



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

**JULIANA PAULA BALESTRA SOARES**

---

**COMPETÊNCIA EM SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA DE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM EM CAPS**

---

Goiânia  
2017

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR  
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES  
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico:     Dissertação    [ ] Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

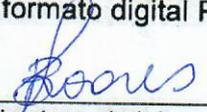
Nome completo do autor: *Fuliana Paula B. Soares*

Título do trabalho: *Competência em saúde mental sob a perspectiva de profissionais que atuam em CAPS.*

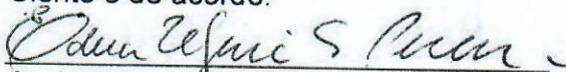
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento  SIM    [ ] NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

  
Assinatura do(a) autor(a)<sup>2</sup>

Ciente e de acordo:

  
Assinatura do(a) orientador(a)<sup>2</sup>

Data: 11 / 06 / 2019

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

<sup>2</sup> A assinatura deve ser escaneada.

**JULIANA PAULA BALESTRA SOARES**

---

**COMPETÊNCIA EM SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA  
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM EM CAPS**

---

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - nível Mestrado Profissional - da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Ensino na Saúde.

Linha de Pesquisa: Concepções e Práticas na Formação dos Profissionais de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Edna Regina Silva Pereira

Co-orientadora: Profa. Dra. Jacqueline Rodrigues de Lima

Goiânia  
2017

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação na (CIP) GPT/BC/UFG**

Balestra Soares, Juliana Paula  
COMPETÊNCIA EM SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA DE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM EM CAPS [manuscrito] / Juliana Paula  
Balestra Soares. - 2017. 142.:il.

Orientador: Profa. Dra. Edna Regina Silva Pereira; co-orientadora  
Dra. Jacqueline Rodrigues de Lima.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade  
de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
(Profissional), Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, símbolos, lista de figuras, lista de  
tabelas.

1. Competência profissional. 2. Formação profissional. 3. Saúde. 4.  
Saúde mental. I. Silva Pereira, Edna Regina, orient. II. Título.

CDU 614



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE MEDICINA

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde

ATA de Defesa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Às quatorze horas e trinta minutos do dia treze de dezembro de dois mil e dezessete, reuniu-se na Faculdade de Medicina a Comissão Julgadora infranomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Dissertação apresentada pelo (a) Pós-Graduando (a) **JULIANA PAULA BALESTRA SOARES**, intitulada "**COMPETÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM EM CAPS NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA**", como parte de requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde, área de concentração **Ensino na Saúde**. O (A) Presidente da Comissão julgadora, **Prof.ª Dra. Edna Regina Silva Pereira**, concedeu a palavra ao (a) candidato (a) para exposição em até trinta minutos do seu trabalho. A seguir, o (a) senhor (a) presidente concedeu a palavra, pela ordem, sucessivamente aos Examinadores, os quais passaram a arguir o (a) candidato (a) durante o prazo máximo de vinte minutos, assegurando-se ao (à) mesmo (a) igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição, que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando o (a) candidato (a) APROVADA [Aprovado (a) ou Reprovado (a)]. Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou o (a) candidato (a) **Juliana Paula Balestra Soares** (  ) Habilitado (a) (  ) Não habilitado (a). Nada mais havendo a tratar, eu **Prof.ª Dra. Edna Regina Silva Pereira**, lavrei a presente ata que, após lida e julgada conforme, foi por todos assinada.

**Banca Examinadora**

**Assinatura**

Prof.ª Dra. Edna Regina Silva Pereira – presidente

Prof. Dr. Tadeu João Baptista – titular

Prof.ª Dra. Camila Cardoso Caixeta – titular

Prof.ª Dra. Dione Marçal Lima – suplente

Prof.ª Dra. Ida Helena Carvalho F. Menezes – suplente

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:

Competência em Saúde Mental na perspectiva  
de profissionais de saúde que atuam em CAPS

**Juliana Paula Balestra Soares**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

**BANCA EXAMINADORA**

**Aluna: Juliana Paula Balestra Soares**

---

**Orientadora: Dra. Edna Regina Silva Pereira**

---

**Co-Orientadora: Dra. Jacqueline Rodrigues de Lima**

**Membros:**

**1. Dra. Edna Regina Silva Pereira**

**2. Dr. Tadeu João Ribeiro Baptista**

**3. Dra. Camila Cardoso Caixeta**

**Suplentes:**

**1. Dra. Ida Helena Carvalho F. Menezes**

**2. Dra. Dione Marçal Lima**

**Data: 13/12/17**

*Dedico este trabalho aos futuros profissionais da Saúde Mental e aos profissionais que atuam com pessoas com transtorno mental.*

## **AGRADECIMENTOS**

---

Agradeço a todos que contribuíram de alguma forma, direta ou indiretamente, para a conclusão desta dissertação.

Primeiramente, a Deus que me deu força e sustentação para persistir e chegar até o fim.

Depois, à minha orientadora, Dra. Edna Regina Silva Pereira, que me deu carta de aceite sem mesmo me conhecer, pela paciência, pelos “puxões de orelha”, pela competência.

À minha co-orientadora, Dra. Jacqueline Rodrigues de Lima, que me auxiliou muito com sua visão mais humana, mas exigente.

À minha mãe, Carmencita Márcia Balestra, que cuidou de meus filhos quando tinha que vir para Goiânia; pelos empréstimos, pela dedicação e exigência que fizeram com que eu continuasse firme e forte nesta jornada.

Ao meu marido, Wesley Leandro Silva Libânio, que me deu colo, apoio, escuta, aturou minhas loucuras e esteve sempre ao meu lado me apoiando e me incentivando a aprimorar meus estudos.

Aos meus filhos, João Gabriel Balestra Libânio e Maria Julia Balestra Libânio, pois sem eles eu não poderia ter me tornado mãe; apesar das peraltices e do stress são o bem mais precioso que possuo.

À minha sogra, Maria Deuzuíta Libânio, que acolheu meus filhos em muitos finais de semana para eu poder estudar.

Aos meus amigos que compreenderam a minha ausência entre eles e a necessidade de eu me concentrar nos estudos.

Aos meus colegas do mestrado, Marta, Lívia, Julliete, Valter, Ângela, Fabrício, Virgílio, Ana Flávia, Nyanne, e às amigas Luciana, Héliida, Martinha e Cristina. Dois anos e meio no mesmo barco.

À Roberta, secretária do MEPES, sempre gentil aos pedidos de socorro e às solicitações feitas por mim.

Aos profissionais de saúde dos CAPS Beija Flor e CAPSi, no período em que fui supervisora de estágio, por terem sido uma inspiração para o objeto de estudo desta dissertação.

À FAPEG que me concedeu a Bolsa de Estudos.

Ao professor Dr. Tadeu Baptista a quem admiro como um grande ser humano; mesmo possuindo uma "pedra no coração" foi, por muitas vezes, um grande amigo na estrada da vida.

À minha amiga Joelma Cristina Gomes, companheira de longa data e neste percurso do mestrado. Obrigada por seu otimismo e energia positiva, responsáveis por me (re)animar neste caminho.

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>24</b>
	2.1 Considerações sobre a loucura	24
	2.1.1 Da reforma psiquiátrica ao CAPS: evolução da Saúde Mental no Brasil	26
	2.2 Conceito de competências na saúde	34
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>39</b>
	4.1 Abordagem e Tipo de Estudo	39
	4.2 Revisão Integrativa	40
	4.3 Pesquisa de campo	41
	4.3.1 Local de Estudo	41
	4.3.2 Participantes de pesquisa	42
	4.3.3 Coleta de dados	43
	4.3.4 Análise de dados	44
	4.3.5 Aspectos éticos	51
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>52</b>
	5.1 Artigo 01- Competência Profissional na Saúde: uma revisão integrativa	52
	5.2 Artigo 02- Competência em saúde mental sob a perspectiva de profissionais de saúde que atuam em CAPS	76
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	<b>102</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>103</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>104</b>
	<b>PRODUTOS</b>	<b>118</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>127</b>
	Apêndice 01 - Roteiro das questões norteadoras do Grupo Focal	127
	Apêndice 02 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	129
	Apêndice 03 - Perfil Profissiográfico	133

---

<b>ANEXOS</b>	<b>134</b>
Anexo 01 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição	134
Anexo 02 - Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia	135
Anexo 03 - Normas de Submissão para Revista Saúde e Sociedade (Artigo 01)	137
Anexo 04- Submissão para Revista Saúde e Sociedade (Artigo 01)	139
Anexo 05 - Normas de Submissão para Revista Interface (Artigo 02)	140

---

## TABELAS, FIGURAS E ANEXOS

---

### QUADRO

QUADRO 01	Divisão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil
-----------	--

### ARTIGO 01

QUADRO 01	Características dos dezesseis profissionais de saúde participantes da pesquisa quanto aos dados demográficos, tempo de trabalho e formação
-----------	--

### ARTIGO 02

QUADRO 01	Características dos dezesseis profissionais de saúde participantes da pesquisa quanto aos dados demográficos, tempo de trabalho e formação.
QUADRO 02	Primeira Codificação do Grupo Focal 01 e 02
QUADRO 03	Segunda Codificação do Grupo Focal 01 e 02
QUADRO 04	Nova re-contextualização do Grupo Focal 01 e 02

---

## SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

---

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CONAS	Conselho Consultivo de Administração Saúde Previdenciário
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DCN	Diretriz Curricular Nacional
DINSAM	Divisão nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde
EIP	Educação Interprofissional
GF	Grupo Focal
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Básica
ME	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
PNAP	Política Nacional de Assistência Psiquiátrica
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RP	Reforma Psiquiátrica
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico

---

SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIP	Trabalho Interprofissional
UFG	Universidade Federal de Goiás



## RESUMO

---

A Reforma Psiquiátrica teve início em meados dos anos 1970 como um processo político e social complexo apresentando desafios que precisam ser debatidos nos planos de rede e território, da assistência, da clínica, da política, da formação de recursos humanos em relação ao tratamento e cuidado de pessoas com transtorno mental. Os Centros de Atenção Psicossocial são dispositivos estratégicos para fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, com um olhar mais humano e novas formas de cuidar que possibilitam a construção de novos saberes e práticas em relação à saúde mental. Dentro dessa construção de saberes e práticas estão as competências que podem ser desenvolvidas no processo de formação ou do trabalho. Esta pesquisa tem como objetivo investigar qual a concepção de competência dos profissionais de saúde mental atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial na cidade de Goiânia-GO. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem exploratória. Os sujeitos da pesquisa constituíram-se de dezesseis profissionais de saúde de diferentes categorias, entre eles: médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, farmacêutico, musicoterapeuta, arteterapeuta, professor de Educação Física, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional atuantes nos CAPS no município de Goiânia. Para a coleta de dados foi utilizada uma ficha de perfil profissiográfico. Os dados mostram que o perfil dos profissionais é relativamente juvenil (média de quarenta anos), na sua maioria do sexo feminino, todos concursados pela Secretaria Municipal de Saúde do município, com permanência no serviço no CAPS há, aproximadamente, nove anos e apenas 25% possuem pós-graduação/especialização em saúde mental. Além dessa ficha foram realizados dois grupos focais. Para a análise de dados, utilizou-se a análise interpretativa. Como resultado deste estudo apresentam-se dois artigos: o artigo 01 revela a revisão integrativa sobre o conceito de competência profissional mostrando que

não há um conceito único de competência, contudo apontando para a influência das principais concepções sobre competência, a partir do país ou da região de origem, sendo elas: francesa, americana, inglesa, australiana e sul-americana. A concepção francesa é a que mais apresentou artigos revelando o conceito de competência como sinônimo de articulação, integração e mobilização de saberes múltiplos (saber, saber fazer, saber ser, saber engajar-se, saber comunicar-se, saber conviver) auxiliares para resolver situações complexas e/ou tomadas de decisão. O artigo 02 constitui-se do estudo de dois grupos focais e apresenta quatro categorias: Formação e Educação Permanente; Trabalhador (características pessoais e satisfação do trabalhador do CAPS); Institucionalização do CAPS e Processo de trabalho, revelando a institucionalização das competências do CAPS e que o profissional, independente da formação, tem de se adequar a elas quando vai atuar nesse espaço.

Palavras-chaves: competência profissional, formação profissional, saúde mental.

## ABSTRACT

---

The Psychiatric Reform began in the mid-1970s as a complex political and social process presenting challenges that need to be debated in the network and territory plans, assistance, clinic, policy, human resources training in relation to treatment and care of people with mental disorders. The psychosocial care centers are strategic devices for strengthening the Psychiatric Reform, with a more humane look and new forms of care that enable the construction of new knowledge and practices in relation to mental health. Within this construction of knowledge and practices are the skills that can be developed in the process of training or work. This research aims to investigate the conception of competence of mental health professionals working in the Centers for Psychosocial Care in the city of Goiânia-GO. This is a qualitative research with an exploratory approach. The subjects of the research consisted of sixteen health professionals from different categories, among them: psychiatrist, psychologist, social worker, pharmacist, music therapist, art therapist, Physical Education teacher, speech therapist and occupational therapist working at CAPS in the city of Goiânia. For the data collection, a profile profile was used. The data show that the profile of the professionals is relatively juvenile (average of forty years), most of them female, all of them being taken on by the Municipal Health Department of the municipality, with a stay in the CAPS for approximately nine years and only 25 % have postgraduate / specialization in mental health. In addition, two focus groups were carried out. For the analysis of data, we used the interpretative analysis. As a result of this study, two articles are presented: article 01 reveals the integrative review on the concept of professional competence, showing that there is no single concept of competence, however pointing to the influence of the main concepts of competence, from the country or the region of origin, being: French, American, English, Australian and South American. The French concept is the one that

presented the most articles revealing the concept of competence as synonymous with articulation, integration and mobilization of multiple knowledges (knowledge, know-how, knowing to be, knowing to engage, knowing to communicate, knowing to live) helps to solve complex situations and / or decision-making. Article 02 is the study of two focus groups and presents four categories: Training and Permanent Education; Worker (personal characteristics and satisfaction of the CAPS worker); Institutionalization of the CAPS and Work Process, revealing the institutionalization of CAPS competences and that the professional, regardless of the training, has to adapt to them when it will act in that space.

Key-words: professional competence, professional formation, health, mental health.

## APRESENTAÇÃO

---

Minha trajetória profissional foi construída após minha graduação em Educação Física no ano de 2000, e pós-graduação em Educação Física Escolar em 2001, quando iniciei minha atuação na docência universitária. Entre as disciplinas que ministrei, destaca-se o Estágio Supervisionado Obrigatório, inicialmente realizado no âmbito de escolas públicas de Ensino Fundamental e de atendimento a pessoas portadoras de necessidades especiais. Posteriormente, as atividades de supervisão foram ampliadas para espaços comunitários, e a partir de 2014 fomos inseridos no serviço público de saúde mental.

Esta dissertação vai ao encontro das minhas inquietações, iniciadas no período em que fui professora substituta do Curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Federal de Goiás (UFG). Nesse período, de 2014 a 2016, fui supervisora de Estágio Supervisionado Obrigatório em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Goiânia-GO.

Um dos CAPS realizava atendimento para o público infantil e tinha como espaço inicial uma chácara, em uma área nobre da cidade que contava com um campo de futebol, piscina e espaço amplo com salas. Esse CAPS é o único que contempla o atendimento para crianças e adolescentes até dezoito anos e por isso sua demanda é imensa, pois atende a região metropolitana de Goiânia e cidades do interior do estado. A equipe na época era a maior de todos os CAPS, com uma média de trinta e cinco profissionais, entre eles psicólogo, psiquiatra, musicoterapeuta, professor de Educação Física, assistente social, terapeuta ocupacional e arteterapeuta.

Infelizmente, no ano de 2015, o CAPS foi “despejado” desse espaço por falta de pagamento do aluguel e transferido provisoriamente para um antigo ambulatório psiquiátrico sem condições para manter o atendimento de qualidade. Nessa mudança muitos usuários deixaram de frequentar o CAPS, devido à distância e o fim de atividades que exigiam uma estrutura física diferenciada como recreação aquática, karatê e futebol.

O outro CAPS, por sua vez, atende o público adulto com transtorno mental, em espaço amplo, estilo chácara, com muitas árvores. Esse CAPS ainda é responsável por duas Residências Terapêuticas (RTs) compostas apenas por mulheres com grau de comprometimento mental mais severo e possui uma equipe inter e multiprofissional integrada.

Quando fui fazer a primeira visita no CAPS (Transtorno Adulto) pude perceber o quão frágil era meu entendimento e conhecimento sobre "loucura", "usuários loucos", e o preconceito que trazia dentro de mim.

Apesar de possuir na família pessoas com transtorno bipolar e esquizofrenia, era diferente estar ali com desconhecidos por quem eu sentia "medo" das ações e reações, e por isso me restringia a ficar sempre perto dos profissionais de saúde mental dos CAPS.

Nesse tempo também me deparei com as inquietações, questionamentos e dúvidas dos discentes em relação ao papel da Educação Física no campo da saúde mental. Geralmente, os estágios dos cursos de bacharelado em Educação Física se limitam à atividade física em academias. A Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás (UFG) foi pioneira na oferta de atividades de práticas e estágio supervisionado em serviços públicos de saúde, dentre eles os CAPS.

Estava certa de que meus entraves teóricos/práticos estavam relacionados à graduação direcionada para a área escolar. Na época, fim da década de 1990, ainda não havia a discussão sobre a saúde mental, e a inserção da Educação Física na área de saúde pública era incipiente.

Nesse sentido, tive que buscar embasamento teórico para atender as necessidades de aprendizagem dos estudantes e as demandas específicas do serviço.

Alguns questionamentos surgiram em relação à formação: Que perfil de profissionais pretendia-se formar? Críticos? Reflexivos? Humanizados? Que saberes seriam necessários para a atuação em saúde mental? Que competências deveriam ser desenvolvidas para a atuação de professores de Educação Física nos CAPS?

# 1 INTRODUÇÃO

---

A sociedade, atualmente, é caracterizada por um desenvolvimento acelerado em vários campos do saber e o avanço tecnológico tem impactado de forma complexa as relações humanas, o ensino e o trabalho. Assim, há uma necessidade de impulsionar as demandas humanas para o engajamento nesse processo (MITRE et al. 2008; BERBEL, 2011).

No Brasil, a formação de profissionais na saúde ainda é pautada em conceitos relacionados com a saúde enquanto doença, com ênfase no aspecto biológico, e o usuário tratado de forma descontextualizada de sua história, cultura, religião e hábitos. Um dos grandes desafios para o fortalecimento e consolidação das políticas públicas de saúde está relacionado à formação e educação permanente, pois, apesar dos avanços conceituais relacionados ao SUS, o ensino e trabalho em saúde ainda são influenciados, entre outros, pela individualidade do conhecimento, fragmentação do conteúdo e modelo hospitalocêntrico. (BATISTA, 2012; MORAES; COSTA, 2015).

Esse processo é amplo e deve envolver as instituições na reformulação de grades curriculares, além de professores, profissionais e preceptores que auxiliam de forma direta ou indireta na formação dos discentes, seja no ensino ou no serviço (RODRIGUES et al. 2013; BERBEL, 2011).

No Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) 9394/96 iniciou o processo de flexibilização de currículos de graduação e superação do modelo de currículo mínimo e da grade curricular e influenciou a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) na área da saúde que tem foco na formação humanista, crítica, reflexiva e generalista com uma visão transformadora na formação profissional tanto nas alterações dos seus Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) quanto na adoção de diretrizes para cada curso de graduação (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014).

As DCNs enfatizam como competências gerais na formação em saúde a atenção à saúde, a tomada de decisão, a comunicação, a liderança, a administração/gerenciamento e a educação permanente, com o objetivo de formar generalistas para atuar no âmbito do SUS com foco sobre a saúde e sua promoção na perspectiva da integralidade da atenção e do trabalho em equipe (BRASIL, 2001).

Essas competências apresentam características relacionadas ao desempenho individual em um contexto no qual as políticas públicas de saúde são fundamentadas no trabalho multiprofissional e interprofissional. Muitos cursos das mais diferentes áreas da saúde construíram suas propostas curriculares conceitualmente a partir das propostas contidas nas DCNs, alterando apenas nomes de disciplinas, ementas e carga horária, mantendo, no entanto, os conteúdos, as estratégias de ensino-aprendizagem e o ensino uni e multiprofissional caracterizados nos currículos anteriores (MORAES; COSTA, 2015).

E essas alterações podem ser percebidas não só na saúde, mas também na saúde mental, pois apesar de existirem políticas públicas direcionadas à saúde mental no Brasil que efetivam ações, programas e projetos, existe uma lacuna no que diz respeito à formação e competências necessárias para a atuação dos profissionais de saúde nesta área. O conteúdo curricular dos cursos da saúde, por exemplo, Medicina, Enfermagem, Psicologia e Terapia Ocupacional, possuem uma carga horária insuficiente em saúde mental e dão enfoque hospitalocêntrico e direcionado ao tratamento no modelo biomédico (CARNEIRO; PORTO, 2014).

Bezerra (2007) afirma que a formação de profissionais na saúde mental é desafiadora já que eles não passaram pela luta política e ideológica envolvendo a criação do movimento antimanicomial, e talvez por isso não consigam entender as propostas para a atuação na área. Amarante (2008) revela que o profissional que trabalha na saúde mental deve receber em sua formação reflexões críticas e problematizadoras da complexidade humana. Na literatura poucas produções abordam a

competência profissional em saúde mental, salvo a área da Enfermagem que vem se destacando nessa temática (LUCCHESE, 2009; MARTINS, 2014; SOUZA, 2015; NEVES, 2012).

Portanto, esse trabalho justifica-se pela necessidade de ampliar o conhecimento sobre competência profissional em saúde mental visando contribuir, localmente, no planejamento de atividades de educação permanente e na definição de ementas, conteúdos, metodologias e avaliação dos cursos de saúde. Nesse sentido, o estudo tem por objetivo geral compreender a definição de competência em saúde e a percepção dos profissionais de saúde mental em relação ao seu conceito para atuação no CAPS.

## 2) REFERENCIAL TEORICO

---

Para entendimento deste estudo, o trabalho apresenta três partes de discussão para o referencial teórico: Considerações sobre a loucura, a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil até a construção do CAPS e, por último, o conceito de competência na saúde.

### 2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A LOUCURA

Em tempos remotos a loucura não era considerada algo negativo, muito menos significava doença. Platão e Aristóteles, na Grécia Antiga, diziam que a loucura era considerada divina, pois acreditavam que apenas por meio do delírio as pessoas poderiam ter acesso às verdades dos deuses. Contudo, na antiguidade clássica essa percepção de loucura se dissolveu (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

O tema loucura nos remete a uma vasta literatura, discutida e apreciada por diversos autores, inclusive por Foucault em História da loucura. O autor cita em um de seus livros que o tema pode ser traduzido de uma forma simples e simbólica por meio da obra *Nau dos loucos*

que simboliza toda uma inquietude, soerguida subitamente no horizonte da cultura europeia, por volta do fim da Idade Média. A loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens (FOUCAULT, 1977, p.18).

Os barcos, desde o século XV até a primeira parte da Renascença, levavam suas cargas "insanas" de uma cidade para a outra, tendo em vista que os loucos viviam soltos pelas ruas e campos, ora sendo escorraçados de seus habitats, ora confinados por mercadores, ora chicoteados, ora perseguidos como se fossem bichos. E com isso, a cidade voltava a ser purificada e aí se justificava a não entrada dos loucos nas igrejas, como se tivessem pacto com o Mal, com o diabo (IDEM, 1977).

