 SEMPRE - 5

De acordo com a sua experiência e prática enquanto enfermeiro(a) na Estratégia Saúde da Família, responda às seguintes questões:

14. **Conheço protocolos e guias de cuidado para promover saúde mental, prevenir e reduzir o risco para transtornos mentais. ***

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

15. **Durante a consulta de Enfermagem, posso investigar questões ligadas à saúde mental, incluindo violência familiar, comportamento suicida ou auto destrutivo, uso de substâncias, traumas, comportamento sexual e social e histórico do desenvolvimento do indivíduo. ***

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

16. **Identifico, durante consulta ou visita domiciliária, as características do núcleo familiar dos usuários, observando o impacto de doenças agudas ou crônicas, distúrbios psiquiátricos e estressores sobre o sistema familiar. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

17. **Como enfermeiro (a), demonstro habilidades durante as conversas com os usuários do serviço que facilitam o desenvolvimento de uma relação terapêutica. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

18. **Aplico estratégias de comunicação terapêutica com usuários e famílias para reduzir o estresse emocional, facilitar a cognição e transformação de comportamentos e permitir o crescimento pessoal. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

19. **Executo as fases do relacionamento terapêutico usuário-enfermeiro, com a utilização de estratégias para gerar confiança mútua, manutenção e conclusão do relacionamento terapêutico. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

20. **Mantenho os limites profissionais para preservar a integridade do processo terapêutico. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

21. **Posso reconhecer, junto à equipe de saúde, as necessidades em saúde mental da comunidade. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

34. **Encaminho, quando necessário, os usuários e familiares para outros profissionais e serviços comunitários como CAPS, CREAS, CRAS, associações de bairro, ONG's. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

35. **Esclareço aos usuários e familiares quanto aos potenciais efeitos das opções de tratamento, sejam eles psicofarmacológicos ou não-psicofarmacológicos. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

36. **Proporciono práticas de educação em saúde para indivíduos, familiares e grupos no território para promover conhecimento, compreensão e manuseio efetivo dos problemas em saúde mental e transtornos psiquiátricos, incluindo o auto cuidado e comportamento saudável. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

37. **Participo de organizações profissionais e comunitárias que promovem ações de saúde mental dirigidos aos usuários e familiares. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

38. **Colaboro com outros enfermeiros e profissionais em pesquisas na área de saúde mental. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

39. **Defendo a implementação de ações em saúde mental na atenção primária a saúde em fóruns, eventos profissionais e científicos. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

40. **Reconheço a importância da educação permanente, referente à prática clínica em saúde mental, através da participação de cursos, especializações, capacitações e eventos científicos na área. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

41. **Enquanto enfermeiro (a), utilizo princípios éticos para assegurar a equidade de acesso aos usuários com transtornos psiquiátricos na rede de atenção à saúde. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

42. **Divulgo as políticas públicas de saúde mental no âmbito dos serviços e comunidade para reduzir o impacto do estigma aos usuários e familiares com agravos de saúde mental e transtornos psiquiátricos. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

ANEXOS

ANEXO A – TERMOS DE AUTORIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

JUAZEIRO DO NORTE– CE, 30 DE JULHO DE 2012

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE AUTORIZO A REALIZAÇÃO DO ESTUDO “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE” NESTE MUNICÍPIO, TENDO COMO PESQUISADORA RESPONSÁVEL A ENFERMEIRA DOUTORANDA ÁLISSAN KARINE LIMA MARTINS, SOB A ORIENTAÇÃO DA PROFA. DRA. NEIVA FRANCENELY CUNHA VIERA.

ATENCIOSAMENTE,


KeMa G. A. Lustosa
-ASSESSORA TÉCNICA- SESAU-
JUAZEIRO DO NORTE - CE

NUCLEO GESTOR



PREFEITURA MUNICIPAL DE FARIAS BRITO - CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FARIAS BRITO
Rua Manoel Pinheiro, 568 – Farias Brito - CE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização do estudo “Construção e Validação de Escala de Avaliação de Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde” neste município, tendo como pesquisadora responsável a enfermeira doutoranda Álissan Karine Lima Martins, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Neiva Francenely Cunha Viera.

Atenciosamente,

Secretário de Saúde do Município de Farias Brito
(ASSINATURA E CARIMBO)

Dr. José Liberalino de Menezes Neto
Secretário de Saúde
Farias Brito -

**PREFEITURA MUNICIPAL DE GRANJEIRO**

ADM: Reconstruindo um Granjeiro

CNPJ: 11.422.373/0001-77

Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

SR : Responsável

Granjeiro ,27 julho de 2012

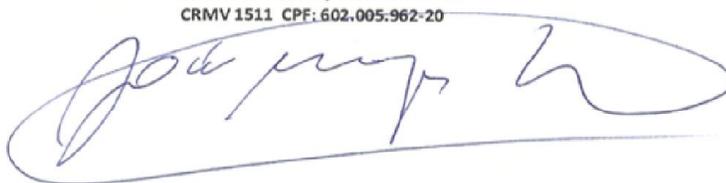
Declaramos para os devidos fins que autorizo a realização do estudo construção e validação de escala de Avaliação de Competências para atuação do Enfermeiro em saúde mental na atenção primária à Saúde a responsabilidade da enfermeira doutorada ÁLMAN KARINE LIMA MARTINS.