Na Idade Média, o leproso era considerado a encarnação do mal (castigo dos céus) que causava pavor e excluía os indivíduos. Com o fim das cruzadas a lepra cede espaço à nova representante: a loucura. No fim da Idade Média a loucura assume outro papel, uma espécie de desatino em que ninguém tem culpa, resultando nas pessoas uma complacência velada. Ela se torna tema geral da crítica, nos bobos, nas farsas, nas sátiras, e não é mais ridicularizada, pelo contrário, a loucura toma lugar no centro do teatro, representando alguém que detém a verdade (IDEM, 1977).

Apenas no século XVIII, Século das Luzes, a loucura torna-se objeto de estudo específico da Medicina, que a caracteriza como doença mental passível de cura. Nesse período, o hospital surge como espaço terapêutico. E ao estudar cientificamente a loucura surge o termo "alienação" que teria sinônimo de erro, desordem e não de sobrenatural (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Nesse sentido, o alienado é a pessoa que não está no seu juízo perfeito, que não está em poder de si mesmo. E dentro dessa perspectiva, o modelo hospitalar, medicamentoso, necessitava de instaurar normas disciplinares que deveriam manter a ordem. A institucionalização da doença fazia com que o indivíduo se afastasse cada vez mais do convívio social, alimentando o discurso da periculosidade do louco que devido à sua doença não era capaz de conviver de acordo com as normas sociais. E assim lhe é retirada a possibilidade do saber de si próprio e de entender a sua doença, delegando essa compreensão a um especialista. (TORRE; AMARANTE, 2001)

Ao hospício, que deveria ser espaço fechado, caberia a função de legitimar a exclusão dos indivíduos que não se adequavam às normas sociais ou que eram indisciplinados. E sua forma de tratamento basear-se-ia na tutela, tratamento moral, disciplinar, estabelecimento da ordem, punição corretiva, custódia, interdição. (YASUI, 2010).

Dessa forma, a *loucura*<sup>1</sup> foi percebida desde os primórdios da humanidade e o *louco* assumiu vários papéis ao longo da história podendo ser fator precipitante de preconceitos que estão presentes em nossa civilização. Essa percepção acabou gerando uma situação que geralmente levou à chacota, à marginalização, pois acreditava-se que a pessoa poderia estar sendo “possuída por demônios” (FOUCAULT, 1977).

Infelizmente, esse fenômeno ainda é percebido enquanto uma causa socialmente incapacitante, que pode levar vergonha aos familiares e pessoas mais próximas àquelas com transtorno mental. Esse tipo de preconceito existe não só no contexto familiar, mas também nas instituições de saúde que recebem e tratam os portadores de transtorno mental (VECCHIA; MARTINS, 2009).

A desinstitucionalização não estava relacionada somente à desospitalização, mas à negação ao poder dado à psiquiatria para excluir, negar e anular os indivíduos que ali viviam (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

Nesse sentido, a partir do surgimento de um movimento social, chamado Reforma Psiquiátrica (RP) inicia-se o combate a esse tipo de comportamento em relação à *loucura* e busca-se melhores condições de saúde e de vida para as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico. O processo da RP divide-se em duas fases: a primeira, de 1978 a 1991, responsável pela primeira reforma psiquiátrica, e a segunda, de 1992 até os dias atuais cuja marca é a implantação de uma rede de serviços extra hospitalar para essas pessoas (MESQUITA et al., 2010).

### 2.1.1 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AO CAPS: EVOLUÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

#### *PRIMEIRA FASE DA REFORMA PSIQUIÁTRICA (1978-1991)*

---

<sup>1</sup>Os termos “louco” e “loucura” foram grafados em itálico porque ao longo da história vários autores, inclusive Foucault em seus estudos, denominavam as pessoas com transtorno como loucas, contudo, atualmente, a Legislação Brasileira utiliza o termo “portador de transtorno mental” ou “pessoa em sofrimento mental”.

Diante de uma contextualização histórica acerca da reforma psiquiátrica pode-se afirmar que esse movimento não surgiu do dia para a noite, muito pelo contrário, foram muitos anos de luta, discussões, debates e críticas em tempos de resistência e violência, em um clima de efervescência que dominava o Brasil ainda nos tempos da ditadura militar (final da década de 1970) e que foi visivelmente efetivado apenas na década de 1990 (AMARANTE, 2000).

Em meados da década de 1960, vários jovens médicos psiquiatras denunciaram ao Ministério da Saúde as condições dos hospitais psiquiátricos, o tratamento para com o usuário e o trabalho com carga horária excessiva dos médicos. Como consequência e insensibilidade do Ministério foram demitidos duzentos e sessenta profissionais que constituíram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), considerado o primeiro e mais importante ator de renovação no campo da saúde mental (TENÓRIO, 2002).

O MTSM estabeleceu agenda para o setor no qual a RP seria a estratégia de desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas. Paralelamente, ocorria a primeira greve no setor público, conhecida como Crise da DINSAM (Divisão nacional de Saúde mental) que fazia parte do Ministério da Saúde e acabou por desencadear a greve histórica dos metalúrgicos do ABC Paulista, entre os meses de abril a julho, no qual culminou na promulgação do Decreto Lei 1632 do Presidente Ernesto Geisel que proibia qualquer espécie de greve nos setores essenciais (AMARANTE,1997).

Um componente importante no desenvolvimento da RP foi a realização de eventos na discussão de modelos de atenção e assistência psiquiátrica, que promoveu o III Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, em 1978, consolidando o MTSM, e o I Congresso de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio, em 1979, reunindo um grupo importante de intelectuais no âmbito internacional como Franco Basaglia, Thomas Szasz e Erving Goffman (OLIVEIRA, 2009).

Já no ano de 1980 ocorreriam dois importantes eventos: o I Encontro Regional de Trabalhadores de Saúde Mental no Rio de Janeiro (RJ) e o VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Nesse mesmo ano seria constituída uma Comissão Parlamentar de inquérito (CPI) no Congresso Nacional para apuração de distorções na assistência psiquiátrica, bem como para rever a legislação relacionada à pessoa com transtorno mental (AMARANTE, 1998).

Assim, a loucura ultrapassou os muros dos locais de trabalho dos médicos psiquiatras e passou a ser discutida por diferentes órgãos e entidades civis como a OAB, além de ter apoio da imprensa o que acabaria por denunciar as condições precárias dos hospitais psiquiátricos e as distorções sobre a Política Nacional de Assistência Psiquiátrica (PNAP), tornando-se, dessa maneira, uma questão política (AMARANTE, 2000).

Conforme Amarante (1997) com a crise da Previdência Social (PS) no início da década de 1980 inicia-se uma nova modalidade de convênio denominada de Cogestão<sup>2</sup> entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Brasil (2006) cita outra criação importante no ano de 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) que propôs o Programa das Ações Integradas de Saúde, as quais incluíam o MPAS, MS, Ministério da Educação (ME) e posteriormente o Ministério do Trabalho (MT). Essas ações constituem os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que apontavam para o futuro a unificação do sistema, ou seja, a estratégia de reorientação do setor de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda nesse período de 1980, aconteceriam vários preparatórios para a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada somente em

---

<sup>2</sup>Cogestão: Segundo Amarante (1997) essa seria a primeira experiência para o estabelecimento de relação de coparticipação de instituições públicas do setor de saúde que atuavam de forma isolada e independente. Sendo que o Ministério da Previdência e Assistência Social ficaria responsável pelo custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares. Além disso, essa Cogestão seria o ensaio de uma política pública de saúde, como o SUS (Sistema Único de Saúde) com os seguintes princípios: da descentralização, integração interinstitucional, hierarquização, regionalização e participação comunitária.

1987, dentre eles a I Conferência Estadual de Saúde Mental do RJ que apresentou como tema central: Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) no contexto geral de saúde, limites de abrangência do universo da saúde mental, política e modelo de assistência à saúde mental. Essa conferência foi realizada sem o “consentimento” do Ministério da Saúde que não se posicionava em relação à Conferência Nacional e sem a figura do conferencista nos grupos de trabalhos. Dentre os temas, destacam-se: Tema 1: Cidadania, sociedade e qualidade de vida; Tema 2: Direitos Humanos: psiquiatria e Justiça; Tema 3: Política nacional de saúde mental na Reforma sanitária<sup>3</sup> (AMARANTE,1996).

Dentre as conferências e os congressos, pode-se destacar a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que foi um dos principais momentos de luta pela universalização da saúde, contando com a participação de diversos atores sociais que impulsionaram a reforma sanitária, a qual obteve sua promulgação na Constituição de 1988, “Saúde para todos é dever do Estado”, artigo 196. Além disso, a Carta Magna define as bases organizacionais do SUS que deverá oferecer serviços de forma integrada em uma rede regionalizada e hierarquizada (REBOLI; KRUGER, 2012).

Em 1987, ocorre o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru (SP) onde seria concretizado o Movimento de Luta antimanicomial com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, ampliando o sentido político e conceitual da palavra antimanicomial. Nesse momento também foi fundado o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) que romperia de vez com o modelo assistencial hospitalocêntrico e centrado na figura do médico psiquiatra (OLIVEIRA, 2009).

No mesmo ano, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, contando com participantes do MTSM e coordenadores de Saúde

---

<sup>3</sup>Cabe aqui destacar no Tema 03 que a é considerada como resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho não alienado, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso, posse de terra e acesso ao serviço de saúde. NASCIMENTO (1992)

Mental da Região Sudeste, mas a contragosto da DINSAM que pretendia realizar um congresso juntamente com apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), decisão considerada um retrocesso. Desde então, há uma série de conflitos envolvendo MTSM, ABP e DINSAM, fazendo com que membros do MTSM começassem a tomar posse de postos de direção municipais e estaduais para tomar iniciativa de conferências independentes. Dentre os desdobramentos houve uma melhoria em relação à distribuição de vagas para delegados entre representantes de instituições e órgãos públicos e representantes da sociedade civil. Dessa forma, ganharam espaço as organizações de usuários e de seus familiares (AMARANTE, 1996).

Um importante passo em direção a conquistas neste campo foi a construção de um projeto de saúde mental no Congresso Nacional em 1989, Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e a extinção de manicômios do país. Apesar de esse projeto ter dado entrada no Congresso em 1989, apenas em 2001, ou seja, doze anos depois, a lei foi aprovada na Lei Federal 10.216/2001 (MESQUITA et al., 2010).

Finalizando essa primeira parte da RP, surge o primeiro CAPS (que será apresentado no próximo subitem), em São Paulo, posteriormente os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) que ajudaram a construir um novo projeto de saúde mental para o país (AMARANTE, 1998).

Tudo o que foi retratado acima vai ao encontro das ideias de Júnior (2007) que considera a RP uma desconstrução social de estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do louco, por focar um olhar mais humano e solidário àqueles que sofrem. Nesse sentido, conceitua-se RP como

(...) um conjunto de transformações de práticas, valores culturais e sociais, no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da RP avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005a, p.6).

Ou seja, um processo político e social complexo, que com a própria consolidação veio trazendo desafios que precisam ser debatidos nos planos de rede e território, da assistência, da clínica, da política e da formação de recursos humanos (JUNIOR, 2007).

### *SEGUNDA FASE DA RP (1991 até os dias atuais)*

A partir desse momento considerado a segunda fase da RP começam a surgir mudanças de paradigma no campo da prática e do cuidado em saúde mental, com alteração do tratamento asilar/psiquiátrico para psicossocial (AMARANTE, 2007).

A atenção psicossocial conjectura quatro dimensões: *Jurídico-política* que diz respeito a diversas alterações na legislação sanitária, civil ou penal, ou seja, uma implicação social no cotidiano dos envolvidos nesse processo; *Teórico-conceitual*, apresentando um novo olhar sobre pacientes em sofrimento mental, incluindo entendimento de conceito de doença mental e desinstitucionalização do conceito; *Técnico-assistencial*: relacionado à construção de novos serviços substitutivos no tratamento e na assistência como CAPS, RTs e NAPS; *Sociocultural* que é considerado um novo espaço social para a *loucura* e o *louco*, suas relações no imaginário e com a sociedade em geral (AMARANTE, 2007).

Dentro da dimensão Técnico-assistencial citada acima podemos ressaltar o serviço dos CAPS. O primeiro foi criado em São Paulo, no fim da década de 1980, mas apenas na década de 1990 foram estabelecidas as primeiras normas para a sua regulamentação. Todavia, somente em 2001 houve a efetivação do processo da RP culminando com a Lei 10216/2001 que dispõe da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país. Essa lei inovou no sentido de proteger e tratar essas pessoas, destacando aspectos como a humanização do tratamento, proteção contra abuso e exploração, oferta de um tratamento menos invasivo,

proibição de internações em asilos, tratamento com foco na reinserção social e preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva de atenção psicossocial, os CAPS podem ser assim definidos

(...) são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dessas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005, p. 27).

No ano de 2002 as portarias 336 e 189 do Ministério da Saúde regulamentaram e atualizaram as normas de funcionamento dos CAPS, além de destinar recursos financeiros para eles (BRASIL, 2001).

No Brasil existem aproximadamente dois mil, cento e vinte e nove CAPS, quarenta apenas no Estado de Goiás, e em Goiânia existem nove Centros de Atenção Psicossocial em funcionamento o que ampliou a demanda de profissionais de saúde para atuar em saúde mental (SMS, 2012).

Além dessa ampliação de número de CAPS no país houve uma mudança do perfil de leitos psiquiátricos que foram e estão sendo fechados por meio da desinstitucionalização de pessoas longamente internadas devido ao Programa de Volta para Casa e investimento em ações de inserção social de empreendimentos solidários (BRASIL, 2011).

O seu atendimento é oferecido por meio de equipe multiprofissional e conta com um quadro diversificado de profissionais da saúde como médico psiquiátrico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, musicoterapeuta, terapeuta ocupacional, professor de Educação Física e arteterapeuta (BRASIL, 2004b).

Os CAPS são divididos de acordo com número de habitantes local e do público atendido, horário de funcionamento e equipe mínima, havendo a existência de cinco tipos de CAPS (Quadro 01) de acordo com a Portaria n. 336/2002.

## Quadro 01 – Divisão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil.

TIPO DE CAPS	NÚMERO DE HABITANTES	PÚBLICO ATENDIDO	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	EQUIPE MÍNIMA
CAPS I	Entre 20 mil e 70 mil habitantes	Pessoas com Transtorno mental <sup>4</sup> acima de 18 anos.	Das 8 às 18 horas, nos dois turnos, de segunda a sexta-feira.	10 profissionais, sendo 06 de nível superior e 04 de nível médio.
CAPS II	Entre 70 mil e 200 mil habitantes	Pessoas com Transtorno Mental acima de 18 anos.	Das 8 às 18 horas, nos dois turnos, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas.	12 profissionais, sendo 06 de nível superior e 06 de nível médio.
CAPS III	Acima de 200 mil habitantes	Pessoas com Transtorno Mental acima de 18 anos.	24 horas, nos 07 dias da semana	16 profissionais, sendo 08 de nível superior e 08 de nível médio.
CAPSi II	CAPSi - infanto-juvenil (população mínimo de 200 mil habitantes)	Crianças e adolescentes até 18 anos, com transtorno mental e vítimas de violências.	Das 8 às 18 horas, nos dois turnos, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas.	11 profissionais, sendo 06 de nível superior e 05 de nível médio.
CAPS A/D	Álcool e outras drogas	Existe CAPS A/D para adultos (acima de 18 anos) e CAPS A/D para crianças e adolescentes até 18 anos	Das 8 às 18 horas, nos dois turnos, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas	13 profissionais, sendo 07 de nível superior e 06 de nível médio.

Fonte: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

Entretanto, apesar da ampliação dos CAPS, e da existência da equipe multi e interprofissional, existe uma preocupação sobre a formação desses profissionais. No Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) 9394/96 iniciou o processo de flexibilização de currículos de graduação e superação do modelo de currículo mínimo e da grade curricular e influenciou a criação das DCNs na área da saúde que tem foco na formação humanista, crítica, reflexiva e generalista com uma visão transformadora na formação profissional, tanto nas alterações dos seus Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) quanto na adoção de diretrizes para cada curso de graduação. Essas diretrizes são baseadas em

<sup>4</sup> Transtorno Mental: Transtorno psicótico; transtorno mental e comportamental devido ao uso de drogas/estimulantes/fumo; Esquizofrenia; depressão, transtorno de humor, transtorno bipolar, fobia, transtorno de alimentação; transtorno de personalidade; retardo mental (OMS, 1997).

competências necessárias para os profissionais da área da saúde atuar diante das novas tecnologias e no enfrentamento de problemas sociais que permeiam a atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2001, 2014).

Os serviços de saúde necessitam de profissionais no local de trabalho, que sejam competentes, possuam habilidades e conhecimentos necessários para saber fazer o serviço e, desse modo, as competências se apresentem como uma nova perspectiva na formação profissional por incentivarem a reflexão crítica e a capacidade de responder os problemas do cotidiano do trabalho (CECCIN, 2005).

No Brasil, algumas iniciativas foram implementadas para apoiar o processo de reorientação da formação em saúde a partir das DCNs como, por exemplo: o Programa de Incentivo às mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED) em 2002, o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) em 2005; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em 2008. No âmbito da saúde mental, destaca-se o PET-Saúde Mental que foi instituído por meio da Portaria Conjunta nº 6 de 17 de setembro de 2010 com o objetivo, entre outros, de contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País na área da saúde mental (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005; BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

Essas iniciativas apresentaram novas perspectivas para a formação profissional e ao trabalho em saúde, inclusive com proposta de ampliação da parceria ensino-serviço-comunidade e do trabalho em equipe interdisciplinar (MORAES; COSTA, 2015; LEITE, 2012). O PET-Saúde impulsionou alguns avanços na formação em saúde por favorecer a EIP ao incentivar a formação de grupos tutoriais com professores tutores, preceptores e estudantes de diferentes áreas (BATISTA et al. 2015).

## 2.2 CONCEITOS DE COMPETÊNCIA NA SAÚDE

O termo competência vem do latim *competentia*, que significa aptidão, idoneidade e/ou capacidade que a pessoa tem para resolver algum assunto. Acredita-se que o termo foi utilizado pela primeira vez no século XV, na língua francesa, na legitimação de autoridades para tratar determinados problemas. E apenas no século XVIII seu conceito estaria relacionado à capacidade individual no âmbito do saber e da experiência (DIAS, 2010).

Alguns autores apresentam o conceito de competência ligado ao âmbito profissional (BOMFIM, 2012). Outros apresentam o saber e o conhecimento como conceito de competência (PERRENOUD, 2004; LE BOTERF, 2003).

Fragelli e Shimizu (2013) revelam três abordagens em relação à competência: *comportamental* (orientada ao trabalhador para um desempenho efetivo e eficaz, que pode ser observada e avaliada); *funcional* (orientada ao trabalho, a competência é conceituada como capacidade de identificar atividades que são fundamentais no trabalho); *holística ou multidimensional* (dinâmica, com diferentes significados se relacionando com fatores contextuais).

Atualmente, o termo competência ainda representa a ideia individualista de ser ou não competente. Na Educação há discussões sobre a educação por competências quando se refere ao campo da formação para a reestruturação de conhecimentos e habilidades que contribuem para a qualidade na assistência. Nesse sentido, competência é um termo compreendido como a capacidade de agir de forma eficaz em problemas apoiando-se em conhecimentos, mobilizando-os e articulando-os com valores e habilidades necessários (PERRENOUD, 2004).

No Brasil, o termo competência começou a ser discutido na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Básica (LDB), que incumbia à União o estabelecimento de competências e diretrizes para o ensino. Em 1997 os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) utilizaram o vocábulo competência entre os alunos, mesmo sem definição ou explicação de seu

conceito ou características, tampouco sem orientação para sua aplicabilidade (RICARDO, 2010).

Outra proposta para o ensino de competência está no Parecer Conselho Nacional Educação/ Conselho Educação Básica (CNE/CEB) número 29/02 na Resolução CNE/CP número 03/02 que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Educação Profissional de nível tecnológico. Nessa discussão a palavra competência é sinônimo de capacidade de mobilizar, articular, colocar em ação os conhecimentos, habilidades, atitudes, valores necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividade do trabalho e desenvolvimento tecnológico (BRASIL, 2012).

Segundo Fragelli e Shimizu (2012) as diferentes definições e abordagens relacionadas ao conceito do termo competência foram identificadas a partir do país onde foram desenvolvidas ou adotadas: americana, francesa, inglesa e australiana.

Competência, na abordagem americana, é um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) que justificam um alto desempenho (FLEURY; FLEURY, 2001; MCCLELLAND, 1973).

Na abordagem francesa, a aprendizagem é focada na formação do trabalhador por meio de capacitação e qualificação. Esta abordagem vincula educação e trabalho e associa a competência como um conjunto de realizações em um determinado contexto (BRANDÃO; BORGES-ANDRADE, 2007).

Para a abordagem inglesa, competência indica o que o trabalhador deve SABER E FAZER para desempenhar sua prática com sucesso. O termo está relacionado à capacidade para identificar atividades que são fundamentais para a realização específica do trabalho (FRAGELLI; SHIMIZU, 2012).

Já a definição australiana relata a abordagem mais ampla, holística e dinâmica como se estivesse em constante mudança. A competência deve combinar teoria e prática e inclui combinações complexas de atributos (conhecimentos, habilidades, valores e atitudes) para

desempenho de maneira inteligente em determinadas situações (MCMULLAN, 2005).

Alguns autores como Fleury e Fleury (2001), apresentam mais uma abordagem chamada sul-americana ou brasileira, que é a fusão da americana e francesa que se traduz como um saber que implica na mobilização, integração e na transferência de conhecimentos e habilidades agregando valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.

Nesse sentido, utilizou-se nessa dissertação o conceito multidimensional e situacional de autores da abordagem Francesa, como: Le Boterf (2003); Zafirian (2011); Perrenoud (1999) que consideram a competência como diferentes dimensões do saber que englobam o saber agir, o saber combinar recursos e mobilizá-los, o saber transpor, o saber aprender e o aprender a aprender, o saber envolver-se, sendo que o enfoque do conceito de competência está na autonomia, no trabalho em equipe e na co-responsabilidade do indivíduo.

Para melhor discussão sobre competência profissional na saúde foi realizado uma revisão integrativa, apresentada em Resultados e Discussão, no Artigo01.

### 3) OBJETIVOS

---

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender o conceito de competência em saúde e a percepção dos profissionais de saúde mental sobre competências necessárias para a atuação no CAPS.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os conceitos de competência em saúde existentes na literatura;
- Identificar as competências em saúde mental necessárias para atuar na saúde mental a partir da perspectiva dos profissionais de saúde que atuam neste serviço.

## 4) MÉTODO

---

### 4.1) ABORDAGEM DA PESQUISA E TIPO DE ESTUDO

Esse estudo é uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2006) a pesquisa qualitativa visa perceber a lógica de grupos, instituições e indivíduos quanto aos seus valores, suas relações e seus processos histórico-sociais. Ao utilizar a referida pesquisa pode-se captar uma intencionalidade e um significado e que dentro de um contexto levam em consideração os aspectos subjetivos que podem ser transformadores da realidade avaliada, diferentemente da pesquisa quantitativa que apresenta uma visão linear de causa-efeito (MINAYO; MINAYO, 2001).

Durante muitos anos, a maioria das pesquisas realizadas na Saúde Pública apresentou um viés positivista com estudos epidemiológicos e quantitativos e que por muitas vezes acabam desconsiderando as questões humanas, sociais, políticas que permeiam o processo saúde/doença (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa em saúde, oriunda do século XX vem apresentando cada vez mais produções científicas para melhoria do conhecimento nas áreas e subáreas como Medicina, Enfermagem, Psicologia, Educação Física, Psicologia, Terapia Ocupacional, entre outras (FREITAS et al. 2011).

Baseando-se na abordagem qualitativa e nos objetivos propostos, optou-se também pelo estudo exploratório que é um estudo que visa familiarizar-se com um tema pouco explorado, pois escassos artigos abordam competência profissional em saúde mental no âmbito da atenção psicossocial (GIL,2008).

## 4.2 REVISÃO INTEGRATIVA

A revisão integrativa permite a inclusão de pesquisas (experimental e quase experimental) além da utilização de referenciais (teórico e empírico) que podem auxiliar na compreensão mais completa do tema pesquisado. Além disso, permite reunir e sintetizar pesquisas sobre uma temática, de forma sistemática e ordenada (POMPEO; GALVÃO; ROSSI, 2009).

Mendes et al. (2008) propõe que a revisão integrativa seja realizada em 06 fases: 1) Identificação do tema ou questão da pesquisa para elaboração da revisão integrativa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A revisão integrativa sobre competência profissional em saúde teve como objetivo identificar as concepções acerca de competência profissional na saúde. Após a definição da questão norteadora que estava relacionada com as concepções de competência profissional em saúde foram estabelecidos os seguintes descritores, utilizando o site (<http://decs.bvs.br/>) – Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): competência profissional; saúde; formação profissional para a pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) que incluíram: LILACS, BDNF, Index Psicologia. Como estratégia de busca utilizou-se o recurso "and" entre os descritores que deveriam estar presentes no título e/ou resumo e/ou palavras chave. Foram selecionados artigos completos em português, de 2003-2017. Como a pesquisa tem objetivo de identificar conceitos de competência, aqueles que não apresentavam conceito definido foram excluídos assim como os artigos que estavam em duplicidade. Após a inclusão e exclusão de dados foi realizada a busca e chegou-se ao final de 132 artigos, sendo que 96 foram excluídos por não estarem de acordo com os critérios. Assim, um total de 36 artigos que foram analisados sobre competência profissional em saúde.

Em seguida, foi realizada outra pesquisa na The Scientific Electronic Library Online - SciELO, com os mesmos descritores: competência profissional, saúde e formação profissional. Como estratégia de busca utilizou-se também o recurso "and" entre os descritores que deveriam estar presentes no título e/ou resumo e/ou palavras chave. Foram selecionados também, artigos completos, em português, de 2003-2017. Chegou-se ao número de 53 artigos, nos quais 49 foram excluídos por não estarem de acordo com os critérios: não possuíam um dos descritores no título e/ou resumo e/ou palavras chave; não traziam um conceito de competência e apresentavam duplicidade nos artigos. Foram analisados 04 artigos sobre competência profissional em saúde. Analisando no total, 40 artigos, sendo 36 da BVS e 04 da SCIELO (Artigo 01, página 52)

#### 4.3 PESQUISA DE CAMPO

##### 4.3.1 Local do estudo

Este estudo foi realizado no município de Goiânia, Estado de Goiás, que possui uma zona urbana dividida em doze grandes regiões, onde estão localizados sete Distritos Sanitários que compõem a Secretaria Municipal de Saúde (SMS): Norte, Noroeste, Sul, Sudoeste, Leste, Oeste, Campinas-Centro. Os Distritos Sanitários (DS) são fruto do processo de descentralização do SUS e são regiões administrativas responsáveis pela saúde de populações. A Rede de Atenção à Saúde Mental está inserida na estrutura da SMS de Goiânia por meio das Residências Terapêuticas, Ambulatório Municipal Psiquiátrico, o Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc, Unidades de Produção Solidária. Dentro dos DS, destacam-se os CAPS. Atualmente são 09 (nove) CAPS dentre eles: Beija-Flor, Novo Mundo, Vida, Noroeste, Girassol, Água Viva, Negrão de Lima, Esperança e Casa que fazem o atendimento à população infanto-juvenil e adulta com transtorno mental e/ou que faz uso de álcool e outras drogas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,2012).

#### 4.3.2 Participantes da pesquisa

Considerando os profissionais de saúde que lidam diretamente com a saúde mental, a população elegível para o estudo consistiu de 239 profissionais de saúde envolvendo: médicos psiquiatras, arteterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, enfermeiros que atuam nos CAPS de Goiânia. (SMS,2012).

Como critério de inclusão para participar desta pesquisa foi considerado qualquer profissional da área da saúde com nível superior completo, efetivo na SMS ou à disposição da mesma e atuando no mínimo há um ano em CAPS.

Foram excluídos os profissionais de saúde substitutos ou temporários que atuam nos CAPS; que estejam de licença médica, licença maternidade, licença paternidade, licença prêmio, casamento, serviço militar obrigatório e gestores dos CAPS que possam ser profissionais de saúde, no período de coleta de dados.

A amostra utilizada foi por conveniência, uma estratégia rápida e de baixo custo para recrutamento, geralmente utilizada para pesquisas exploratórias (MATTAR, 1996). O processo de recrutamento foi realizado inicialmente por contato telefônico com os coordenadores dos serviços para que os mesmos pudessem organizar um horário para que a pesquisadora pudesse ter contato com os profissionais.

Após esse primeiro contato, foram feitas as visitas nos CAPS, nos horários pré-estabelecidos, e foi possível conversar com os profissionais. Foi exposto o tema, os objetivos da pesquisa e a forma de coleta de dados. Para as pessoas que se manifestaram positivamente em relação à participação da pesquisa foram anotados os telefones, para posterior contato com as mesmas. Foram realizadas ligações telefônicas para os profissionais que atendiam os critérios de inclusão e exclusão de forma que pudessem organizar a agenda para a realização da coleta de dados.

#### 4.3.3 Coleta de dados

A técnica do Grupo Focal foi adotada para explorar a percepção das competências dos profissionais de saúde que atuam nos CAPS de Goiânia-GO.

Segundo Krueger (1998) o Grupo Focal é uma técnica de coleta de dados que se dá por meio de interações grupais para discutir um determinado assunto proposto pelo pesquisador.

Gatti (2005) afirma que o Grupo Focal permite ao pesquisador compreender diferenças e divergências, contraposições e contradições nos discursos dos participantes da pesquisa. O pesquisador, ou mediador, deve ser responsável para manter a liberdade de expressão dos participantes bem como sua interação e estar pronto para escuta ativa e neutra (CRUZ NETO et al. ,2002); (RESSEL et al. 2008).

Minayo (2001) considera que a formação do Grupo Focal deve ocorrer de acordo com critérios pré-estabelecidos (ambiente de trabalho, exercício profissional, condições sociais) e não de forma aleatória. O número de participantes indicados varia de 4 a 12 (GONDIM, 2003).

As questões norteadoras foram elaboradas a partir do conteúdo do referencial teórico conceitual e do resultado da revisão integrativa (Apêndice 01).

#### *Realização dos Grupos Focais*

Nessa pesquisa foram realizados dois grupos focais. O primeiro foi realizado em setembro de 2016 em uma sala na universidade com oito profissionais e teve duração de duas horas. O segundo grupo, com o mesmo número de participantes, foi realizado em março de 2017 em um CAPS e teve duração de 90 minutos. O primeiro grupo foi composto por profissionais que atuavam com pessoas adultas e o segundo com crianças e adolescentes , ambos com transtorno mental.

Antes de iniciar a coleta foi oferecido um lanche, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 02) e

responderam um questionário com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE 03).

Duas pesquisadoras participaram dos grupos focais, sendo que uma ficou com o papel de moderadora, responsável por explicar e conduzir as discussões e a segunda atuava como observadora e também responsável pelo funcionamento do gravador. Foram utilizados três gravadores posicionados estrategicamente sobre a mesa para a captação da voz, para facilitar a transcrição das falas.

Para manter o sigilo e anonimato dos participantes classificamos os participantes como P e numeramos em sequência P1, P2, P3, até P16 que foi número total dos participantes dos dois encontros.

#### 4.3.4 Análise de Dados

A análise interpretativa fundamentou a análise de dados obtidos por meio dos grupos focais. Segundo Ferreira et al. (2009) a análise interpretativa permite ao ator social, num primeiro momento, identificar qualidades em um dado objeto e atribuí-lo a um significado. Contudo, somente após a conexão que o ator estabelece entre este objeto e outros objetos de orientação (no caso, outras leituras relacionadas à temática) pode levá-lo a redefinir o significado inicialmente estabelecido, passando a perceber tal objeto como um fator limitante ou favorável.

Tesch (1990) também avalia o método interpretativo como um padrão para estudos de casos qualitativos, pois apresenta a finalidade de identificar, analisar e comparar os dados, conforme circunstâncias particulares e classificá-los para explicar o fenômeno estudado.

A transcrição dos dois Grupos Focais foi realizada pela própria pesquisadora, de forma manuscrita e posteriormente digitadas, o que possibilitou maior proximidade com os dados coletados. Foram identificadas pausas, silêncios, risos, tosses, dispersões, pessoas falando ao mesmo tempo e sobreposições de falas de participantes (KRUEGER, 1998).

Segundo Tesch (1990) a análise interpretativa é dividida em duas fases: De-contextualização (organização) e Re-contextualização (interpretação).

A primeira fase da "De-contextualização" deve-se segmentar, quer dizer, separar de seus contextos as porções relevantes dos dados e iniciar o sistema de organização. Para iniciar essa primeira fase foi feita leitura exhaustiva das transcrições dos dois grupos focais com foco nas questões norteadoras (APÊNDICE 01). Depois da leitura, os elementos foram sendo separados, iniciando uma lista com tópicos feita em um quadro no Microsoft Word. Para cada pergunta iniciou-se uma coluna mantendo a identificação do GF e do profissional. Embora, essa identificação existiu apenas no rascunho inicial e não aqui nesse trabalho para evitar identificação e exposição dos mesmos (TESCH, 1990).

Na segunda fase, os dados começaram a ser classificados como tópicos e os tópicos semelhantes, agrupados e os redundantes, eliminados. Iniciou-se um retorno ao referencial teórico conceitual do estudo para melhorar o processo de segmentação e organização dos tópicos (TESCH, 1990).

Na primeira codificação (de-contextualização) os dados foram classificados como tópicos e os tópicos semelhantes, agrupados e os redundantes, eliminados. Iniciou-se um retorno ao referencial teórico conceitual do estudo para melhorar o processo de segmentação e organização dos tópicos (TESCH, 1990).

Essa de-contextualização resultou inicialmente em 05 categorias: Disciplinas cursadas na graduação que auxiliaram a prática na SM; Características pessoais; Trabalho (quatro subcategorias) Capacitação e Educação Permanente (EP); Características institucionais do CAPS e Competência.

## Quadro 02- Primeira Codificação (De-contextualização) do Grupo

### Focal 01 e 02

<u>Disciplinas que auxiliaram a prática na SM:</u>	Farmacologia; Psiquiatria; Biologia; Neurologia; Semiologia; Educação Motora; Psicologia; Filosofia; Psicomotricidade; Teoria da aprendizagem; Motricidade Humana; Recreação e lazer; Antropologia; Sociologia.
<u>Características pessoais:</u>	Experiência anterior movimentos sociais; curiosidade; gostar de trabalhar com público diferente; ser carinhosa; ter trato; ser delicada; predisposição; autodidata; gostar de interagir; capacidade de entender o outro; paciência; contribuir com outro com seus conhecimentos; tolerância; vontade de auxiliar; empatia; calma; prazer; jeito de lidar; valorização; respeito; disponibilidade.
<u>Trabalho:</u>	<p>Que foi dividido em subcategorias relacionadas ao trabalho:</p> <p><i>Características relacionadas à prática do trabalho e não da formação recebida ou não recebida:</i> inclusão social; disponibilidade; aprende na rotina/prática; falta capacitação/estudo; relação horizontal; link; esforço reflexivo; instinto; percepção integralidade; capacitador.</p> <p><i>Trabalho:</i> Equipe; liberdade; ambiente físico; vínculo; experiência anterior negativa relacionada à SM; “caiu de paraquedas”; perspectiva/lógica funcionamento CAPS ; aprendizagem na prática; esforço; trabalho com público diferente; experiência positiva; trabalho em dupla; trabalho coletivo; trabalho grupo; atendimento em conjunto; instinto; disponibilidade interna; postura frente à crise; relações interpessoais; formação; capacitação; educação permanente; pratica corporal</p>

auxiliou no trabalho; aperfeiçoar; contribuir para melhoria no tratamento; respeito; valorização; descanso; motivação; encantador; conforto; positivo; apaixonada pelo trabalho; faz o que gosta ajuda mais; prazer; crescimento; paixão; diversão; distração; feliz ; parceria com conselho tutelar; após aposentadoria quer servir de voluntária no CAPS; enfrentamento da precarização; facilidade na dispensação de medicamento;

*Perfil do futuro trabalhador:* gostar de gente; ser humano; saber ouvir/escuta; gostar do que faz; olhar diferenciado; relação horizontal; sensibilidade; não ter preconceito; não julgar; trato com as pessoas; lidar com enfrentamento na crise; equilíbrio pessoal e profissional; fazer bem feito; fazer com prazer; gostar de ouvir; gostar de acolher; gostar de trabalhar com público infanto-juvenil; saber trabalhar com público infanto-juvenil; saber trabalhar em equipe; compreensão do processo de desenvolvimento da criança com transtorno; saber lidar com os aspectos orgânicos e culturais da doença; saber lidar com frustração; desenvolvimento interdisciplinar com outras áreas; iniciar um novo saber; conhecer política nacional de saúde mental; querer atender; querer trocar; querer ter responsabilidade; capacitar-se.

*Fragilidades no trabalho:* Falta gestão/supervisão técnica; falta orientação projeto terapêutico nas RTs; gerência da RT é da Organização Social (OS); formação/capacitação restrito; caiu de paraquedas; falta formação/capacitação; falta apoiador da SM; sem apoio institucional; falta estrutura; cuidadoras da OS; teoria diferente da prática; falta recurso (1); perda de condições de trabalho/ condições materiais; sem espaço; professor compra material ;

	<p>prefeitura menos atuante; retrocesso das políticas públicas; lanche/refeição; ausência passe livre; falta cuidado com servidor; falta segurança/ roubo no CAPS; frustração no trabalho; curatela pública; demanda de ampliação; estrutura do CAPS deveria ser de CAPS III e não CAPS II.</p>
<p><u>Capacitação/ EP:</u></p>	<p>Capacitação restrita; teoria diferente da prática; desvio da verba do Ministério da Saúde para qualificação; grupo de estudos.</p>
<p><u>Características institucionais do CAPS:</u></p>	<p>Lógica do funcionamento; acolhimento; escuta; equipe multiprofissional; atendimento ampliado; clínica ampliada; trabalho em equipe; reunião de equipe; vínculo; princípio da humanização; trabalho sem hierarquização/horizontal; cuidado; formato do serviço; tempo; autonomia; liberdade; reinserção do indivíduo na sociedade; porta aberta; Trabalho em dupla; independência; capacitação; princípio da atenção psicossocial; trabalho em grupo (1), integralidade; concepção aberta e participativa.</p>
<p><u>Competência</u></p>	<p>Conhecimento ou saber de diferentes aspectos da SM: Filosofia, psicopatologia, farmacologia, funções psíquicas do transtorno, funcionamento e lógica do CAPS, reforma psiquiátrica, Políticas Públicas, Política da Saúde Mental, Princípios SUS, Atenção Psicossocial; domínio técnico da área do conhecimento; Construir/desconstruir saber; fazer do pouco que tem; questionar práticas; Relações interpessoais; Cuidado com profissional em relação ao usuário; Equipe multidisciplinar; Trabalho em equipe; Trabalho em dupla; Equipe interdisciplinar entre CAPS e</p>

	<p>Conselho Tutelar; Educação Permanente em SM; Educação Continuada; Liberdade de ação; Acolhimento; Clínica ampliada dentro da lógica do CAPS; Gestor técnico e conhecimento de Saúde Mental; Respeito e tempo para você; Habilidade e gostar de fazer de encontro com a filosofia do CAPS; Comunicação; Compreensão da Saúde Mental e do processo de desenvolvimento da criança; Saber lidar com aspectos da doença e com frustração; Saber trabalhar com adolescentes; Equilíbrio mental: separar pessoal do profissional; Tolerância; Ser profissional melhor; Intervenção profissional; Promover minimização do sofrimento; Promover discussão entre familiares; Capacidade.</p>
--	---

Segundo Silva (2013) antes de iniciar a fase dois chamada de "Re-contextualização", a pesquisadora e as orientadoras fizeram uma revisão dos tópicos para verificar redundâncias e/ou partes que não estavam no contexto, excluindo-as, retornando ao referencial teórico para auxiliar na segmentação e iniciar uma nova codificação.

### **Quadro 03- Segunda Codificação (Re-contextualização) do Grupo Focal 01 e 02**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Formação	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Áreas que auxiliaram na prática da SM</li> <li>-Educação Permanente</li> </ul>
Características Pessoais	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Qualidade nas relações interpessoais</li> </ul>
Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trabalho no CAPS</li> <li>-Prática do trabalho e não da formação</li> <li>-Fragilidades no trabalho</li> </ul>
Competência	<p>Conhecimento (saber) sobre diferentes aspectos da saúde mental: psicopatologia; farmacologia; funções psíquicas do</p>

	transtorno; filosofia, funcionamento e lógica do CAPS; Reforma Psiquiátrica; Políticas públicas; Política da Saúde Mental; Princípios SUS; Atenção psicossocial; Trabalho em equipe; Comunicação; Responsabilizar-se ; Atendimento ampliado (clínica ampliada); Acolhimento; Capacidade de resolução de problemas; Relação interpessoal; Saber fazer (capacidade de fazer discussões entre familiares; saber trabalhar com público infante juvenil, promover minimização do sofrimento); Perfil do futuro trabalhador do CAPS;
Aspectos Institucionais e relações interpessoais	Trabalho em equipe; Vínculo; Princípios da atenção psicossocial (cuidado/acolhimento/ escuta ampliada/ clinica ampliada); Lógica do funcionamento/perspectiva/filosofia do CAPS; Equipe multi e interdisciplinar; Proporcionar reinserção do indivíduo à sociedade/autonomia; Porta aberta; Concepção aberta e participativa; Trabalho em conjunto/dupla; Relação horizontalizada;

Após fazer essa re-contextualização foi necessário voltar ao referencial teórico para auxiliar na análise de dados, e com isso, permitiu-se a identificação de três categorias:

#### **Quadro 04- Nova re-contextualização dos grupos focais 01 e 02**

Formação	Disciplinas que auxiliaram na graduação; Educação Permanente (subcategoria)
Características pessoais	Qualidade na relação interpessoal
Aspectos institucionais	Trabalho em equipe; Vínculo; Satisfação do trabalhador
Trabalho	Fragilidades no trabalho

#### 4.3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo teve como base os cuidados éticos necessários para pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. O mesmo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG) sob Parecer Nº: 1.609.785 e depois foi submetido à avaliação e aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Os Grupos Focais foram iniciados após a concordância e a assinatura dos profissionais de saúde do TCLE (Anexo) que continham os propósitos da pesquisa.

## 5) RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

### **5.1 Artigo 01- Artigo submetido à Revista Saúde e Sociedade (B2)**

#### **Competência Profissional na Saúde: Uma Revisão Integrativa Professional Competence in Health: an Integrating Review**

**Juliana Paula Balestra Soares**

Faculdade de Inhumas (FACMAIS). Mestranda pelo Mestrado Profissional de Ensino em Saúde. Goiânia, GO, Brasil.

E-mail: [jupbs@hotmail.com](mailto:jupbs@hotmail.com)

Endereço para correspondência: Rua Coronel José R. Rabelo, 1092, Centro, Inhumas, GO, Brasil. CEP: 75400000.

**Edna Regina Silva Pereira**

Universidade Federal de Goiás. Profa. Adjunta do Departamento de Clínica Médica/Faculdade de Medicina. Doutora em Nefrologia pela USP.

E-mail: [ersp13@gmail.com](mailto:ersp13@gmail.com)

**Jacqueline Lima**

Universidade Federal de Goiás. Profa. Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Doutora em Saúde Pública pela Université de Montreal.

E-mail: [jlima\\_fen@yahoo.com.br](mailto:jlima_fen@yahoo.com.br)

### **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo investigar a concepção de competência profissional na área da saúde. Foi realizada uma revisão integrativa com quatro bases de dados: LILACS, SCIELO, BDENF, Index Psicologia. Os artigos são completos, em Língua Portuguesa e publicados entre os anos de 2003 a 2017. Os descritores utilizados foram competência profissional, formação profissional e saúde. Verificou-se a influência das principais correntes na área da competência: americana, francesa, inglesa, sul-americana e australiana. A francesa conta com maior número de artigos (vinte e um) e aponta como conceito os diferentes saberes que se articulam, se mobilizam e se integram dentro de um contexto para a

resolução de problemas. Constatou-se que apesar dos artigos não apresentarem um conceito único de competência eles estão de acordo com o que é preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da Saúde e acabam contribuindo para a constituição de saberes que envolvem conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), habilidades técnicas, valores, atitudes e significações pessoais que são percebidos como uma possibilidade de intervenção na realidade a fim de transformá-la.

**Palavras-chave:** Competência profissional, saúde, formação profissional.

#### ABSTRACT

This study aimed to investigate the conception of professional competence in the health area. An integrative review was performed, with four databases: LILACS, SCIELO, BDEF, Index Psychology. The articles are complete and in Portuguese for the last 15 (fifteen) years (2003-2017); the descriptors are: professional competence, professional training and health. It was verified the influence of the main currents in the area of competence: American, French, English, South American and Australian. Being the French with the greatest number of articles (21), it points out as a concept the different knowledges that articulate, mobilize and integrate within a context to solve problems. It was verified that although the articles do not present a single concept of competence, they are in accordance with what is recommended by the National Curricular Guidelines for Health and end up contributing to the knowledge formation that involves knowledge about SUS, technical abilities, values, attitudes, personal meanings that are perceived as a possibility of intervention in reality in order to transform it.

Keywords: Professional competence, health, professional training.

#### **Introdução**

Nos últimos anos, a temática competência vem sendo motivo de discussões tanto no âmbito profissional quanto no educacional, e apesar de existirem vários pesquisadores e educadores interessados nessa discussão, ainda há uma falta de consenso no seu conceito.

Segundo Webster (1979) competência, na língua inglesa é um conjunto de conhecimentos, julgamentos e/ou habilidades para a realização de uma tarefa. Essa definição utilizada é bastante ampla e apresenta dois aspectos ligados à competência que são conhecimento e tarefa e vai ao encontro do que afirma Nina (2006) ao revelar que competência apresenta um aspecto significativo envolvendo o aprendizado e a destreza para auxiliar no 'saber fazer'. Ou seja, o conceito de competência estaria ligado à capacidade de fazer ou resolver algo.