Certo do vosso apoio

Atenciosamente



Dr. João Marques Soares
CRMV 1511 CPF: 602.005.962-20



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTONINA DO NORTE - CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANTONINA DO NORTE
Rodovia CE 373 – Serraria - Antonina do Norte - CE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização do estudo “Construção e Validação de Escala de Avaliação de Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde” neste município, tendo como pesquisadora responsável a enfermeira doutoranda Álissan Karine Lima Martins, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Neiva Francenely Cunha Viera.

Atenciosamente,

Luzier Alves de Souza
Secretária de Saúde de
Antonina do Norte - CE

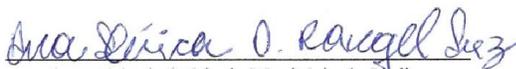
Secretário de Saúde do Município da Antonina do Norte
(ASSINATURA E CARIMBO)

PREFEITURA MUNICIPAL DE JARDIM - CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JARDIM
Avenida Wilson Roriz, 951 – Jardim - CE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização do estudo “Construção e Validação de Escala de Avaliação de Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde” neste município, tendo como pesquisadora responsável a enfermeira doutoranda Álissan Karine Lima Martins, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Viera.

Atenciosamente,



Secretário de Saúde do Município de Jardim
(ASSINATURA E CARIMBO)

Ana Hérica Oliveira Rangel Luz
Secretária de Saúde de Jardim

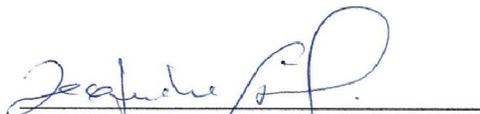


PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBALHA - CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARBALHA
Rua Princesa Izabel, s/n – Barbalha - CE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização do estudo “Construção e Validação de Escala de Avaliação de Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde” neste município, tendo como pesquisadora responsável a enfermeira doutoranda Álissan Karine Lima Martins, sob a orientação da Prof.^a. Dr.^a. Neiva Francenely Cunha Viera.

Atenciosamente,



Secretário de Saúde do Município da Barbalha
(ASSINATURA E CARIMBO)

PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSARÉ - CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSARÉ
Rua Tenente Moacir Freire, 93 – Assaré - CE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização do estudo “Construção e Validação de Escala de Avaliação de Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde” neste município, tendo como pesquisadora responsável a enfermeira doutoranda Álissan Karine Lima Martins, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Viera.

Atenciosamente,



Secretário de Saúde do Município da Assaré
(ASSINATURA E CARIMBO)

Shayla Martins Alves
Secretária Municipal da Saúde
Assaré-CE Matr.: 00572822



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATO - CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRATO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização do estudo "Construção e Validação de Escala de Avaliação de Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde" neste município, tendo como pesquisadora responsável a enfermeira doutoranda Álissan Karine Lima Martins, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Viera.

Atenciosamente,

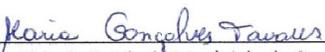
Secretário de Saúde do Município da Crato
(ASSINATURA E CARIMBO)

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRIAÇU - CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARIRIAÇU
Rua Luiz Rolim, s/n – Caririaçu - CE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização do estudo “Construção e Validação de Escala de Avaliação de Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde” neste município, tendo como pesquisadora responsável a enfermeira doutoranda Álissan Karine Lima Martins, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Neiva Francenely Cunha Viera.

Atenciosamente,



Secretário de Saúde do Município da Caririaçu
(ASSINATURA E CARIMBO)
Maria Gonçalves Tavares
Secretária Municipal de
Saúde de Caririaçu-CE



PREFEITURA MUNICIPAL DE MISSÃO VELHA - CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MISSÃO VELHA
Avenida Coronel José Dantas, s/n – Missão Velha - CE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização do estudo “Construção e Validação de Escala de Avaliação de Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde” neste município, tendo como pesquisadora responsável a enfermeira doutoranda Álissan Karine Lima Martins, sob a orientação da Profª. Drª. Neiva Francenely Cunha Viera.

Atenciosamente,

Secretário de Saúde do Município de Missão Velha
(ASSINATURA E CARIMBO)

A handwritten signature in blue ink is written over an official stamp. The stamp is rectangular and contains the following text: "Secretaria Municipal de Saúde", "Município de Missão Velha - CE", and "Parecer nº 1201/2019".

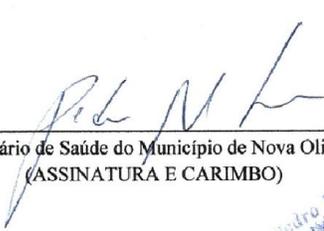
Secretaria Municipal de Saúde
Município de Missão Velha - CE
Parecer nº 1201/2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA OLINDA - CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA OLINDA
Rua Alvin Alves, 146 – Nova Olinda - CE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização do estudo “Construção e Validação de Escala de Avaliação de Competências para Atuação do Enfermeiro em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde” neste município, tendo como pesquisadora responsável a enfermeira doutoranda Álissan Karine Lima Martins, sob a orientação da Profª. Drª. Neiva Francenely Cunha Viera.

Atenciosamente,



Secretário de Saúde do Município de Nova Olinda
(ASSINATURA E CARIMBO)

Secretaria Municipal de Saúde
Nova Olinda - CE

ANEXO B – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação, que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, o projeto de número CAAE: 07013012.0.0000.5182 intitulado: **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC em 30 dias, relatório final de conclusão, antes do envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos do HUAC em data a ser acordada entre o CEP e o pesquisador.


Prof. Maria Teresa Nascimento Silva
Coordenadora CEP/HUAC/UFPG

Campina Grande - PB, 23 de Abril de 2013.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br