O interesse pelo estudo de competências teve início nos anos 1970. Esses estudos foram iniciados por pesquisadores e educadores provenientes dos EUA, Inglaterra, França e Austrália que trabalharam com as principais correntes que discutem competência como um conceito a ser abordado com mais profundidade na discussão de dados (FLEURY; FLEURY, 2001).

No Brasil, o uso do termo ocorreu na década de 1980 por empresas multinacionais, e foi adotado no fim da década de 1990 nos textos das reformulações em todos os níveis educacionais, tal como proposto pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)<sup>5</sup> e, por conseguinte, com a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Ensino Médio (RICARDO, 2003).

No entanto, não havia uma sistematização para estas discussões, pois a definição e a implantação de uma pedagogia das competências que obedecia a essa lógica ainda não estava consolidada, e por essa razão é

---

<sup>5</sup>Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) utiliza como conceito de competência: capacidades, saberes em uso, que envolvem conhecimentos, habilidades e valores. Nesse sentido a pessoa é considerada competente quando: "constitui, articula, mobiliza valores, conhecimentos e habilidades para a resolução de problemas não só rotineiros, mas também inusitados em seu campo de atuação" (BRASIL, 1996).

comum associar a noção de competência com o princípio do “aprender a aprender” sem uma compreensão precisa (RICARDO, 2010).

Somente em 2001, as competências começam a ser discutidas nas DCNs na área da saúde e utilizadas como parâmetros para as mudanças curriculares na perspectiva de formar profissionais com um novo olhar; pensar e fazer sobre ensino em saúde, no qual o foco deveria estar sobre a saúde e não sobre a doença, e sobre diferentes profissionais e não apenas sobre o médico (MOREIRA, 2015).

As instituições formadoras nos cursos da área da saúde (medicina, odontologia, terapia ocupacional, fisioterapia, Educação Física, enfermagem, nutrição, medicina veterinária, farmácia, biomedicina, fonoaudiologia, psicologia, serviço social) iniciam discussões sobre competências que visam auxiliar na formação do profissional na área da saúde com a proposta de desenvolver nesses profissionais algumas competências gerais como a atenção à saúde, a tomada de decisão, a comunicação, a liderança, a administração e o gerenciamento e a educação permanente (BRASIL, 2001).

Além disso, as DCNs nos cursos de graduação na área da saúde reforçam a necessidade de articulação entre a educação superior e o sistema de saúde vigente no país, para que os futuros profissionais atuem na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde com uma percepção ampliada do conceito de saúde e em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) se constituindo em aspectos fundamentais nessa articulação (BRASIL, 2001).

No Brasil, poucos estudos abordam de forma mais aprofundada a compreensão do conceito de competência profissional na área da saúde. Desse modo, esse artigo tem o objetivo de investigar esse conceito.

## **Metodologia**

Este estudo apresenta uma abordagem qualitativa, utilizando a revisão integrativa para compreender o conceito de competência profissional em saúde nos últimos quinze anos no Brasil. Esse tipo de

revisão permite que se inclua pesquisas experimentais e quase experimentais, além da utilização de referenciais (teórico e empírico) que podem auxiliar na compreensão mais completa do tema pesquisado, permitindo a reunião e sintetização das pesquisas sobre uma temática de forma sistemática e ordenada (POMPEO; GALVÃO; ROSSI, 2009).

Mendes et al. (2008) propõe que a revisão integrativa seja realizada em seis fases: 1) Identificação do tema ou questão da pesquisa para elaboração da revisão integrativa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações indexadas em duas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e The Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), no mês de maio de 2017, acessada por meio do link disponibilizado pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Goiás (BU/UFG):

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/avancado/>.

Foram adotados os seguintes critérios para a seleção dos artigos: todas as categorias de artigo (original, revisão integrativa, revisão de literatura); artigos com resumos e seus respectivos textos completos disponíveis para análise; artigos indexados na BVS (LILACS, BDEF e Index Psicologia) e SCIELO; aqueles publicados no idioma Português entre os anos de 2003 e 2017 (até o mês de maio) e os artigos que contivessem em seus títulos e/ou resumos os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): competência profissional, saúde, formação profissional. Vale ressaltar que o banco de dados da SCIELO foi pesquisado fora da BVS pois verificou-se a diferença do número total de artigos nos resultados da busca no interior e fora da Biblioteca Virtual de Saúde.

Entre os cento e oitenta e cinco artigos de todos os bancos de dados que apresentaram os critérios acima, foram excluídos aqueles que

não possuíam definição do conceito de competência e os que estavam em duplicidade (Quadro 1).

**Quadro 01: Busca de publicações indexadas em base de dados relativas ao conceito de competência profissional em saúde, 2017.**

BVS	SCIELO
<p>Descritores: Competência profissional and Saúde and Formação Profissional (1877)</p> <p>Base de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Index (244).</p> <p>Idioma: Português (214)</p> <p>Tipo de documento: artigo (183)</p> <p>Texto completo (141)</p> <p>Ano de publicação: 2003-maio 2017 (132)</p>	<p>Descritores: competência profissional and saúde and formação profissional (78)</p> <p>Texto completo (78)</p> <p>Ano de publicação: 2003-2017(71)</p> <p>Idioma: Português (56)</p> <p>Tipo de documento: Artigo (53)</p>

Assim, entre os cento e trinta e dois artigos selecionados na BVS, noventa e seis foram excluídos por não apresentarem o conceito de competência, sendo selecionados trinta e seis artigos para a análise. Dos cinquenta e três artigos da SCIELO, quarenta e nove foram excluídos por não apresentarem o conceito de competência e por duplicidade, sendo selecionados quatro artigos para análise, totalizando quarenta artigos da BVS e da SCIELO.

Para a organização dos dados, as pesquisadoras elaboraram instrumento de coleta de dados contendo: Autor, revista, título, concepção de competência. Foi realizada a caracterização dos estudos classificados em cinco categorias empíricas de concepções de competência (americana, francesa, inglesa, australiana e sul-americana).

## **Resultados e discussão**

Em relação aos anos de publicação dos artigos, 2003 a 2017, o maior ano de publicação foi em 2012, com cinco artigos; depois 2016, 2015, 2009, 2007 com quatro artigos cada; 2014, 2013, 2011, 2010 com três artigos cada e, por fim, nos anos de 2003, 2004, 2005, 2006, 2008 houve um artigo publicado em cada ano. Não foram selecionados artigos referentes ao ano de 2017 devido ao fato de eles não atenderem aos critérios de inclusão acima apontados.

Os artigos foram classificados quanto à sua área de atuação, sendo a área da Enfermagem com vinte e quatro; seguida pela Saúde Coletiva, cinco; Equipe Multiprofissional, três; Formação em Saúde, três; Medicina, dois; Educação Física, dois e Psicologia, um.

Em relação ao paradigma metodológico de estudo, a pesquisa com maior quantidade foi a revisão bibliográfica, com dezesseis; depois, pesquisa qualitativa, cinco; qualitativa exploratória, três; qualitativa descritiva, dois; qualitativa descritiva exploratória, três; qualitativa documental, um; relato de experiência, um; pesquisa quantitativa, um; quantitativa descritiva, um; quantitativa exploratória, um; quantitativa-qualitativa, três; quantitativa qualitativa exploratória e descritiva, um; revisão integrativa, dois.

As revistas foram classificadas de acordo com a sua especialização: Revista Ciência Y Enfermaria; Revista Brasileira de Enfermagem; Revista de Enfermagem da Escola da USP; Revista Salusvita; Revista Trabalho, Educação e Saúde; ABCS Health Sciences; Saúde e Sociedade; Texto e Contexto Enfermagem; Revista Brasileira de Educação Médica; Ciência e Saúde Coletiva; Physis Saúde Coletiva; Motriz; Pensar a prática; Revista Psicologia: teoria e prática; Revista de Enfermagem Centro Oeste Mineiro; Revista Latina Americana de Enfermagem; Cogitare; Acta Paul Enfermagem; Cuidarte; Revista Mineira de Enfermagem; Interface.

Quadro 02- Produção indexada na BVS, selecionada segundo autor, revista, título e concepção de competência, 2003-2017.

N.	Autor	Revista	Título	Conceito de Competência
01	Camelo et al. 2016	Revista Ciência Y Enfermaria	Competências profissionais e estratégicas organizacionais de gerentes de enfermagem	Conjunto de conhecimentos habilidades e atitudes.
02	Jensen et al. 2016	Revista de Enfermagem da USP	Competências em informática essenciais à tomada de decisão no gerenciamento em enfermagem	Uso de conhecimentos, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções valores, e reflexão prática diária.
03	Damianceet al. 2016	Revista Salusvita	Formação acadêmica para SUS x competência pedagógica do formador	Conjunto de conhecimentos, savoir-faire, posturas, ações, atitudes necessárias.
04	Vieira et al. 2016	Trabalho, Educação, Saúde.	Formação profissional e integração com a rede básica de saúde	Capacidade de mobilizar recursos e conhecimentos.
05	Silva et al. 2015	ABCS Health Sciences	O que vem se falando por aí em competências no ensino da promoção da saúde na formação do enfermeiro?	Conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes.
06	Pinheiro et al. 2015	Saúde e Sociedade	Competências em promoção da saúde: desafios da formação	Uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitam ao indivíduo desempenhar tarefas de acordo com um padrão.
07	Regis; Batista, 2015	Revista Brasileira de Enfermagem	O enfermeiro na área da saúde pública	Faculdade de mobilizar recursos cognitivos para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações.
08	Witt et al. 2015	Revista Escola enfermagem da USP	Competências profissionais para atendimento de idosos em atenção primária à Saúde	Conhecimentos, habilidades e atitudes.
09	Tohom et al. 2014	Revista Brasileira de Educação	Indicadores de avaliação do cuidado	Capacidade, saber, aptidão, atributo, habilidade ou

		Médica	individual: subsídio para formação médica orientada por competência	conjunto de habilidades e especificidades articuladas com mobilização de recursos para resolução de problemas.
10	Franco et al. 2014	Revista Brasileira de Educação Médica	O conceito de competência: uma análise do discurso docente	Conhecimento, habilidade, emoções, raciocínio, valores e comunicação.
11	Camelo; Angerami 2013	Revista Texto Contexto Enfermagem	Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para enfermagem	Conhecimentos, habilidades e atitudes.
12	Burgatti et al. 2013	Revista Brasileira de Enfermagem	Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem.	Conhecimentos teóricos e práticos, que envolvem: qualidades, capacidades, e atitudes relacionadas a esses conhecimentos.
13	Siqueira-Batista 2013	Ciência e Saúde Coletiva	Educação e competência para SUS: é possível pensar alternativa à(s) lógica(s) do capital tardio?	Capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação apoiado em conhecimento, mas sem limitar-se a eles.
14	Frageli; Shimizu 2013	Physis Revista de Saúde Coletiva	Prospecções para desenvolvimento de políticas públicas de formação de profissionais de saúde a partir de análise do cenário brasileiro de competências	Domínio de atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes).
15	Mello; Silva 2013	Motriz	Competência do gestor de academias esportivas	Conhecimentos, habilidades e atitudes.
16	Barletta; Fonseca; Delabrida 2012	Revista Psicologia: teoria e prática	A importância da supervisão de estágio clínico para desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental	Conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes.

17	Spagnol; Soares; Silveira, 2012	Revista de Enfermagem Centro Oeste Mineiro	Experiências pedagógicas vivenciadas na disciplina "competências e habilidades" para gestão de pessoas nas organizações de saúde	Capacidade e habilidade em desempenhar com exatidão um ofício (conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes).
18	Uchimurae Bosi 2012	Interface	Habilidades e competências da Estratégia Saúde Família	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento (saber)</li> <li>• Habilidade (saber fazer)</li> <li>• Atitude (saber ser)</li> </ul>
19	Benito et al. 2012	Revista Brasileira de enfermagem	Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber</li> <li>• Saber fazer</li> <li>• Saber ser</li> </ul>
20	Aguiar et al. 2012	Acta Paulo enfermagem	Competência do enfermeiro para promoção da saúde no contexto da saúde mental	Capacidade de aplicar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores para padrão de desempenho.
21	Anversa e Oliveira 2011	Pensar a Prática	Personal Trainer: competências profissionais demandadas pelo mercado de trabalho	Mobilizar, integrar e transferir seus conhecimentos em uma sequência lógica, objetiva e operacional, garantindo sua empregabilidade.
22	Mestriner Jr et al. 2011	Ciência e Saúde Coletiva	O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento</li> <li>• Habilidade</li> <li>• Atitude</li> </ul>
23	Furukawa e Cunha 2011	Revista Latino Americana de Enfermagem	Perfil e competência de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados	Capacidade de entrega da pessoa com a agregação de valor ao patrimônio de conhecimento de organização
24	Furukawa e Cunha 2010	Revista Brasileira de Enfermagem	Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro	Conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que justificam um alto desempenho.
25	Nascimento e Oliveira 2010	Saúde Sociedade	Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família	A capacidade de agir eficazmente em determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles.
26	Leonello e Oliveira	Revista Brasileira de	Integralidade do cuidado à saúde	Articulação de conhecimentos,

	2010	Enfermagem	como competência educativa do enfermeiro	habilidades e atitudes.
27	Montezelie Peres 2009	Cogitare Enfermagem	Competência gerencial do enfermeiro: conhecimento publicado em periódicos brasileiros	Capacidade de mobilizar, articular, colocar em ação, valores, conhecimentos, habilidades necessárias para desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pelo trabalho.
28	Lucchese e Barros 2009	Revista Escola de Enfermagem da USP	A constituição de competências na formação na prática do enfermeiro em saúde mental	Saberes e habilidades articular e mobilizar recursos próprios/ saber administrar situação complexa.
29	Molina e Miotto 2009	Cuidarte Enfermagem	Currículo de enfermagem: competências e habilidades para formação de docentes	Conjunto de atributos pessoais, resultados obtidos e pessoais mais contextos para atingir resultados.
30	Cordeiro et al. 2009	Physis Saúde Coletiva	Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil	Constitui, articula, mobiliza valores, conhecimentos e habilidades para a resolução de problemas.
31	Dias e Paiva 2009	Revista Mineira de Enfermagem	Formação de competências gerenciais a partir das disciplinas de gestão no curso de enfermagem	Capacidade de mobilizar e aplicar conhecimentos em determinadas situações.
32	Leolello e Oliveira 2008	Revista Latino Americana de Enfermagem	Competências para ação educativa da enfermeira	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Saber conhecer (conhecimento)</li> <li>•Saber fazer (habilidades)</li> <li>•Saber ser (atitude)</li> <li>•Saber conviver (atitude)</li> </ul>
33	Santos e Ciampone 2007	Revista Mineira de Enfermagem	Avaliação de competências gerenciais: a percepções de alunos do curso de graduação em enfermagem da USP	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Saber conhecer (conhecimento)</li> <li>•Saber fazer (habilidade)</li> <li>•Saber ser (atitude)</li> <li>•Saber conviver (atitude)</li> </ul>
34	Peres et al. 2007	Trabalho Educação e Saúde	Competências gerenciais do enfermeiro nas perspectivas de um curso de	Saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber

			graduação de enfermagem e do mercado de trabalho	aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidade, ter visão estratégica.
35	Shimizu et al. 2007	Revista Brasileira de Enfermagem	O modelo de competência na formação de trabalho de enfermagem	Articula e mobiliza conhecimentos, habilidades, que possibilite participação ativa.
36	Mota e Aguiar 2007	Ciência Saúde Coletiva	Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos, atitudes.</li> <li>• Capacidade para mobilizar saberes para resolução de problemas</li> <li>• Capacidade de aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes.</li> </ul>
37	Gomes 2006	Texto e contexto	Contributos da formação para desenvolvimento de competências na área da enfermagem	Mobilizar, transferir, adequar ao contexto à capacidade do conhecimento.
38	Lima 2005	Interface	Competências: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimentos/habilidades ressignificados por meio do conjunto de seus valores pessoais.</li> <li>• Capacidade de mobilizar recursos para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações</li> </ul>
39	Santos 2004	Revista Brasileira de Enfermagem	Formação do enfermeiro na perspectiva das competências: uma breve reflexão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender a conhecer</li> <li>• Aprender a fazer</li> <li>• Aprender a viver junto</li> <li>• Aprender a ser</li> </ul>
40	Witt e Almeida 2003	Revista Brasileira de Enfermagem	Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública: contribuição para construção de projetos pedagógicos na enfermagem	Capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para resolução de problemas e enfrentar situações problemas.

A análise dos artigos permitiu identificar a falta de consenso entre os autores em relação ao conceito de competência, contudo, percebe-se que há uma influência das principais concepções sobre competência, a partir do país ou região de origem do referencial adotado: francesa, americana, inglesa, australiana e sul-americana.

### **FRANCESA:**

Já a abordagem francesa aproxima-se do modelo construtivista, em que a aprendizagem é focada na formação do trabalhador por meio de capacitação e qualificação, ou seja, ela vincula educação e trabalho e associa a competência como um conjunto de realizações em um determinado contexto (BRANDÃO; BORGES-ANDRADE, 2007). Além disso, é considerada multidimensional e situacional. Os autores importantes dessa abordagem são: LE BOTERF, 2003; ZAFIRIAN, 2011 e PERRENOUD, 1999. Para Le Boterf (2003) competência são as dimensões do saber (saber agir, saber combinar recursos e mobilizá-los, saber transpor, saber aprender e aprender a aprender, saber envolver-se) para a resolução de problemas. Enquanto para Zafirian (2011) o enfoque está na autonomia, na dinâmica da aprendizagem, no trabalho em equipe e na co-responsabilidade do indivíduo. Já para Perrenoud (1999) o conceito de competência surgiu inicialmente para atender demanda de campo profissional e depois veio para o campo educacional causando prós e contras à metodologia de ensino formal (via memorização), pois esse conceito propõe a utilização de situações-problema que envolvem planejamento, tomada de decisão e análise do contexto desenvolvendo, assim, novas competências e habilidades.

A abordagem mais utilizada na área da saúde foi a Francesa, com dezenove artigos, ora relacionados aos diferentes saberes contextualizados, ora na articulação, mobilização, integração, transferência de conhecimentos e/ou habilidades dentro de um contexto para resolução de problemas (DAMIANCE et al., 2016; VIEIRA et al.,

2016; REGIS; BATISTA, 2015; TOHOM et al., 2014; FRANCO et al., 2014; SIQUEIRA BATISTA, 2013; UCHIMURA; BOSI, 2012; BENITO et al. 2012; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; LUCHEESE; BARROS, 2009; CORDEIRO et al., 2009; DIAS; PAIVA, 2009; PERES et al., 2007; SHIMIZU et al., 2007; MOTA; AGUIAR, 2007; GOMES, 2006; LIMA, 2005; SANTOS, 2004; WILL; ALMEIDA, 2003).

Observa-se que todos os artigos analisados no período de 2003 a 2009 são da concepção francesa. A análise entre esse período e a concepção francesa evidenciou várias portarias ministeriais que orientaram a Política de Gestão da Educação em Saúde, que colocavam a formação profissional da saúde como central para a transformação, desenvolvimento e consolidação do SUS. Porém, essa formação não pode ser empreendida sem levar em consideração a formação que os profissionais receberam na graduação, voltada para o aspecto biológico, o foco positivista, sem muita discussão no que diz respeito à prevenção e/ou promoção. E isso é percebido como um obstáculo, pois para pensar na formação, hoje, na saúde, deve-se considerar a integralidade do sujeito, com aspectos pessoais, psicológicos, históricos, sociais, éticos e religiosos. Infelizmente, quando esses profissionais vão para o campo de trabalho percebem as diferenças apresentadas na formação: objetivo x subjetivo; trabalho individual x trabalho em equipe; clínica x saúde pública (MACEDO et al., 2014).

Nesse sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que a educação dos profissionais inclui conhecimentos sobre o SUS e habilidades técnicas, além do pensamento e produção da subjetividade, e por isso o processo de ensino aprendizagem vai além da transferência de conteúdos e normas, sendo necessário incluir experiências teóricas e práticas, valores, atitudes e significações pessoais dos próprios trabalhadores. Os autores apresentam a competência como uma possibilidade de intervir na realidade para transformá-la. E isso vai ao encontro do que se espera da competência na área da saúde.

## **AMERICANA**

A abordagem americana se aproxima das versões contemporâneas do fordismo/taylorismo na qual a competência está relacionada à qualificação do cargo, ou seja, na escolha do melhor trabalhador. Nessa perspectiva, com a abordagem americana, a competência conceitua-se como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) que justificam um alto desempenho (FLEURY; FLEURY, 2001; MCCLELLAND, 1973). Segundo Barato (1998) o mercado de trabalho é quem vai definir as competências, enfatizando assim os aspectos ligados ao desempenho requerido pelas organizações.

A concepção americana aparece em quinze artigos, conceituando competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) nas quais o trabalhador é o responsável pelo desempenho (CAMELO et al. 2016; SILVA et al., 2015; WITT et al., 2015; CAMELO ; ANGERAMI, 2013; FRAGELLI; SHIMIZU, 2013; MELLO; SILVA, 2013; BURGATTI et al. 2013; BENITO et al. 2012; BARLELTA; FONSECA; DELABRIDA, 2012; UCHIMURA; BOSI, 2012; JUNIOR et al.,2011; FURUKAWA; CUNHA, 2010; LEONELLO; OLIVEIRA, 2010, LEONELLO E OLIVEIRA, 2008; SANTOS; CIAMPONE, 2007)

O que se percebe com esses artigos é que eles estão relacionados ora à gestão, ora à organização ou gerenciamento, e devido às mudanças nos locais de trabalho relacionadas às inovações tecnológicas surgiram novas lógicas empresariais valorizando o fator humano nas organizações em associação com essas inovações. Incorporando essas tecnologias à área da saúde passou-se a exigir profissionais qualificados, com destrezas, que trabalhem em equipe e que possam tomar decisões em determinadas situações (CAMELO et al.2016).

Dentro dessa perspectiva não só os profissionais de saúde, mas também os administradores e gestores devem estar envolvidos a fim de refletirem sobre a relevância de mobilizar estratégias para desenvolver

competências que contribuam na organização do trabalho e excelência dos serviços prestados (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

## **INGLESA**

O conceito de competência está relacionado ao trabalho. Foi atribuído à pró-atividade dos governos americano e inglês por levarem em consideração que poderiam ter benefícios criando e implementando padrões de competências reconhecidos e aplicados em ambientes de trabalho (WINTERTON; WINTERTON, 1999). Competência para certificação indica aquilo que o trabalhador deve SABER E FAZER para desempenhar sua prática com sucesso. Ao realizar a análise, três artigos foram classificados com a abordagem inglesa, considerada uma corrente funcionalista, ou seja, voltada para a avaliação, formação e desempenho de competência de um cargo ou trabalho (PINHEIRO et al., 2015; SPAGNOL; SOARES; SILVEIRA, 2012; MONTEZELI; PERES, 2009).

Segundo Deluiz (2001) essa corrente funcionalista, oriunda da sociologia, se pauta na descrição de resultados que devem ser atingidos em uma determinada função a partir da análise funcional, sem levar em consideração o processo. E talvez por esse motivo poucos artigos estejam baseados nessa perspectiva, o que deixa subentendido que a saúde prioriza, para além dos resultados, a forma como aconteceu algo, em qual contexto e quais recursos foram utilizados para solucionar o problema.

## **SUL-AMERICANA (FUSÃO AMERICANA E FRANCESA)**

Para a corrente sul-americana (brasileira) a competência do indivíduo se traduz como

O saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo (Fleury; Fleury, p.41, 2000).

Adicionalmente Rocha (2009) abrange no conceito de competência a aprendizagem e a gestão do conhecimento envolvendo

três regiões do saber: saber, relacionado ao conhecimento; saber fazer relacionado às habilidades e o saber agir relacionado às atitudes, ou seja, a fusão entre a americana e a francesa.

Foram classificados dois artigos nessa abordagem sul-americana. O primeiro mantém uma estreita relação entre as competências individuais e as estratégias utilizadas para o alcance dos objetivos organizacionais (FURUKAWA; CUNHA, 2011). E o segundo, de Molina e Miotto (2009) propõe o conceito de competência dialógica, que combina atributos pessoais para realizar atividades em determinados contextos visando atingir resultados, sendo que esse conceito perpassa pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Assim, Brasil (2001) define competência como: as habilidades estruturais de inteligência, ou ainda, as ações e operações utilizadas para estabelecer relações com e entre objetos, situações, fenômenos e pessoas que se deseja conhecer.

### **AUSTRALIANA:**

Essa abordagem é da década de 1990, mais ampla, holística e dinâmica como se estivesse em constante mudança. A competência deve combinar teoria e prática e inclui combinações complexas de atributos (conhecimentos, habilidades, valores e atitudes) para desempenho de maneira inteligente em determinadas situações (MCMULLAN, 2005).

Dentro da concepção australiana encontramos apenas um artigo (JENSEN et al., 2016) que tem a reflexão da prática diária como característica. Conhecida pela natureza holística e integradora, essa abordagem tem sofrido influência de duas outras abordagens: behaviorista e funcionalista além de integrar ações relacionadas à educação e formação, tais como: planejamento, aprendizado em equipe, autonomia, aprendizagem baseada em problemas e estratégias de avaliação formativa, ou seja, práticas que podem apoiar na prestação de serviços de qualidade (SULTANA, 2009). Percebe-se que algumas dessas características vêm sendo trabalhadas nos cursos de graduação de saúde,

como: aprendizagem baseada em problemas e avaliação formativa, contudo não foram muito contempladas nos artigos pesquisados.

### **Considerações finais**

No entanto, não foi possível definir um conceito único de competência pelo fato de o termo ser considerado polissêmico. Assim, percebeu-se várias influências de abordagens, resultando na ideia de que não existe a mais correta, ou a mais sensata, mas aquela que contempla o que a saúde espera de seu profissional.

Dessa forma, os artigos revelam que o campo da saúde apropriou-se da abordagem francesa, e utilizou diferentes tipos de saber que, integrados e mobilizados, foram aplicados na resolução de problemas, ou na tomada de decisões.

Desse modo, faz-se necessário trabalhar o conceito de competência nas instituições de ensino, no sentido de integrar e mobilizar saberes para resolver problemas ou tomar decisões, já que o mercado de trabalho vem exigindo a qualificação dos trabalhadores. Além disso, pensar em possibilidades como a educação permanente em saúde também pode ser uma hipótese já que todos estão envolvidos: profissionais, gestores e universidade a fim de que possa haver uma melhoria na qualidade de prestação de serviços e no atendimento ao usuário.

### **Referências**

AGUIAR, M.I.F. (Org.). Competências do enfermeiro para promoção da saúde no contexto da saúde mental. *Acta Paul Enfermagem*, v. 25, n.2, p. 157-163, 2012.

ANVERSA, A.L.B; OLIVEIRA, A.A.B. Personal trainer: competências profissionais demandadas pelo mercado de trabalho. *Pensar a prática*. Goiânia, v.4, n.3, p.1-17, 2011.

BARATO, J. N. Competências essenciais e avaliação do ensino universitário. Brasília, DF: *UNB*, 1998.

BARLETTA, J.B. (Org.). A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: teoria e prática*, v. 14, n.03, p.153-167, 2012.

BENITO, G.A.V. (Org.). Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.65, n. 01, p.172-178,2012.

BRANDÃO, H. P.; BORGES-ANDRADE, J. E. Causas e efeitos da expressão de competências no trabalho: para entender melhor a noção de competência. *Revista de Administração Mackenzie*, (RAM). São Paulo, v. 8, n. 3, p. 32-49, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*, no 9394/1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 03, de 07 de novembro de 2001. *Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação na Área da Saúde*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

BURGATTI, J.C; LEONELLO, V.M; BRACIALLI, L.A.D; OLIVEIRA, M.A.C. Estratégias pedagógicas para desenvolvimento de competências ético-política na formação inicial de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem (online)* v.66, n.02, 2013.

CAMELO, S.H.H. (Org.). Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerentes de enfermagem. *Ciência Y Enfermería XXII*, v.12, n.01, p.75-86, 2016.

CAMELO, S.H.H; ANGERAMI, E.L.S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v.22, n.2, p.552-560, 2014.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CORDEIRO, H. (Org.) Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.03, p. 695-710, 2009.

DAMIANCE, Patrícia Ribeiro Mattar *et al*. Formação acadêmica para o SUS X Competência pedagógica do formador: algumas considerações para o debate. Bauru, SP, *Salusvita*, v.35, n.03, p.453-474, 2016.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. *Boletim Técnico do SENAC*, v. 27, n. 3, 2001.

DIAS, H.C.V.B.; PAIVA, K.C.M. Formação de competências gerenciais a partir de disciplinas de Gestão no curso de Enfermagem: percepções de alunos de uma Universidade privada. *Revista Mineira de Enfermagem (REME)*, v.13, n. 04, p.474-484, 2009.

FLEURY, M.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. Edição Especial. SP, *Revista de Administração Contemporânea*, 2001.

FRAGELLI, T.B. O; SHIMIZU, H.E. Prospecções para desenvolvimento de políticas públicas de formação de profissionais de saúde a partir da análise do cenário brasileiro de competências. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 01, p.197-208, 2013.

FRANCO, R. S. (Org.). O Conceito de Competência: uma Análise do Discurso Docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 38, n.02, p. 173-181, 2014.

FURUKAWA, P.O & CUNHA, I.C.K.O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 63, n. 6, p.1061-1066, 2010.

\_\_\_\_\_. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 63, n. 6, p.1061-1066, 2010.

GOMES, B.P. Contribuições da formação para o desenvolvimento de competências na área da enfermagem de reabilitação. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.15, n.2, p.193-204, 2006.

JENSEN, R; GUEDES, E.S; LEITE, M.M.J. Competências em informática essenciais à tomada de decisão no gerenciamento em enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. p.109-117, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100015>.

JUNIOR, W.M (Org.). O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n.1, p.903-912, 2011.

LE BOTERF, Guy. Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Artmed, *Bookman*, 2003.

LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências para ação educativa da enfermeira. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.16, n.02, 2008.

\_\_\_\_\_. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.63, n.3, p.366-370, 2010.

LIMA, V. V. Competências: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.17, p.369-79, 2005.

LUCHEESE, R.; BARROS, S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro da saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 01, p.152-160, 2009.

MACÊDO, N.B; ALBUQUERQUE, P.C; MEDEIROS, K.R. O desafio da implementação da Educação Permanente na Gestão da Educação na Saúde. *Trabalho, Educação, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 379-401, 2014.

MCCLELLAND, D. Testing for Competence Rather Than for Intelligence. *American Psychologist*, 1973.

MCMULLAN, M. Competence and its assessment: a review of the literature. *Podiat*, v.08, n.02, p.49-52, 2005.

MELO, J.A.C; SILVA, S.A.P.S. Competências do gestor de academias esportivas. *Motriz*, Rio Claro, v.19, n.1, p.74-83, 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto – enfermagem*. Florianópolis, SC, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MESTRINER JR et al. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde e a experiência no projeto Huka-Katu. *Ciência e Saúde Coletiva*, RJ, v.16, p.903-912, 2011.

MOLINA & MIOTTO. Currículo de enfermagem: competências e habilidades para formação de docentes. *Cuidarte Enfermagem*.v.3, 2009 janeiro-junho; 3(1):79-87

MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. Competência gerencial do enfermeiro: conhecimento publicado em periódicos brasileiros. *Cogitare. Enfermagem*, v.14, n.03, p.553-558, 2009.

MOREIRA, C.O.F. & DIAS, M.S.A. Diretrizes Curriculares na saúde e mudanças nos modelos de saúde e educação. *ABCS Health Science (Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde)*. Santo André, SP, *NEPAS*

(Núcleo de Estudos, pesquisa e assessoria à saúde), v.40, n.03, p.200-305, 2015.

MOTA, L.B; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.363-372, 2007.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde, Sociedade*, São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

NINA, R. R. V. Profissional da informação: o bibliotecário e suas representações das competências profissionais e pessoais para atuar em bibliotecas- Florianópolis, SC: 2006. 258 p.

PERES, A.M; CIAMPONE, M.H.T; WOLFF, L.D.G. Competências gerenciais do enfermeiro nas perspectivas de um curso de graduação de enfermagem e mercado de trabalho. *Trabalho, Educação, Saúde*, v. 5 n. 3, p. 453-472, 2007.

PERRENOUD, Phillipe. Construir competências é virar as costas aos saberes? In: *Pátio – Revista Pedagógica*, Porto Alegre, n. 11, p.15-19,1999.

PINHEIRO, D. G. M. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde Sociedade*. SP, v.24, p.180-188, 2015.DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100014>.

POMPEO, D.A; GALVAO, C.M; ROSSI, L.A. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enfermagem*. 2009. 22(4). 434-438p.

REGIS, C. G; BATISTA, N. A. O enfermeiro na saúde coletiva: concepções e competências. *Revista Brasileira de Enfermagem*.v.68, n.05, p.548-554, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680510j>.

RICARDO, E. C. Implementação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN): dificuldades e possibilidades. *Física na Escola*. v.04, n.01, 2003.

RICARDO, C.E. Discussão acerca do ensino por competências: problemas e alternativas. *Cadernos de Pesquisa*, v.40, n.140, p. 605-628, 2010.

ROCHA, E. P. Gestão de pessoas por competências: um enfoque gerencial. Campinas: *Alínea*, 2009. 232 p.

SANTOS, E.P & CIAMPONE, M.H.T. avaliação de competências gerenciais: a percepção de alunos do curso de graduação em enfermagem da USP. *Revista Mineira de Enfermagem (REME)*, v.11, n.04, p. 395-401, 2007.

SANTOS, G.F. Formação do enfermeiro na perspectiva das competências: uma breve reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), v.57, n.1, p.66-70,2004.

SILVA, K.L. (Org.). O que vem se falando por aí em competências no ensino da promoção da saúde na formação do enfermeiro? *ABCS (Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde)* p.286-293, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.809>.

SIQUEIRA-BATISTA, R.S.(Org.). Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.01, p.159-173, 2013.

SHIMIZU, H.E; LIMA, M.G; SANTANA, M.N.G.S.T. O modelo de competências na formação de trabalhadores de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.6, n.02, p.161-166, 2007.

SPAGNOL, C.A; SOARES, A.N.; SILVEIRA, B.V. Experiências pedagógicas vivenciadas na disciplina Competências e Habilidades para Gestão de Pessoas nas Organizações de Saúde. *Revista Centro oeste Mineiro de Enfermagem*. v.02, n. 03, p.451-462, 2012.

SULTANA, R. G. Competence and competence frameworks in careerguidance: complex and contested concepts. *Int. J Educ. Vocat.Guid.* v. 9, p.15-30, 2009.

TOHOM, S.F.R. (Org.). Indicadores de Avaliação do Cuidado Individual: Subsídios para a Formação Médica Orientada por Competência. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v.38, n. 03, p.331-336, 2014.

TUSSET, D. Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - *Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília*, Brasília, DF, 2012.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia da Saúde da Família. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.16, n.40, p.149-60, 2012.

VIEIRA, L.M (Org.). Formação profissional e integração com a rede básica de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.14, n.01, p.293-304, 2016.

WEBSTER. Webster's third new international dictionary of the English language, unabridged. Springfield, G. & C. *Merriam*, 1979.

WINTERTON, J.; WINTERTON, R. Developing managerial competence. London, *Routledge*, 1999.

WITT, R.R; ALMEIDA, M.C.P. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais da saúde pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos na Enfermagem. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília (DF), v.56, n.4, p.433-438,2003.

WITT, R.R (Org.). Competências profissionais para o atendimento de idosos em Atenção Primária à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.48, n.6, p.1020-1025, 2015.

ZARIFIAN, P. Objetivo competência: por uma nova lógica. São Paulo, *Atlas*, 2011.

## 5.2 Artigo 02- Artigo será submetido à Revista Physis

### Competência em saúde mental na perspectiva de profissionais de saúde que atuam em CAPS

#### Competence in mental health from the perspective of health professionals working in CAPS

Juliana Paula Balestra Soares (a)

Jacqueline Rodrigues de Lima (b)

Edna Regina Silva Pereira (c)

(a) Faculdade de Inhumas (FACMAIS). Mestranda pelo MEPES (Mestrado Profissional de Ensino em Saúde) Faculdade de Medicina, UFG, Goiânia, GO, Brasil. [jupbs@hotmail.com](mailto:jupbs@hotmail.com)

(b) Universidade Federal de Goiás. Profa. Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. [jlina\\_fen@yahoo.com.br](mailto:jlina_fen@yahoo.com.br)

(c) Universidade Federal de Goiás. Profa. Titular do Departamento de Clínica Médica/Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. [ersp@gmail.com](mailto:ersp@gmail.com)

#### Conflito de interesses

Os autores declaram não haver qualquer tipo de conflito de interesses relacionado à produção e publicação deste manuscrito.

#### Resumo

Historicamente, a saúde mental foi marcada por violência, preconceito e repressão dentro de um clássico modelo psiquiátrico. Com a Reforma Psiquiátrica (PR) foi construído um novo modelo de atenção psicossocial que contrastava com o modelo existente. Nesse sentido, o CAPS veio como dispositivo estratégico para o fortalecimento da RP, com um aspecto mais humano, com novas formas de cuidados que permitem a construção de novos conhecimentos e práticas. Nesta perspectiva, este estudo teve como objetivo identificar as competências dos profissionais de saúde mental no CAPS de Goiânia-GO. Esta é uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, utilizando a técnica do grupo focal, e a análise de dados utilizada foi a interpretação. Como resultado desse estudo obteve-se quatro categorias temáticas: Formação e PE, Trabalho e Aspectos Institucionais percebidos como aspectos pessoais.

Palavras-chave: competência profissional, treinamento, ensino, saúde mental.

## ***INTRODUÇÃO***

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos estratégicos para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, por meio da criação de novas formas de cuidado, olhares mais terapêuticos e da utilização de equipes multiprofissionais, dando oportunidade ao usuário de ser o protagonista da sua vida e de ser reinserido na sociedade, na família e no trabalho (BRASIL, 2002).

Estudos realizados por Bichaff (2006), Passos et al. (2008) e Ribeiro (2008) apontam deficiências na formação e na experiência prática para atuação em saúde mental que atenda os moldes da Atenção Psicossocial.

No campo da saúde mental faz-se necessário inserir o debate sobre suas competências específicas, desde o processo de formação profissional, visando o direcionamento do ensino e do serviço em saúde (LUCCHESE; BARROS, 2009).

A discussão sobre a formação com inclusão de competências deve permear debates acerca do contexto sócio-político da atenção à saúde, da efetivação das Diretrizes do SUS e dos saberes essenciais à formação de profissionais de saúde (LUCCHESE; BARROS, 2009).

No caso da Enfermagem, Tavares et al (2016) afirmam que apesar da ausência de direcionamento específico sobre as competências para a atuação do enfermeiro em saúde mental nas DCNs existe o entendimento entre os professores que atuam na área sobre os conteúdos que precisam ser incluídos na discussão sobre a Reforma Psiquiátrica.

Amarante (2007) sugere que os egressos dos cursos da área da saúde sejam capazes de superar o paradigma do termo louco e loucura, condição que envolveria a mudança do modelo hospitalocêntrico e assistencial, para a efetivação da Reforma Psiquiátrica que é um processo complexo, que se entrelaça em várias dimensões (teórico-conceitual, jurídico, técnico-assistencial e sociocultural).

Corroborando com essa perspectiva de Atenção Psicossocial, o estudo feito por Deluiz (2001) demonstrou a importância de se repensar a

formação profissional, ampliando a qualificação técnica, o trabalho em equipe e a comunicação que contribui para a atenção integral. Esse autor sugere que os modelos de formação sejam construídos na perspectiva da competência.

Dentre as categorias profissionais que tem produzido conhecimento direcionado à formação em saúde mental destaca-se a enfermagem. Lucchese e Barros (2009) identificaram duas competências necessárias para o enfermeiro que atua na saúde mental: saber administrar uma situação complexa e mobilizar recursos pessoais e do meio. Siqueira (2009) descreve quatro competências fundamentais para a atuação na saúde mental: *comunicativa* (que envolve diálogo e a comunicação interpessoal); *pessoal* (que envolve responsabilizar-se, tomar iniciativa, aprender, e abertura às mudanças); *cuidado* (interação com paciente, valorização da autonomia do usuário) e *sociopolítico* (capacidade de refletir sobre o mundo do trabalho, ter ação e compromisso social, desenvolver exercício da cidadania).

Conforme Le Boterf (2003), Zafirian (2011) e Perrenoud (1999), fundamentados pela concepção de competência como resultante de diferentes tipos de saberes que integrados e mobilizados são aplicados na resolução de problemas, ou na tomada de decisão, esse artigo tem como objetivo identificar a compreensão das competências em saúde mental sob a perspectiva dos profissionais que atuam nos CAPS na cidade de Goiânia-GO.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. O campo escolhido para o estudo foi o CAPS do município de Goiânia-GO, mais especificamente os nove CAPS que fazem o atendimento à população com transtorno mental (adulto e infanto-juvenil) e que faz uso de álcool e outras drogas (adulto e infanto-juvenil).

Considerando os profissionais de saúde que lidam diretamente com a saúde mental, houve um total de duzentos e trinta e nove participantes desta pesquisa que envolveu médicos psiquiatras, arteterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, professores de Educação Física, musicoterapeutas e enfermeiros atuantes nos CAPS de Goiânia (SMS, 2012).

Para participar da pesquisa considerou-se o fato de o participante ser profissional da área da saúde com nível superior completo; ser funcionário efetivo na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou estar à disposição dela, com o mínimo de pelo menos um ano de experiência no CAPS. Foram excluídos os profissionais de saúde substitutos ou temporários que atuam nos CAPS; que estejam de licença médica, licença maternidade, licença paternidade, licença prêmio, casamento, serviço militar obrigatório e gestores dos CAPS durante o período de coleta de dados, ainda que fossem profissionais de saúde.

O processo de recrutamento para participação na pesquisa dos profissionais da área da saúde atuantes nos CAPS ocorreu após a autorização da SMS de Goiânia e do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Os primeiros contatos foram realizados via telefone com os coordenadores para que eles pudessem organizar um horário, um local e o convite de participação aos profissionais da instituição. Depois desse primeiro contato, foram realizadas as visitas nos CAPS, nos horários pré-estabelecidos (matutino e vespertino), alcançando, na maioria das visitas, a participação de todos os profissionais que ali atuavam. Foi exposto o tema da pesquisa e sua relação com o CAPS, os objetivos do estudo e a realização do Grupo Focal (GF) como coleta de dados. Para as pessoas que se manifestaram positivamente em relação à participação nesse trabalho foi solicitado o número de telefone para posterior contato com elas. Foram realizadas ligações telefônicas para que os profissionais pudessem organizar o melhor dia e horário para a realização do GF. Nesse sentido, doze pessoas aceitaram participar do primeiro GF, contudo

no dia marcado para a realização do encontro estiveram presentes oito pessoas. E no segundo GF também participaram oito pessoas.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram realizados dois grupos focais (GF1 e GF2), com oito profissionais cada, sendo o primeiro composto por profissionais atuantes no trabalho com pessoas adultas com transtorno mental, e o segundo composto por profissionais responsáveis por crianças e adolescentes com transtorno mental. Não houve participação de profissionais atuantes em CAPS A/D, nem enfermeiros. O roteiro do GF consistia de questões norteadoras que envolviam a graduação, os aspectos pessoais e o perfil profissional.

O método de análise de dados utilizado foi o interpretativo. Tesch (1990) avalia o método interpretativo como um padrão para estudos de casos qualitativos, pois ele apresenta a finalidade de identificar, analisar e comparar os dados, conforme circunstâncias particulares, e classificá-los para explicar o fenômeno estudado. O método interpretativo apresenta duas fases: De-contextualização (organização) e Re-contextualização (interpretação).

O estudo teve como base os cuidados éticos para a realização de pesquisa com seres humanos preconizados na Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás (UFG) com o Parecer 1.609.785 e anuência da SMS.

## ***RESULTADOS E DISCUSSÃO***

### *Perfil dos Profissionais de Saúde dos CAPS de Goiânia-GO*

As categorias representam os dezesseis profissionais de saúde médico (psiquiatra), assistente social, arteterapeuta, professor de Educação Física, psicólogo, farmacêutico, musicoterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Não houve participação de enfermeiro (a).

**Quadro 01- Características dos profissionais de saúde quanto ao sexo, idade, tempo de trabalho no CAPS e profissão, Goiânia, 2017.**

Sexo	Idade	Tempo de trabalho no CAPS	Categoria Profissional
F	48	17 anos	Fonoaudióloga
F	69	17 anos	Fonoaudióloga
F	43	14 anos	Médica psiquiatra
M	37	12 anos	Musicoterapeuta
M	41	11 anos	Professor de Educação Física
M	42	15 anos	Professor de Educação Física
F	43	08 anos	Serviço Social
F	45	15 anos	Psicóloga
F	35	07 anos	Serviço Social
F	39	07 anos	Professora de Educação Física
F	51	01 ano	Serviço Social
F	54	02 anos	Psicóloga
F	47	14 anos	Professora de Educação Física
F	43	01 ano e 6 meses	Farmacêutica
F	51	11 anos	Arteterapeuta
F	50	04 anos	Terapeuta ocupacional

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; P: Profissional M: Sexo Masculino; F: Sexo Feminino

Dos participantes dos GF, treze (83,3%) eram do sexo feminino. Este resultado corrobora outros estudos que apontam o sexo feminino como maioria entre os profissionais de saúde (MENDES et al., 2015; DIAS; ARANHA, 2010).

Em relação à faixa etária houve uma maior participação de profissionais com idade entre 40 e 49 anos (oito), seguido de 50 a 59 anos (quatro), 30 a 39 anos (três) e apenas uma pessoa entre 60 e 69 anos. Pesquisa realizada com trabalhadores do CAPS de Araguaína-TO e de Salvador-BA identificou que a maioria dos participantes tinha idade acima de 40 anos. Estudos sugerem que profissionais de saúde dessa faixa etária, considerada meia idade, apresentaram tendências mais voltadas ao acolhimento dos usuários (DIAS; ARANHA, 2010; MENDES et al.; ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Os profissionais de saúde que participaram do estudo atuavam, em média, há nove anos no CAPS, o que difere da pesquisa realizada com os

trabalhadores de CAPS em Salvador que aponta uma média de seis anos de atuação (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Estudos relacionados à temática revelam que a maioria dos profissionais de saúde mental que atuam no CAPS são psicólogos, entretanto, neste estudo, a maior participação foi de professores de Educação Física (MENDES et al., 2015). De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde do município (2012) atualmente existe uma média de 3,4 professores de Educação Física em cada um de seus CAPS e acredita-se que o fato de a pesquisadora que fez o recrutamento ser profissional da Educação Física esteja relacionado a esse resultado.

Em relação à formação em saúde mental, 33,33% dos profissionais fez uma pós-graduação ou especialização nessa área, que caracteriza menos da metade de profissionais, o que justifica os estudos de Milhomem e Oliveira (2009) ao realizarem uma pesquisa com CAPS na cidade de Goiânia no qual se constatou um déficit de profissionais especializados em saúde mental e a existência de questionamentos sobre a capacidade real desses profissionais para atuação nessa área.

Em relação à capacitação, neste estudo, 62,5% não receberam treinamento ou formação em saúde mental antes de entrar no CAPS. De acordo com Ribeiro (2015) a ausência de uma formação específica em saúde mental contribui para o distanciamento entre os trabalhadores e os pressupostos estabelecidos na Atenção Psicossocial. Semelhante estudo realizado em Natal (RN) demonstrou dados similares a essa pesquisa, no qual o conhecimento dos profissionais que permanecem no serviço se dava pela prática diária, ou "achismo" (SANTOS, 2014).

A deficiência na formação demanda atividades de qualificação, análogo à Oliveira e cols. (2009) que identificou a necessidade de desenvolver educação permanente, por meio de cursos, seminários, palestras, treinamento de supervisão, entre outros. Segundo Ribeiro (2015) a Educação Permanente é fundamental para a incorporação de novas práticas no trabalho, no cuidado e no atendimento dos trabalhadores em saúde mental.

Embora a concepção da Educação Permanente esteja preconizada na própria Política há mais de dez anos, existem desafios em relação à sua efetividade, pois segundo Figueiredo e cols. (2014) as ações de Educação Permanente não são realizadas de acordo com as necessidades do usuário, nem do trabalhador, nem do serviço e isso dificulta o seu desenvolvimento.

### ***Análise de dados Interpretativa***

A análise interpretativa dos dados como proposto por Tesch (1990) permitiu delinear quatro categorias temáticas

Quadro 2. Categorias temáticas e subcategorias obtidas na análise interpretativa dos dados

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Formação e Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disciplinas que auxiliaram na graduação</li> <li>• educação permanente</li> </ul>
2. Trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• características pessoais</li> <li>• satisfação do trabalhador do CAPS</li> </ul>
3. Processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• estrutura física</li> <li>• gestão e cuidado</li> </ul>
4. Institucionalização do CAPS	

#### 1. FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE (EP)

Estão relacionadas às disciplinas cursadas durante a formação na graduação e que auxiliaram no desenvolvimento de habilidades para a prática no CAPS dos profissionais participantes dos GF.

- *Disciplinas que auxiliaram a prática na Saúde Mental*

No que diz respeito às áreas que influenciaram na prática da SM, foram descritas disciplinas com aspectos relacionados ao modelo biomédico: biologia, farmacologia, semiologia, psiquiatria, além de outras mais próximas aos conceitos que fundamentam o modelo psicossocial: psicologia como a disciplina mais citada, antropologia, sociologia, filosofia, educação motora, teoria da aprendizagem, motricidade humana. Além das disciplinas existentes na graduação para auxílio na prática foi citada também a pós-graduação em SM como algo que contribuiu para a prática no CAPS.

Segundo Vieira e Silvanna (2010) as questões mais pertinentes à SM (Saúde Mental) estão relacionadas à formação e à capacitação dos recursos humanos, contudo, nem sempre a formação oferecida pela Universidade perpassa pela discussão ética e crítica sobre a Reforma Psiquiátrica, que contempla o homem em sua totalidade, auxiliando na construção de um sujeito social-cidadão, sendo ele uma pessoa com transtorno mental ou não.

Para Amarante (2010) muitos dos problemas na Rede e nas Políticas da Saúde e da Saúde Mental estão relacionados, mesmo que indiretamente com a formação que os profissionais recebem. O problema está presente tanto na graduação quanto na pós-graduação. Segundo o autor, o profissional é formado numa perspectiva especializada e tecnicista, as especialidades são fechadas e quase não dialogam. Os conceitos ainda estão pautados na doença, no aspecto biológico, na causa e efeito, e o sujeito é tratado como sujeito sem histórico, descontextualizado de cultura, de religião, de hábitos. Nesse sentido, se justifica as várias disciplinas citadas pelos profissionais que abordam aspectos biomédicos

*"Eu também não vejo uma matéria específica não, é um conjunto de tudo, eu preciso saber de: semiologia, preciso fazer anamnese, diagnóstico diferencial" (P3).*

*"É, dentro das disciplinas [...], que posso dizer que ajuda muito a questão de: neuro, né, neurologia tanto infantil quanto adulto; psiquiatria em si; a biologia né; psicomotricidade; psicologia" (P16).*

Além das disciplinas da graduação há, também, o espaço para residência e estágio nos quais a produção e reprodução do conhecimento do profissional vão ser aplicadas em estrutura com característica de "manicômio", e não CAPS, Saúde da Família e/ou Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2010).

Contudo, percebeu-se na fala de alguns profissionais que tiveram a possibilidade de estagiar fora do espaço do manicômio que

*"Todas as matérias me ajudaram bastante. Em termos de estágio eu fiz os 04 primeiros anos do curso no Sul, aí eu fiz muito tempo estágios em CAPS e RTs" (P12).*

*"É, essas matérias todas (psicologia do desenvolvimento; desenvolvimento sensorio crítico; parte da educação associada à infância) e o estágio contribuíram muito na aprendizagem prática também... Desde então, o primeiro estágio que eu fiz foi na Nossa Senhora da Luz, em Curitiba, é um hospital psiquiátrico. Depois foi para centro psiquiátrico metropolitano, a primeira experiência em CAPS na época eu cursava 3º ano" (P4).*

Segundo Amarante (2010) muitas faculdades ainda fazem estágios de graduação (por exemplo: medicina, enfermagem, psicologia) em manicômios. As disciplinas relacionadas ao Modelo Psicossocial como sociologia, filosofia e antropologia que foram citadas pelos profissionais quase não são abordadas nos programas em geral. Além disso, não aparecem disciplinas como saúde coletiva e Políticas Sociais. Um dos profissionais citou essas disciplinas como referências para a sua prática na SM

*"As disciplinas que eu acho que me auxiliaram foram: psicologia, antropologia, sociologia...me deram uma compreensão né, porque a assistência social, tem uma compreensão do que é sociedade e da família e do núcleo familiar...eu fiz pós graduação em políticas públicas também, me deu uma visão melhor para trabalhar" (P11)*

Lucchese et al. (2009) descreve a importância da formação profissional na saúde, em especial na saúde mental e propõe metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem e realização de oficinas para identificar práticas formativas que possam contribuir para essa formação.

Segundo Silveira e Vianna (2010) as atividades de formação devem ultrapassar as barreiras da sala de aula como, por exemplo, por meio da extensão, quando a universidade cumpriria a dupla função de formação profissional e de responsabilidade social. A universidade deve criar dispositivos a fim de manter um diálogo efetivo entre os trabalhadores e usuários, e pensar a partir de disciplinas de vários segmentos do saber, como a filosofia, as políticas públicas, a sociologia. Faz-se necessário que o professor tenha uma experiência prévia em saúde mental para proporcionar uma aproximação entre a realidade e os cursos nessa área.

Nogueira (2000) afirma que a extensão proporciona a construção de um conhecimento acadêmico integrado ao conhecimento popular contribuindo para uma formação diferenciada.

### *Educação Permanente em Saúde(EPs)*

Em relação à “Educação Permanente em Saúde”, os participantes afirmaram existir a oferta de oportunidades como a criação de um grupo de estudos sobre a SM como exemplo de EP. Entretanto foram apresentadas críticas em relação à restrição de vagas, ao distanciamento teórico-prático das atividades propostas e ao desvio de recursos que deveriam ser destinados à EP.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) tem como objetivo contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde (BRASIL, 2011). A EPS contribui para a superação da formação com enfoque biologicista (CELESTE, 2004;

FRANCO, BUENO E MERHY, 1999) visando o aprendizado com base no cotidiano de trabalho. (BARBOSA, 2013)

Além disso, a Educação Permanente é uma competência prevista nas DCN para os cursos da área da saúde (BRASIL, 2001). Em relação aos serviços de saúde mental a Educação Permanente é essencial para o trabalho interprofissional (TAVARES, 2005).

Levando em consideração o relato sobre a restrição de vagas para as capacitações, percebe-se que há uma confusão entre educação continuada e educação permanente, como se fossem sinônimos.

*“Mas tem tido alguns cursos da secretaria de formação, eu fiz 06 meses de encontros mensais em São Paulo, para atendimento mental e crise. Tem acontecido com poucas vagas né? Bem restrito” (P16).*

Segundo Costa e Pereira (2015) a educação continuada possui uma autonomia e acontece esporadicamente, com o intuito de atualização de algum conteúdo técnico-científico. Diferentemente da EPS, é aprendizagem no local de trabalho e tem como objetivo analisar as mudanças nas práticas profissionais (BRASIL, 2009).

Outro problema presente na fala dos profissionais foi a questão do desvio de recursos financeiros que seriam destinados para auxiliar na qualificação

*“...eu posso falar de cadeira, o tempo todo que toda equipe precisava de qualificação e a pessoa X que era gestora na época do CAPS...nós fomos no Ministério da Saúde, conseguimos uma verba de 10 mil reais...entrou no fundo municipal de saúde, nunca mais saiu.” (P5)*

Nesse sentido, apesar das falas dos profissionais sobre a realização dos grupos de estudos, cursos/capacitações, educação continuada, qualificações, aparentemente não existe um Programa de Educação Permanente em Saúde institucionalizado nas unidades de atuação dos participantes.

## 2. TRABALHADOR: CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E SATISFAÇÃO DO TRABALHADOR DO CAPS

### ***Características pessoais***

A categoria "Característica pessoal" apresenta a percepção de competência profissional em saúde mental a partir de aspectos subjetivos de cada trabalhador como qualidade de se relacionar com os demais membros da equipe. Assim, a característica mais citada foi a "Qualidade na relação interpessoal" que acaba envolvendo valorização, respeito, calma, interação, o ouvir e a tolerância. "Gostar de trabalhar com população excluída" foi uma afirmação identificada principalmente na fala dos trabalhadores do serviço social, que lidam com pessoas que, em sua maioria, não são percebidas ou são esquecidas como as pessoas com transtorno, os meninos de rua, os fissurados, os surdos. O "equilíbrio para separar o pessoal do profissional" também foi citado pelo menos duas vezes. Além da curiosidade/inquietação; habilidade interna; observação intuitiva; autodidata; disponibilidade e a prática com movimentos sociais que são características que facilitaram o trabalho na SM.

O trabalho na saúde está relacionado à produção de bens ou prestação de serviços com a finalidade de satisfazer a necessidade do cliente/paciente. E, nesse sentido, o trabalho seria uma forma para o desenvolvimento de ações e para a utilização de instrumentos necessários para chegar ao seu objetivo. Baseando-se nessa perspectiva do trabalho na saúde, as políticas de gestão de pessoas apresentam um perfil de trabalhador que saiba atuar de forma criativa, ativa e crítica, além de apresentar um saber técnico e uma qualidade na relação interpessoal (SILVEIRA, 2008).

Geralmente, essa relação interpessoal envolve algumas características tais como: comunicação, cuidado, respeito, empatia. Segundo Ribeiro e Furegato (2003) para que seja desenvolvido o trabalho em equipe é necessário a valorização do respeito, o cuidado com o outro, e nesse sentido seguem algumas afirmações

*"...capacidade de entender o outro, de se colocar no lugar do outro. Entender que a verdade do outro pode não ser a minha e mesmo assim*

*ser válida...aqui a gente conversa, aprende com os outros profissionais exercita características nossas mais de paciência, de entender o outro, tudo isso é bom.” (P3)*

*“...aí nessa ocasião é, é foi onde eu comecei a ter essa visão de empatia, de me colocar no lugar do outro, ver a possibilidade de ver outro.” (P4)*

*“é interessante é a questão da percepção das relações interpessoais seja ela entre os colegas, seja ela entre o paciente e o profissional” (P6)*

As afirmações acima estão de acordo com Silva (2002) que revela a importância de os profissionais de saúde se preocuparem em desenvolver a empatia, pois apenas assim é possível uma pessoa poder se colocar no lugar de outra, percebendo-a e compreendendo-a.

Ribeiro e Furegato (2003) também discutem a importância de se desenvolver a relação interpessoal no trabalho, pois ela resulta na facilidade da aprendizagem e desencadeia o senso de pesquisa e as reflexões, favorecendo transformações que são constantes para o indivíduo e para as relações que ele desenvolve no ambiente do trabalho.

Outra fala sobre características pessoais que auxiliaram a prática na SM abordou a experiência anterior em movimentos sociais

*“Eu sempre gostei muito de atuar em movimentos sociais na adolescência e o CAPS me propiciou estar no conselho local de saúde, fiquei em duas gestões de conselho, me identifico bastante com essa ação” (P7).*

Martins et al. (2017) mostra a necessidade de o indivíduo sair dos espaços fechados do serviço mental, dos conselhos, reuniões e ir para a rua, para reconhecer a cidade como espaço de luta, aliando-se a outros movimentos sociais para reafirmar o movimento antimanicomial e adotar novas formas de intervenção sobre ele.

### ***Satisfação do trabalhador no CAPS***

O trabalho no CAPS promove um ambiente favorável para as relações interpessoais contribuindo para a satisfação dos profissionais

envolvidos que atribuem alguns adjetivos para as atividades executadas no CAPS: encantador, agradável, apaixonante, prazer nesse trabalho; diversão, distração, lugar onde a pessoa se sente feliz; traz conforto; como se fosse um descanso; há uma liberdade de ação/criação/pensamento; "Responsabilização pelo que faz" foi um fator citado também.

*"você tá fazendo trabalho, não quero desse jeito, vou mudar, posso fazer, posso inovar, implementar, isso é sempre, tem colaboração de todo mundo da equipe, equipe boa, a gente tem amizade. Isso cria um ambiente gostoso para você trabalhar... Eu achava que descansava quando vinha trabalhar" (P1)*

*"Isso que a P1 falou daqui ser o lugar. Eu vou para lá como se eu fosse divertir, distrair né. O lugar que você se sente feliz." (P12)*

Isso vai ao encontro do pensamento de Mendes et al. (2015) que afirma a importância da satisfação no trabalho, uma atitude que está sujeita a variações. Um dos fatores que influenciam esta satisfação pode estar relacionado à remuneração e à relação com o usuário e sua família.

Essa satisfação dos trabalhadores demonstra a liberdade que eles têm para expressar a sua capacidade de criação, de inovação e execução de novas práticas, conforme demonstra um estudo feito por Guimarães et al. (2011) com profissionais de saúde mental em um CAPS de Fortaleza (CE).

### 3.PROCESSO DE TRABALHO

A descrição do estado de satisfação do trabalhador no CAPS revela, também, a realidade das fragilidades que interferem no desenvolvimento de competências em saúde mental no ambiente de trabalho como falta de gestão/supervisão técnica, falta de estrutura física de condições de trabalho, falta de cuidado com paciente, de segurança, a relação SMS e OS (Organização Social) e a retirada de benefícios dos usuários.

### ***Falta de gestão/supervisão técnica***

Apesar do processo de implantação do SUS promover transformações no tocante à organização dos serviços quando se fala em gestão, ainda é uma problemática (GUIMARÃES et al., 2011)

Segundo os profissionais a falta de um gestor deixa a desejar em vários aspectos podendo interferir no atendimento, tratamento e cuidado de pessoas com transtorno.

*"A gente tinha no serviço de CAPS, tinha gestor geral, gestor técnico, e o gestor administrativo e hoje a gente tem um gestor só. Né, no nosso caso, é um excelente gestor geral, mas deixa a desejar as questões técnicas, é porque não dá conta mesmo, é muita coisa gerenciar todas essas coisas né". P10.*

*"Quando a gente recorre e tem alguma solicitação, a gente é totalmente discriminado. A gente deixou de procurar apoio, por saber que não tem apoio né. A gente resolve entre a gente mesmo. Porque a gente sabe que não pode contar." (P10)*

A partir da identidade do gestor, da liderança, do relacionamento com a equipe, com usuários e familiares e a Rede de Atenção Básica é que será estabelecido o processo de comunicação, a formação continuada/educação permanente e o investimento na instituição (HEIDEMANN, 2009). Ou seja, se não há esse gestor, muito do que se propõe no CAPS não será desenvolvido, o que pode vir a prejudicar o processo de trabalho.

### ***Falta de estrutura física de condições de trabalho***

A maioria dos CAPS está localizada em casas grandes e /ou chácaras, abertas, espaço amplo, com muito verde, contudo, um deles foi transferido para outro local (e se perdeu muito em relação ao espaço físico).

*"Então assim porque realmente você pega a barra de estarmos aqui, mas quem esteve lá na outra sede. E sabe que a outra sede, nós brigávamos por melhoria, nós lá na outra sede que tinha piscina, campo de futebol, tatame que eu comprava para tentar desenvolver" (P5)*

*"O lugar onde a gente tá, desconfortável, desse ambiente físico".(P3)*

Segundo Brasil (2004) os CAPS devem ter espaço próprio e adequado para atender a demanda, oferecendo um ambiente estruturado, com recursos físicos necessários, tais como salas para atendimentos individuais (para acolhimento inicial), salas para atividades em grupo, espaço de convivência, espaço para oficina, refeitórios, sanitários, área externa para realização de esportes, jogos, oficinas.

*"pelo menos no lugar onde eu trabalho, é um lugar, é até pelo aspecto, né, é uma chácara, aberta, então é um ambiente bem favorável" (P13)*

### ***Cuidado com pacientes***

Outro problema relatado foi a retirada de benefícios dos usuários como lanche/refeição/passe livre.

*"perca, a própria intervenção da prefeitura que para mim ela era mais atuante e agora ficou assim viu, não se comprometer com lanche da criança, com leite, se uma criança chegar aqui e disser que tá com fome, o que que a gente pode oferecer para essa criança? E o lanche era contundente, ele era perspectiva da obrigatoriedade que a prefeitura assumia, que ela simplesmente deixou de fazer" (P5)*

Percebe-se que as pessoas com transtornos mentais estão tendo dificuldades em garantir seus direitos sociais como, por exemplo, no transporte. E foi relatado pelos profissionais que muitos usuários pararam de frequentar o CAPS por essa impossibilidade.

Segundo Salles e Barros (2014) o uso da carteira de passe livre de ônibus é considerado um direito civil importante, que permite aos usuários ir e vir, deslocando-se pelos centros urbanos com facilidade.

O que se percebe é que a Prefeitura de Goiânia enfrentou dificuldades financeiras, e em consequência disso cortou gastos e deixou de atender vários setores não só da saúde mental, mas da saúde como um todo. Isso foi constatado nos dois GF realizados.

Outros informes foram citados, em menor escala: a falta de segurança nas unidades, já que a Guarda Municipal deixou de realizar essas atividades; o não cumprimento do plano de carreira e, por fim, a relação da Secretaria Municipal de Saúde e a Organização Social (OS) responsável pelas Residências Terapêuticas.

### ***Falta de segurança***

Dentre os vários problemas relatados encontra-se a falta de recursos humanos para atender a demanda em relação aos funcionários e aos usuários frente a uma possível crise. Nessa situação há a ausência do guarda municipal que atendia aos CAPS no período de funcionamento e foi retirado sem maiores explicações.

*"O lugar onde a gente tá, desconfortável, desse ambiente físico em questão de segurança, em questão e tudo". P3*

Essas reivindicações em relação à falta de recursos humanos limitam o trabalho dos profissionais e prejudicam o atendimento e o tratamento ao usuário, e para que essa situação possa ser modificada faz-se necessário haver discussões, reuniões com órgãos responsáveis, CAPS, comunidade, usuários e seus familiares.

### ***Relação OS e SMS***

Já em relação à OS e SMS a justificativa da própria prefeitura é que as OS facilitariam a comunicação entre os serviços e as instâncias superiores, contudo, percebe-se que existe uma horizontalidade na Atenção Psicossocial que não é percebida nas OS já que há uma hierarquia a ser respeitada e seguida. (BRESSER PEREIRA, 1997).

Além disso, foi relatado pelos profissionais que os cuidadores responsáveis pelas Residências Terapêuticas (RTs) não apresentam formações específicas na área de saúde mental, já que geralmente possuem o Ensino Médio e são destinados a se responsabilizarem pelos

afazeres domésticos e o funcionamento da casa, sendo essa também uma problemática que deve ser discutida por todos.

#### 4.INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CAPS

A institucionalização dos princípios do CAPS descreve a importância da adoção de protocolos e atividades fundamentadas na Atenção Psicossocial por meio de duas subcategorias: trabalho em equipe e o vínculo estabelecido com a equipe, usuários e familiares.

##### ***O trabalho em equipe***

Essa competência foi bastante citada como um fator positivo, característico do CAPS, e ressalta a importância da institucionalização de um modelo de atendimento para influenciar as práticas dos trabalhadores nos CAPS, independente da formação e competências iniciais.

*"Trabalhar em grupo é bom, a gente cresce muito. Eu já tive experiência em consultório, eu detestei, porque fica trancado, não divide com ninguém, aqui a gente tem várias especialidades, vários pontos de vista. É uma riqueza de pessoas...liberdade de você trabalhar do seu jeito...posso inovar, implementar, isso é tem a colaboração de todo mundo da equipe" P1*

As intervenções no CAPS têm como característica o trabalho em equipe interprofissional constituído por vários profissionais de diferentes áreas e formações envolvendo a troca de experiência entre os especialistas, além da integração no planejamento e execução de projetos terapêuticos e oficinas. Essa equipe interprofissional difere da multiprofissional, pois a última apenas trabalha com diferentes profissionais, cada um na sua área, e as profissões não apresentam um diálogo em comum (VASCONCELLOS, 2010).

Em relação a essa categoria a equipe foi bastante citada, tanto a questão do trabalho em equipe, como da equipe em si (equipe boa,

acolhedora), a relação horizontal entre os profissionais e o atendimento sempre realizado em duplas e não sozinho, de forma interdisciplinar.

*"Também, eu reforço isso, a equipe é o suporte fundamental e eu sinto muito isso porque vim de um trabalho de cinco anos sozinha, não tinha troca, não tinha equipe né, e hoje nossa, é outro jeito de trabalhar né..." (P12).*

*"É trabalhar em dupla, atendimentos em duplas também é uma coisa que eu acho muito rico, muito bacana porque você vai trabalhando com outros colegas que tem outro olhar né, com outra percepção, você vai aprendendo com esse colega e ali vocês vão se ajudando e construindo trabalho bacana" (P15)*

*"não é um lugar igual que falaram hierarquizado, todo mundo trabalha com seu olhar de formação, lógico, com que foi formado, mas aqui todo mundo, tem mesmo trabalho, não tem essa história de competir um com outro, de... de querer puxar tapete"(P9)*

Segundo Sampaio et al. (2011) não existe garantias de que o trabalho em equipe e/ou em grupos seja mais eficaz do que o individual, contudo ele apresenta pelo menos algumas vantagens: a ideológica (o trabalho em equipe impede a existência de um saber único); a teórica (expondo as teorias da competição que possibilitam o aperfeiçoamento dos instrumentos); a organizacional (o problema deve ser resolvido por grupo de pessoas, com diferentes olhares e formações). Além disso, o trabalho em equipe exige atitudes para o enfrentamento de problemas que devem envolver os profissionais e suas diversas formações; a equipe de profissionais e gestores; e a equipe dos profissionais e usuários.

### ***Vínculo estabelecido com equipe, usuários e familiares***

O vínculo no trabalho tanto com profissional e usuário e seus familiares também foi citado por vários profissionais.

*"se organiza para fazer dessa forma a gente consegue se fortalecer, eu não me imagino e, o vínculo que a gente consegue fazer com o usuário e seu familiar."(P7)*

*"...é esse vínculo né porque nos outros locais que eu trabalhei não tinha esse, vínculo, retorno dos usuários. Aqui tem. É uma construção mesmo,*

*família, dia a dia, né, isso para mim. Eu acho muito importante a assistência social, esse vínculo, esse retorno é realmente muito bom, muito surpreendente mesmo.” (P11)*

*“É o trato, vínculo, tanto com o usuário quanto com o familiar, é que faz com que as pessoas vão e se sintam bem, todos que são acolhidos no serviço...então é um cuidado que eu acho que é muito importante” (P10)*

O vínculo é uma relação de compromisso entre a equipe, o usuário e a família, propiciando uma boa convivência e a co-responsabilização dos envolvidos. É a partir do vínculo que se estabelece a construção do cuidado, da escuta, da confiança, do agir e da atenção (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

## **CONCLUSÕES**

Este estudo permitiu identificar as competências que os trabalhadores de CAPS consideravam necessárias para atuar em saúde mental. A inclusão de disciplinas específicas e da área de ciências humanas nos currículos sugere que o modelo biomédico e hospitalocêntrico predominam na compreensão de competência dos participantes.

O conhecimento dos princípios que fundamentam a luta antimanicomial e a institucionalização das práticas preconizadas no âmbito da Atenção Psicossocial descritas pelos participantes sugerem que a qualidade do atendimento em saúde mental pode estar relacionada com o modelo de atendimento existente no serviço, que reforça a atuação coletiva e não necessariamente em um conjunto de competências inerentes ao indivíduo.

Este estudo também reforça a importância de investimento tanto em recursos humanos como em infraestrutura enquanto aspecto a ser considerado para a manutenção da qualidade da Atenção Psicossocial e do consequente desenvolvimento de competências direcionadas ao

atendimento das necessidades individuais e coletivas dos usuários e seus familiares, e do fortalecimento do trabalho.

## Referências

ACIOLY, I. Reforma Psiquiátrica: construção de outro lugar social para a loucura? Sociologia e Política: I Seminário Nacional de Sociologia & Política UFPR. Grupo de Trabalho: Cidadania, controle social e migrações internacionais. 2009.

AMARANTE, Paulo - O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental e atenção psicossocial. RJ: Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental. Caderno Saúde Mental 03: os desafios da formação. Belo Horizonte: ESP-MG, v.3, p. 95-106, 2010.

BARBOSA G.C, Meneguim S, Lima SAM, et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 2013; 66(1), 124-7.

BORBA, L. O. (Org.) Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. Revista da Escola da Enfermagem da USP [online]. 2004, vol.46, n.6, pp.1406-1414.

BRASIL, Lei número 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 5º ed.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Ministério da Brasília: Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGTES: políticas e ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRESSER PEREIRA, L.C. A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle. Cadernos MERE da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1997. Caderno 1.

CARNEIRO, L. A.; PORTO, C. C. Saúde mental nos cursos de graduação: interfaces com as diretrizes curriculares nacionais e com a reforma psiquiátrica. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.6, n.14, p.150-167, 2014.

CELESTE T. Educação permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. Revista Digital de Educação Permanente em Saúde, v. 01, n. 01, p. 26-27, 2004.

COSTA, N.M.S.; PEREIRA, E.R.S. Ensino na Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, linha de pesquisa Ensino na Saúde. UFG, 2015.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. *Boletim Técnico do SENAC*, v. 27, n. 3, 2001.

DIAS, C.B.S; ARANHA, S.A.L. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro e Atenção Psicossocial. Revista de Enfermagem da USP, v. 44, n.2, p. 469-475, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-)

FIGUEIREDO, R. C. et al. Desafios e perspectivas na Educação Permanente em saúde desenvolvida na atenção primária: uma revisão bibliográfica. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v. 7, no. 04, Pub. 8, 2014.

FOUCAULT, Michel. História da loucura: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FRANCO T.B, BUENO W.S, MERHY E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. Caderno de Saúde Pública, v.15, n.02, 345-353, 1999.

GUIMARÃES, J .M.X; JORGE, M.S.B; ASSIS, M.M.A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, no.4, p.2145-2154, 2011.

HEIDEMANN, N. A gestão nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): as concepções de gestor na dinâmica gerencial. Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação Stricto Sensu em Desenvolvimento – Mestrado-UNIJUÍ, 2009.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Qualitative research in health care*. London, BMJ Books. 2000.

KRUEGER, R. A. Moderating Focus Groups. In: MORGAN, D. L. e KRUEGER, R. A. (Ed.). *The Focus Group Kit*. Thousand Oaks: SAGE, v.4, p.115, 1998.

LE BOTERF, Guy. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed, *Bookman*, 2003.

LUCHESE, R; BARROS

LUCHESE, R., OLIVEIRA, A.G.B, CONCIANI, M.E, MARCON, S.R. Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Caderno Saúde Pública*. v. 25, n. 09, p. 2033-2042, 2009.

MARTINS, B.A (org.) (Ainda) Por uma sociedade sem manicômios: experiências do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro. *O Social em Questão - Ano XX*, n. 37, p.221-238, 2017.

MENDES, J.S. (Org.). Perfil dos trabalhadores em saúde mental do CAPS II Araguaína. *Revista Científica do ITPAC, Araguaína*, v.8, n.1, Pub.5, 2015.

MILHOMEM, Maria Aparecida G. Corrêa; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. *Cogitare Enfermagem*, v. 12, n.1, p.101-108, 2009.

MORGAN, D. Focus group as qualitative research. *Qualitative Research Methods Series*. London: Sage Publications, 1997.

NOGUEIRA, Maria das Dores Pimentel (org). *Extensão Universitária: diretrizes conceituais e políticas – Documentos básicos do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras 1987 – 2000*. Belo Horizonte: PROEX/UFMG; o Fórum, 2000. Disponível em: <http://www.renex.org.br/documentos/Encontro-Nacional/1987-I-Encontro-Nacional-do-FORPROEX.pdf> . Acesso em: 29 Novembro de 2017.

RIBEIRO, M.I.L.C; FUREGATO,A.R. Reflexões sobre a importância do relacionamento interpessoal na formação de profissionais de enfermagem. Revista Nursing. v.66, n. 6, p. 19. 2003.

SALLES, M.M; BARROS, S. Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1275-1292, 2004.

SAMPAIO, José Jackson Coelho (Org). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 dez 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300017>.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v.42, n.01, p.127-134, 2008.

SILVA, A.L.A (Org). Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. Revista Latino-Americana de Enfermagem - Ribeirão Preto, v.8, n.5 - p.65-70, 2000a.

SILVA, M.J. O papel na comunicação na humanização da atenção à saúde. Revista Bioética, São Paulo, v.10, n.2, p.73, 2002.

SILVA, A.L.A; FONSECA, R.M. G.S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Revista Latino Americana de Enfermagem. v.13, n.03, p.441-449, 2005.

SILVEIRA, C.V. A relação interpessoal no processo de trabalho em saúde: o caso da policlínica municipal de Criciúma. Trabalho de conclusão do curso, apresentado para obtenção do grau de Especialista, no Curso de Especialização em Saúde Coletiva, da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina, UNESC. 2008.

SILVEIRA, R. D. S.; VIANNA, P. C. M. (2010). O ensino das disciplinas em Saúde Mental: os desafios de formar novos trabalhadores. In: A.M. Lobosque (Org.). Os Desafios da Formação. Belo Horizonte: ESPMG, p. 127-132, 2010.

SIQUEIRA, M.M.. Competência em saúde mental das equipes de serviços de saúde: o caso da NEAD-UFES. SMAD, v.5, no.2, 2009.

TAVARES, C. M. M. A educação permanente da equipe de Enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enfermagem*, p.287-295, v.15, no. 2, 2005.

TESCH, R. *Qualitative research: analysis types and software tools*. Bristol: The Falmer Press, 1990.

VASCONCELLOS, V.C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD*. v.06, n.01, artigo 14, 2010.

## 6 CONCLUSÕES

---

A revisão integrativa de quarenta artigos publicados em português, no período de 2003 a 2017, permitiu a identificação de diferentes conceitos de competência profissional em saúde, caracterizando a polissemia do termo.

A abordagem francesa, com maior número de artigos analisados, conceitua competência profissional em saúde como diferentes tipos de saberes, que integrados e mobilizados foram aplicados na resolução de problemas, ou tomada de decisões.

Desse modo, abordar competências nas instituições de ensino se faz cada vez mais necessário, já que o mercado de trabalho vem exigindo a qualificação dos trabalhadores. Pensar em possibilidades como a educação permanente em saúde pode ser uma hipótese já que todos estão envolvidos: profissionais, gestores e a universidade, a fim de que possa haver uma melhoria na qualidade de prestação de serviços e ao atendimento ao usuário.

Este estudo permitiu identificar as competências que os trabalhadores de CAPS consideravam necessárias para atuar em saúde mental. A inclusão de disciplinas específicas e da área de ciências humanas nos currículos sugerem que o modelo biomédico e hospitalocêntrico predomina na compreensão de competência dos participantes.

O conhecimento dos princípios que fundamentam a luta antimanicomial e a institucionalização das práticas preconizadas no âmbito da atenção psicossocial descritas pelos participantes sugerem que a qualidade do atendimento em saúde mental pode estar relacionada com o modelo de atendimento existente no serviço, que reforça a atuação coletiva e não necessariamente em um conjunto de competências inerentes ao indivíduo.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Ao analisar as competências em saúde por meio da revisão integrativa verificou-se que os artigos não apresentam um conceito único de competência, mas que são influenciados pelas principais correntes na área da competência: americana, francesa, inglesa, sul-americana e australiana, tendo a francesa, um maior número de artigos publicados que revela como conceito de competência os diferentes saberes que se articulam, se mobilizam e se integram dentro de um contexto para resolução de problemas, percebidos como uma possibilidade de intervenção na realidade a fim de transformá-la. Além disso, as afirmações representadas nas falas dos profissionais dos CAPS demonstram que a institucionalização das práticas preconizadas no âmbito da atenção psicossocial sugere que a qualidade do atendimento em saúde mental pode estar relacionada com o modelo de atendimento existente no serviço, que reforça a atuação coletiva e não necessariamente em um conjunto de competências inerentes ao indivíduo, ou seja, que independente das competências pessoais, ou da formação desse profissional, ou da capacitação/educação continuada que o mesmo venha a receber, ele deverá desenvolver essas práticas de acordo com o que o serviço preconiza.



## REFERÊNCIAS

---

ACIOLY, I. Reforma Psiquiátrica: construção de outro lugar social para a loucura? Sociologia e Política: I Seminário Nacional de Sociologia & Política UFPR. Grupo de Trabalho: Cidadania, controle social e migrações internacionais. 2009.

AGUIAR, M.I.F (org). Competências do enfermeiro para promoção da saúde no contexto da saúde mental. *Acta Paul Enfermagem*, v. 25, n.2, p. 157-163, 2012.

ALVES, Alda Judith. O Planejamento de Pesquisas Qualitativas em Educação. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n. 77, 1997.

AMARANTE, Paulo - O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

\_\_\_\_\_. Saúde mental e a atenção psicossocial. RJ: Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. Saúde mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

\_\_\_\_\_. Loucura, Cultura e Subjetividade: Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (org.) Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, p.163-185, 1997.

AMARANTE, P. (Org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P., (Org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Loucura & Civilização Collection 2000. 316 p.

AMARANTE, P. D. de C.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

ANJOS FILHO, N.C; SOUZA, A.M.P; The workers' perceptions about the multiprofessional team work at a Psychosocial Care Center in Salvador, Bahia, Brazil. *Interface*, Botucatu, v.21, no. 60, p.63-76, 2017.

ANVERSA, A.L.B; OLIVEIRA, A.A.B. Personal trainer: competências profissionais demandadas pelo mercado de trabalho. *Pensar a prática*. Goiânia, v.4, n.3, p.1-17, 2011.

BANDEIRA, Yonara Miranda; SOUZA, Paulo César Zambroni de. Mobilização de competências na profissão docente: contribuições do modelo da competência. *Psicologia Escolar Educacional*. Maringá, PR. v. 18, n. 2, p. 273-281. 2014.

BARATO, J. N. Competências essenciais e avaliação do ensino universitário. Brasília, DF: *UNB*, 1998.

BARLETTA, J.B (Org.). A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: teoria e prática*, v. 14, n.03, p.153-167, 2012.

BATISTA, N.A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. Caderno FNEPAS. n. 02, p. 25-28, 2012.

BATISTA, S.H.S.S (Org.). Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface (Botucatu) [Internet]*. v.19, no.1, p.743-752, 2015.

BENITO, G.A.V (Org.). Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.65, n. 01, p.172-178,2012.

BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. Londrina. v.32, n.1, p.25-40, 2011.

BEZERRA, JR. B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: *Physis Revista Saúde Coletiva*, v. 2, n.17, 2007.

BECKETT, D. Holistic competence: putting judgements first. *Asia Pac Educ Rev*. v.9, no. 01, p.21-30, 2008.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; Amarante, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BOMFIM, R.A. Competência profissional: uma revisão bibliográfica. *Revista Organização Sistêmica*, v.01, n.01, 2012.

BORBA, L. O. (Org.) Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Revista da Escola da Enfermagem da USP [online]*. 2012, vol.46, n.6, pp.1406-1414.

BRANDÃO, H. P.; BORGES-ANDRADE, J. E. Causas e efeitos da expressão de competências no trabalho: para entender melhor a noção de competência. *Revista de Administração Mackenzie, (RAM)* São Paulo, v. 8, n. 3, p. 32-49, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*, no 9394/1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução No. 03, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação na área da saúde. Diário Oficial da União, 09 de novembro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas/ PROMED. Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Lei número 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 5º ed.

BRASIL. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde e Educação. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: MS. 2005b. 77 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo participativo In: JORGE, E. Capítulo 1: A mobilização instituinte (décadas de 70 e 80). Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa- Brasília: Ministério da Saúde. p. 35-109, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802 de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. PET-Saúde. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde e Educação. Portaria Conjunta No. 06 de 17 de setembro de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o PET-Saúde/Saúde Mental. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 251, p. 59, nov. 2011. Seção 1

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução No. 06, de 20 de setembro de 2012. Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional Técnica para Ensino Médio. Diário Oficial da União, 20 de setembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução No. 03, de 20 de junho de 2014. Diretrizes curriculares Nacionais do curso de Graduação de Medicina. Diário Oficial da União, 06 de junho de 2014.

BURGATTI, J.C; LEONELLO, V.M; BRACIALLI, L.A.D; OLIVEIRA, M.A.C. Estratégias pedagógicas para desenvolvimento de competências ético-política na formação inicial de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem (online) v.66, n.02, 2013

CAMELO, S.H.H. (Org.). Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerentes de enfermagem. *Ciência Y Enfermería XXII*, v.12, n.01, p.75-86, 2016.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto & Contexto- Enfermagem*, p.552-560, 2013.

CARNEIRO, L. A.; PORTO, C. C. Saúde mental nos cursos de graduação: interfaces com as diretrizes curriculares nacionais e com a reforma psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.6, n.14, p.150-167, 2014.

CECCIN, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafios ambiciosos e necessários. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CECCIM, R.B & FEUERWERKER, L.C. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CORDEIRO, H. (org.) Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.03, p. 695-710, 2009.

CRUZ NETO, O. MOREIRA, MR. SUCENA, LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: XIII Encontro de Associação Brasileira de Estudos Populacionais: 2002.

DAMIANCE, Patrícia Ribeiro Mattar *et al.* Formação acadêmica para o SUS X Competência pedagógica do formador: algumas considerações para o debate. Bauru, SP, *Salusvita*, v.35, n.03, p.453-474, 2016.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. *Boletim Técnico do SENAC*, v. 27, n. 3, 2001a.

\_\_\_\_\_. Qualificação, competência e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Ministério da Saúde/Formação (BR). Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, DF, p. 5-15, 2001b.

DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Org.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, p. 15-41, 2006. 2ªed.

DIAS, H.C.V.B.; PAIVA, K.C.M. Formação de competências gerenciais a partir de disciplinas de Gestão no curso de Enfermagem: percepções de alunos de uma Universidade privada. *Revista Mineira de Enfermagem (REME)*, v.13, n. 04, p.474-484, 2009.

DIAS, I.S. Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. v. 14, n. 01, p.73-78, 2010.

DIAS, C.B.S; ARANHA, S.A.L. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro e Atenção Psicossocial. *Revista de Enfermagem da USP*, v.44, no.2, p. 469-475, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200032&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200032&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200032>. [Internet] Acesso em: 09 out 2017.

FERREIRA, Patrícia Aparecida (Org.). Estado e agricultores familiares: uma análise interpretativa sobre o desenvolvimento rural no Sul de Minas Gerais. *Revista Econ. Sociol. Rural* [online]. v.47, n.3, p.769-792, 2009.

FIGUEIREDO, M.L; DELEVATI, D.; TAVARES, M.G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Graduação. Ciências humanas e sociais. Psicologia*. Maceió: v. 02, n. 02, p.121-136, 2014.

FILIZOLA, C.L.A; MILIONI, D.B.; PAVARINI, S.C.L. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização em equipe. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2008; v.10, no. 2, p. 491- 503. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a20.pdf>. Acesso em: 09 out 2017.

FLEURY, M; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. Edição Especial. SP: *Revista de Administração Contemporânea*, 2001.

FOUCAULT, Michel. História da loucura: na idade clássica. São Paulo: *Perspectiva*, 1977.

FRAGELLI, T.B. O; SHIMIZU, H.E. Prospecções para desenvolvimento de políticas públicas de formação de profissionais de saúde a partir da análise do cenário brasileiro de competências. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 01, p.197-208, 2013.

FRANCO, R. S. (Org.). O Conceito de Competência: uma Análise do Discurso Docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 38, n.02, p. 173-181, 2014.

FREITAS, I.C.F. et.al. Pesquisa qualitativa em saúde: um olhar inovador sobre a produção do conhecimento científico. *Revista Baiana Saúde Pública*. v.35, n. 04, p.1001-1012, 2011.

FURUKAWA, P.O; CUNHA, I.C.K.O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 63, n. 6, p.1061-1066, 2010.

GATTI, Bernadete A. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro, 2005.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2008. 5.ed.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa Qualitativa - tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo: RAE. v. 35, p. 20-29, 1995.

GOMES, B.P. Contribuições da formação para o desenvolvimento de competências na área da enfermagem de reabilitação. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.15, n.2, p.193-204, 2006.

GONDIM, S.M.G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paideia*. p.149-161, 2003.

JENSEN, R; GUEDES, E.S; LEITE, M.M.J. Competências em informática essenciais à tomada de decisão no gerenciamento em enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem da USP*.p.109-117, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100015>.

JUNIOR, B.B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, no.2, p.243-250, 2007.

JUNIOR, W.M (Org.). O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n.1, p.903-912, 2011.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Qualitative research in health care*. London, BMJ Books.2000.

KRUEGER, R. A. Moderating Focus Groups. In: MORGAN, D. L. e KRUEGER, R. A. (Ed.). *The Focus Group Kit*. Thousand Oaks: SAGE, v.4, p.115, 1998.

LANCETTI, A. Loucura Metódica. In: *Saúde Loucura*. São Paulo: Hucitec p. 139-147, 1999.

LAROUSSE, *Dicionário Enciclopédico*. São Paulo: Larrouse do Brasil, 2007.

LE BOTERF, Guy. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed. 2003.

LEITE M.T.S (Org.). O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na formação profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica* [internet] v. 36, no.1, p.111-118, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200015>. Acesso em: 05 out 2017.

LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências para ação educativa da enfermeira. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.16, n.02, 2008.

\_\_\_\_\_. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.63, n.3, p.366-370, 2010.

LIMA, V. V. Competências: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.17, p.369-79, 2005.

LINCOLN, Yvonna; GUBA, Egon. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage Publisher. 1985.

LUCHEESE, R.; BARROS, S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro da saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 01, p.152-160, 2009.

MACÊDO, N.B; ALBUQUERQUE, P.C; MEDEIROS, K.R. O desafio da implementação da Educação Permanente na Gestão da Educação na Saúde. *Trabalho, Educação, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 379-401, 2014.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017.

MARSHALL, Catherine; ROSSMAN, Gretchen. *Designing Qualitative Research*. Beverly Hills: Sage Publisher, 1989.

MARTINS, A.K.L. Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: estudo sobre as competências do enfermeiro. Tese de Doutorado do Programa de Pós Graduação de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. 2014.

MATTAR, F. *Pesquisa de marketing*. Atlas. 1996.

MCCLELLAND, D. Testing for Competence Rather Than for Intelligence. *American Psychologist*, 1973.

MCMULLAN, M. Competence and its assessment: a review of the literature. *Podiat*, v.08, n.02, p.49-52, 2005.

MELO, J.A.C; SILVA, S.A.P.S. Competências do gestor de academias esportivas. *Motriz*, Rio Claro, v.19, n.1, p.74-83, 2013.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto – enfermagem*. Florianópolis, SC, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDES, J.S; NEVES, T.J.S; PARTATA A.K. Perfil dos trabalhadores em saúde mental do CAPS II Araguaína. *Revista Científica do ITPAC*, Araguaína, v.8, no. 1, 2015; Disponível em:

[https://www.itpac.br/arquivos/Revista/76/Artigo\\_5.pdf](https://www.itpac.br/arquivos/Revista/76/Artigo_5.pdf). Acesso em: 9 out 2017.

MENDONÇA, I; GOMES, M.F. Grupo focal: instrumento de coleta de dados na pesquisa em educação. Inhumas, GO: CETES (Caderno Educação, Tecnologia e sociedade/IFG campus Inhumas. 2017. v.10. p.52-62. 2017.

MESQUITA, J.F. NOVELLINO, M.S.F. CAVALCANTI, M.T. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental. Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu, MG: 2010.

MINAYO, M.C.S. & MINAYO, C.G. Dífceis e possíveis relações entre os métodos quantitativos e qualitativos nos estudos dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: ENSP. 2001.

MINAYO, M.C.S. (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: RJ. Vozes. 2006. 16º ed.

MINAYO, Maria C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. 2014. 14ºed.

MITRE, S.M. et al. Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciências & Saúde Coletiva, v.13, sup. 02, p.2133-2144, 2008.

MIRANDA, Silvânia V. Identificação das competências organizacionais do Departamento de Organização do Sistema Financeiro do Banco Central do Brasil. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Inteligência Organizacional e Competitiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

MOLINA & MIOTTO. Currículo de enfermagem: competências e habilidades para formação de docentes. CuidarteEnfermagem.v.3, 2009 janeiro-junho; 3(1):79-87.

MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. Competência gerencial do enfermeiro: conhecimento publicado em periódicos brasileiros. Cogitare Enfermagem, v.14, n.03, p.553-558, 2009.

MORAES B.A, COSTA N.M.S.C. A formação em saúde no Brasil: o currículo e as políticas indutoras de reorientação da formação. In: COSTA N.M.S.C, PEREIRA, E.RS. Ensino na saúde: transformando práticas profissionais. Goiânia: UFG. p.17-34, 2015.

MOREIRA, C.O.F.; DIAS, M.S.A. Diretrizes Curriculares na saúde e mudanças nos modelos de saúde e educação. ABCS Health Science (Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde). Santo André, SP: NEPAS

(Núcleo de Estudos, pesquisa e acessoria à saúde) v.40. n. 03. p.300-305. 2015.

MORGAN, D. Focus group as qualitative research. Qualitative Research Methods Series. London: Sage Publications, 1997.

MOTA, L.B; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.363-372, 2007.

NASCIMENTO, P.C. Democracia e saúde: uma perspectiva arendtiana. In: FLEURY, S. (Org.) Saúde Coletiva: questionando a onipotência do social. RJ: Relume-Dumará, 1992.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde, Sociedade*, São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

NEVES, H.G (Org.). O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para atenção primária em saúde. *Revista Rene*, v.13, n.01, p.53-63, 2012.

NINA, R. R. V. Profissional da informação: o bibliotecário e suas representações das competências profissionais e pessoais para atuar em bibliotecas- Florianópolis, SC: 2006. 258 p.

OLIVEIRA, W.F.; A ABRASME e o Congresso Brasileiro de Saúde Mental como elementos de participação política e social em Saúde Mental. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*. v. 01, no 1, 2009.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.

PATRIOTA, L.M. Saúde mental, reforma psiquiátrica e formação. Trabalho apresentado na V Jornada de Política de Públicas. Universidade Federal do Maranhão. São Luiz do Maranhão: 2011.

PERES, A.M; CIAMPONE, M.H.T; WOLFF, L.D.G. Competências gerenciais do enfermeiro nas perspectivas de um curso de graduação de enfermagem e mercado de trabalho. *Trabalho, Educação, Saúde*, v. 5 n. 3, p. 453-472, 2007.

PERRENOUD, Phillipe. Construir competências é virar as costas aos saberes? In: *Pátio – Revista Pedagógica*, Porto Alegre, n. 11, p.15-19,2004.

PINHEIRO, D. G. M. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde Sociedade*. SP, v.24, p.180-188, 2015.DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100014>.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lídia Aparecida; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta paul. Enfermagem*. São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

REBOLI, K.G; KRUGER, T.R. Participação e Saúde Mental: as conferências nacionais de Saúde Mental. Congresso Catarinense de Assistentes sociais. Florianópolis, 2012.

REGIS, C. G; BATISTA, N. A. O enfermeiro na saúde coletiva: concepções e competências. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.68, n.05, p.548-554, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680510i>.

RESSEL, LB (Org.). O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enfermagem*. p.779-786, 2008.

RICARDO, E. C. Implementação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN): dificuldades e possibilidades. *Física na Escola*. v.04, n.01, 2003.

\_\_\_\_\_. Discussão acerca do ensino por competências: problemas e alternativas. *Cadernos de Pesquisa*, v.40, n.140, p. 605-628, 2010.

ROCHA, E. P. Gestão de pessoas por competências: um enfoque gerencial. Campinas: *Alínea*, 2009. 232 p.

RODRIGUES, J. A. (Org.). Tendências pedagógicas: conflitos, desafios e perspectivas de docentes de enfermagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*. RJ, v.37, n.03, p.333-349, 2013.

RONCOLATO, M. Manicômios: por que eles ainda são um problema no Brasil (Entrevista). *Nexo Jornal*. 2016.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; Amarante, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SANTOS, E.P; CIAMPONE, M.H.T. avaliação de competências gerenciais: a percepção de alunos do curso de graduação em enfermagem da USP. *Revista Mineira de Enfermagem (REME)*, v.11, n.04, p. 395-401, 2007.

SANTOS, G.F. Formação do enfermeiro na perspectiva das competências: uma breve reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), v.57, n.1, p.66-70, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA. Sistema de Informação de Recursos Humanos/ Agência Municipal de Tecnologia e Inovação de Goiânia. AMTEC, 2012.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, G.M.; ZANINI, D.S.; RABELO, I. V. M.; PEGORARO, R. F. Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. *Revista Psicologia e Saúde* [online]. v.7, n.2, p. 161-167. 2015.

SILVA, K.L. (Org.). O que vem se falando por aí em competências no ensino da promoção da saúde na formação do enfermeiro? *ABCS (Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde)* p.286-293, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.809>.

SILVEIRA, L.C.; BRAGA, V.A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 591-595, 2005.

SIQUEIRA-BATISTA, R.S. (Org.). Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.01, p.159-173, 2013.

SHIMIZU, H.E; LIMA, M.G; SANTANA, M.N.G.S.T. O modelo de competências na formação de trabalhadores de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.6, n.02, p.161-166, 2007.

SOUZA, J.M., ALVES, E.D. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. *Acta Paul Enfermagem*, v.28, n. 03, p.264-269, 2015.

SPAGNOL, C.A; SOARES, A.N.; SILVEIRA, B.V. Experiências pedagógicas vivenciadas na disciplina Competências e Habilidades para Gestão de Pessoas nas Organizações de Saúde. *Revista Centro oeste Mineiro de Enfermagem*. v.02, n. 03, p.451-462, 2012.

SULTANA, R. G. Competence and competence frameworks in career guidance: complex and contested concepts. *Int. J Educ. Vocat. Guid.* ,v. 9, p.15-30, 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*. Manginhos, RJ: v. 9, n. 01, p. 25-59, 2002.

TESCH, R. *Qualitative research: analysis types and software tools*. Bristol: The Falmer Press, 1990. 26 p.

TOHOM, S.F.R. (Org.). Indicadores de Avaliação do Cuidado Individual: Subsídios para a Formação Médica Orientada por Competência. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v.38, n. 03, p.331-336, 2014.

TUSSET, D. Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - *Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília*, Brasília, DF, 2012.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507– 514, 2005.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia da Saúde da Família. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.16, n.40, p.149-60, 2012.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.28, p.151-64, 2009.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

VIEIRA, L.M (Org.). Formação profissional e integração com a rede básica de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.14, n.01, p.293-304, 2016.

WEBSTER. *Webster's third new international dictionary of the english language, unabridged*. Springfield: G. & C. Merriam, 1979.

WINTERTON, J.; WINTERTON, R. *Developing managerial competence*. London, *Routledge*, 1999.

WITT, R.R & ALMEIDA, M.C.P. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais da saúde pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos na Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), v.56, n.4, p.433-438,2003.

WITT, R.R (Org.). Competências profissionais para o atendimento de idosos em Atenção Primária à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.48, n.6, p.1020-1025, 2015.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Mental Health Atlas 2014. Geneve: WHO. 2015. 72p.

YASUI, S. RUPTURAS E ENCONTROS: DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 192 p.

ZAFIRIAN, P. Objetivo competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

## PRODUTOS

---

### **PRODUTO CIENTÍFICO**

Este trabalho apresentou como produto científico a dissertação, o Artigo 01 "Competência Profissional na Saúde: Uma Revisão Integrativa" e o Artigo 02 "Competência em saúde mental sob a perspectiva de profissionais de saúde que atuam em CAPS."

### **PRODUTO TÉCNICO**

O produto técnico desta dissertação foi um relatório técnico elaborado a partir das competências em saúde mental identificadas pelos trabalhadores em saúde mental que participaram da pesquisa. O documento foi apresentado na versão final desta dissertação e após aprovação será apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia para profissionais de saúde e gestores que atuam em CAPS.

## **PRODUTO TÉCNICO (RELATÓRIO TÉCNICO)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**



### **COMPETÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM EM CAPS NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GO**

Relatório apresentado para a Defesa da Dissertação do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, à Escola de Saúde Pública e à Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, baseado nos resultados obtidos na pesquisa desenvolvida no referido Mestrado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

**Juliana Paula Balestra Soares**

**Edna Regina Silva Pereira**

**Jacqueline Rodrigues de Lima**

## **1. INTRODUÇÃO**

A pesquisa “Competência em saúde mental na perspectiva de profissionais de saúde que atuam em CAPS no município de Goiânia” foi realizada por Juliana Paula Balestra Soares, sob a orientação das professoras Dra. Edna Regina Silva Pereira e Dra. Jacqueline Rodrigues de Lima, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, nível Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Goiás, que possibilitou a identificação de competências consideradas essenciais para a atuação nos CAPS de Goiânia.

O problema apresentado nesse relatório está relacionado à compreensão do conceito de competência em saúde mental e justifica-se pela necessidade de ampliar o conhecimento sobre competência profissional em saúde mental visando contribuir, localmente, no planejamento de atividades de educação permanente e na definição de conteúdos dos cursos de saúde.

A finalidade desse relatório é apresentar os resultados obtidos na pesquisa do mestrado de ensino em saúde da UFG. O objetivo geral da dissertação é compreender o conceito de competência em saúde e a percepção dos profissionais de saúde mental sobre competências necessárias para atuação no CAPS.

Este documento será apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e contém a metodologia, os principais resultados e as recomendações que poderão subsidiar o processo de seleção de recursos humanos e de educação permanente no âmbito dos CAPS do município de Goiânia.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados nos anos de 2016 e 2017.

O cenário escolhido para o estudo foram os CAPS de Goiânia. Nos quais estão incluídos os nove CAPS que fazem o atendimento à população

com transtorno mental (adulto e infanto-juvenil) e que faz uso de álcool e outras drogas (adulto e infanto-juvenil).

Participaram da pesquisa dezesseis profissionais de saúde que atuam nos CAPS do município de Goiânia, sendo um médico(a) psiquiatra, três assistentes sociais, um arteterapeuta, quatro professores de Educação Física, dois psicólogos, três fonoaudiólogos, um musicoterapeuta e um farmacêutico.

A coleta de dados foi realizada pela técnica do Grupo Focal. Segundo Krueger (1998) o Grupo Focal é uma técnica de coleta de dados que se dá por meio de interações grupais ao discutir um determinado assunto.

Foram realizados dois grupos focais, o primeiro com oito profissionais que atuam com pessoas adultas com transtorno mental e o segundo, também com oito profissionais, responsável pelo trabalho com crianças e adolescentes com transtorno mental. Foram realizadas cinco questões norteadoras que envolviam assuntos pertinentes à graduação, aos aspectos pessoais e ao perfil profissional.

Este estudo teve como base os cuidados éticos necessários para a pesquisa com seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, e foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG) sob Parecer Nº: 1.609.785 e depois submetido à avaliação e à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Os grupos focais foram iniciados após a concordância e a assinatura dos profissionais de saúde no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) que continham os propósitos da pesquisa.

### **3. PRINCIPAIS RESULTADOS**

Os participantes selecionados, no total dezesseis, foram um médico psiquiatra, três assistentes sociais, um arteterapeuta, quatro professores de Educação Física, dois psicólogos, um musicoterapeuta, três fonoaudiólogos e um musicoterapeuta. Desses profissionais, não conseguimos na coleta de dados a participação de enfermeiro(a). A área

da Educação Física foi a de maior representatividade na pesquisa (25%). Cerca de 81,25% dos participantes fizeram cursos de Pós Graduação e 18,75% fizeram Mestrado (Stricto Sensu). Em relação à graduação 68,75% foram alunos em faculdades privadas. A maioria dos participantes era do sexo feminino (83,8%). Cerca de 40% dos profissionais apresentam faixa etária entre 41 e 50 anos. Em relação à formação 62,5% dos profissionais alegaram não ter recebido nenhum treinamento ou capacitação antes de entrar no CAPS.

Para a coleta de dados foram realizados dois grupos focais, nos quais emergiram as seguintes categorias:

- \*Formação e a subcategoria Educação Permanente em Saúde;
- \*Características pessoais;
- \* Institucionalização do CAPS;
- \*Trabalho
- \*Perfil do futuro trabalhador: Competências profissionais recomendadas para a atuação na Saúde Mental.

#### **4. POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES**

Este estudo conseguiu apresentar potencialidades no que diz respeito ao serviço prestado ao usuário que procura o CAPS, mesmo revelando algumas problemáticas; o fato de a equipe ser multi e interprofissional, e a importância do trabalho em equipe foram consideradas potencialidades. Além disso, a institucionalização do CAPS como fator fundamental no desenvolvimento das competências profissionais na saúde mental demonstrou a necessidade de implantação da Educação Permanente que deverá ser promovida pela SMS via gestores.

Como fragilidades da pesquisa pode-se citar a dificuldade da pesquisadora em recrutar profissionais para o referido estudo, mesmo explicando a importância deste trabalho para o CAPS e para o profissional da saúde mental como uma forma de melhorar o atendimento ao usuário. Inicialmente, foi planejada a realização de três grupos focais, contudo

foram realizados apenas dois, sem a participação de profissionais que atuam nos CAPS A/D. Este estudo contou apenas com os profissionais atuantes no campo da saúde que engloba o trabalho com transtorno mental. Além do mais, a falta de gestores que entendam sobre a parte técnica, ou seja, a saúde mental e todo o processo que envolve o CAPS foi um fator problematizador. Os espaços físicos também foram considerados como fragilidades, já que muitas unidades do CAPS tiveram que se mudar da sede e perderam usuários e estrutura física adequada para a realização de suas atividades e responsabilidades.

## **5. CONCLUSÕES**

As competências apresentam características relacionadas ao desempenho individual em um contexto no qual as políticas públicas de saúde são fundamentadas no trabalho multiprofissional e interprofissional. É importante pensar que a formação desses profissionais precisa ser reformulada, tanto no sentido do conteúdo, da carga horária, da metodologia e da avaliação, pensando na atenção psicossocial e não no modelo biomédico e hospitalocêntrico. Nessa lógica, compreender as competências para atuação na área da saúde mental é de fundamental importância.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTAS**

O Mestrado Profissional de Ensino em Saúde (MEPES) deve ser visto como um parceiro da SMS, já que ele tem como uma das finalidades contribuir para a transformação do ambiente de trabalho, seja ele via pesquisa, ensino ou extensão. Como proposta sugere-se a implantação da Educação Permanente em Saúde Mental.

## APÊNDICES

---

### APÊNDICE 1 - QUESTÕES NORTEADORAS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**COORDENAÇÃO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

#### QUESTÕES NORTEADORAS

1. Falem sobre conteúdos teóricos e práticos recebidos durante sua graduação que tem auxiliado sua prática no âmbito da saúde mental
2. Descrevam algumas especificidades encontradas na **prática profissional ao iniciar** sua atuação no CAPS
3. Falem sobre suas características  **pessoais e profissionais** que influenciam sua atuação no CAPS
4. Falem sobre os **aspectos institucionais** que influenciam a prática profissional no CAPS
5. Falem sobre suas características  **pessoais e profissionais aprimoradas** ao longo da atuação no CAPS
6. Falem sobre o que entendem por **competência profissional em saúde**
7. Falem sobre o que entendem por **competência profissional em saúde mental**
8. Se você fosse convidado para auxiliar no processo seletivo de contratação de profissionais para atuar nos CAPS de Goiânia, quais competências/conhecimentos/habilidades e/ou características iria considerar essenciais para a aprovação de um candidato/a?
9. Falem sobre conteúdos teóricos e práticos no âmbito da saúde mental que consideram essenciais para serem oferecidos pelos cursos de graduação em saúde e áreas afins.

10. Falem sobre conteúdos teóricos e práticos no âmbito da saúde mental que consideram essenciais para serem oferecidos em **atividade de educação permanente para trabalhadores dos CAPS** de Goiânia

11. Questão Geral: Vocês identificaram algum(s) aspecto(s) ou especificidade(s) relacionada à saúde mental que não foi(foram) abordado(s) durante as discussões do grupo?

## APÊNDICE 2 - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COORDENAÇÃO DE PESQUISA E PÓS  
GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL DE ENSINO EM  
SAÚDE

### PROJETO DE PESQUISA

### COMPETÊNCIA PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

**Pesquisadora principal:** Juliana Paula Balestra Soares; Estudante; Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

**Orientadora:** Dra. Edna Regina da Silva; Professora; Faculdade de Medicina/UFG.

**Co-orientadora:** Dra. Jacqueline Rodrigues de Lima; Professora; Faculdade de Enfermagem/UFG.

**1. Natureza da pesquisa:** O (A) senhor(a) está convidado(a) a participar desse estudo que tem por objetivo identificar as competências dos profissionais de saúde que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Goiânia. Essa pesquisa, realizada no âmbito do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde/UFG, terá como produto final a criação de uma "Matriz de competências para os profissionais de saúde dos CAPS de Goiânia".

**2. Participantes da pesquisa:** Os profissionais de saúde de nível superior que atuam nos CAPS/Transtorno e Álcool/drogas em Goiânia-GO.

**3. Envolvimento dos participantes na pesquisa, coleta, análise dos dados e divulgação dos resultados:** Por se tratar de um estudo de abordagem participativa, os participantes vão contribuir ativamente para a elaboração de uma matriz de competências. Para participar deste estudo você deve concordar em comparecer em dois encontros para a coleta de dados. No primeiro, as informações serão coletadas por meio da técnica do grupo focal,

que consiste na obtenção dos dados resultantes da interação entre os membros do grupo sobre tópicos apresentados pela pesquisadora.

O segundo encontro, a ser realizado após um processo de análise dos dados dos grupos focais e da produção científica sobre competências em saúde mental, terá o formato de oficina. Nesta etapa, a pesquisadora apresentará o conjunto de competências identificadas, e os participantes vão definir aquelas que são necessárias para compor uma matriz de competências para atuação nos CAPS do município.

Estas atividades serão agendadas para ocorrer fora de seu ambiente de trabalho, em horário que não interfira em suas atividades e terão a duração aproximada de 01h30min e 4h respectivamente. O conteúdo das discussões resultante do grupo focal e da oficina serão registrados em áudio e transcrito na íntegra para auxiliar na categorização e análise de dados.

Os resultados deste estudo serão apresentados em formato de dissertação e artigos e também verbalmente em eventos científicos, serviços de saúde, universidades, espaços de educação permanente para profissionais de saúde.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão mantidos sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora principal pelo período de 05 (cinco) anos após o término da pesquisa.

**4. Riscos e desconforto:** A participação nesta pesquisa não acarreta em riscos à sua saúde, contudo, há possibilidade de o participante ficar constrangido por desconhecer ou conhecer pouco o assunto tratado perante os outros profissionais. Entretanto, a abordagem utilizada tem o objetivo de identificar competência profissional a partir da sua prática e vivência, sem julgamento sobre padrões de "certo ou errado". Outro possível risco pode ser o conflito de opiniões entre gestão e os profissionais do CAPS, por isso a participação neste estudo será restrita aos profissionais de saúde, a coleta dos dados será realizada fora do local de trabalho e a apresentação dos resultados não permitirá a identificação dos participantes. O risco da quebra do anonimato poderá existir, se algum participante da pesquisa expor o conteúdo das discussões fora do grupo focal e oficina identificando o autor das falas. Por este motivo, cada participante que aceitar participar da pesquisa deverá comprometer-se em não divulgar a identidade dos participantes.

**5. Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora Juliana Paula Balestra

Soares e suas orientadoras terão acesso aos dados. Ao apresentar os resultados, os participantes serão identificados por códigos ou nomes fictícios. Apesar das pesquisadoras garantirem o anonimato e a confidencialidade das informações fora do grupo focal e da oficina, as mesmas não podem assumir este compromisso em relação aos demais participantes da pesquisa. Por este motivo, ao aceitar participar deste estudo, você e os demais participantes devem respeitar os princípios éticos do anonimato e sigilo, comprometendo-se em não divulgar o nome dos demais participantes e nem as informações fornecidas pelos mesmos.

**6. Benefícios:** Ao participar desta pesquisa você não receberá benefício direto. Entretanto, espera-se que o conhecimento produzido possa contribuir para a melhoria do processo de trabalho dos profissionais de saúde dos CAPS e para subsidiar o planejamento das atividades de educação permanente e de seleção de recursos humanos para atuar nos CAPS e nos serviços de atenção básica. A matriz de competências poderá ser utilizada também em disciplinas da Saúde Mental e Saúde Coletiva de diferentes cursos de graduação da área da saúde. As pesquisadoras se comprometem em apresentar os resultados obtidos para trabalhadores e gestores dos CAPS e instituições formadoras do município e também para gestores e técnicos da escola de saúde da SMS/Goiânia.

**7. Despesas/Ressarcimento:** Você não terá qualquer tipo de despesa para participar desta pesquisa, da mesma forma que não poderá ser remunerado(a) por sua participação. Por este motivo, suas despesas referentes ao deslocamento serão ressarcidas pela pesquisadora no valor referente a duas viagens em transporte coletivo por cada encontro e um lanche será servido durante o processo de coleta de dados. Apesar desta pesquisa não envolver riscos relacionados com sua saúde, a pesquisadora principal garante a indenização diante de eventuais danos decorrentes da sua participação neste estudo.

Você tem liberdade de recusar participar do presente estudo, da mesma forma que poderá se retirar do mesmo em qualquer uma de suas etapas sem sofrer qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações à pesquisadora responsável pelo projeto, Juliana Paula Balestra Soares, pessoalmente, por e-mail ([jupbs@hotmail.com](mailto:jupbs@hotmail.com)) e/ou por telefone (062) 98493-4446 ou (62) 3511-8404, por meio de chamada a cobrar. Caso se sinta incomodado, pressionado ou prejudicado no processo de execução do estudo,

ou para qualquer outro tipo de dúvidas, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás por meio do telefone (62) 3521-1215.

Após estes esclarecimentos, se não tiver dúvidas sobre o estudo e sua participação, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa, por meio do preenchimento dos itens abaixo, seguido de sua assinatura.

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Tendo em vista que li, entendi e minhas dúvidas foram devidamente esclarecidas, eu, \_\_\_\_\_  
(nome completo por extenso), CPF \_\_\_\_\_, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa, sabendo que sou livre para deixar a mesma a qualquer momento sem sofrer qualquer prejuízo ou penalidade. Comprometo-me em manter sigilo sobre a identidade dos demais participantes do estudo.

Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador/testemunha

**Contato da pesquisadora:** Juliana Paula Balestra Soares/**Telefone:** (62) 98493-4446/ (62) 3511-8404 E-mail: [jupbs@hotmail.com](mailto:jupbs@hotmail.com)

**Contato do Comitê de Ética/UFG:** Prof. Dr. João Batista de Souza (Coordenador)

**Endereço:** Comitê de Ética em Pesquisa/CEP. Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação, Universidade Federal de Goiás, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1, Campus II (Samambaia). CEP: 74001-970, Goiânia, Goiás. **Telefone:** (62) 3521-1215/**E-mail:** [cep.prpi.ufg@gmail.com](mailto:cep.prpi.ufg@gmail.com)

## APÊNDICE 3 – PERFIL PROFISSIONGRÁFICO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**COORDENAÇÃO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

Projeto de Pesquisa: **COMPETÊNCIA PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**  
**PERFIL PROFISSIONGRÁFICO**

- 1) Nome: \_\_\_\_\_
- 2) Idade: \_\_\_\_\_
- 3) Sexo:  Feminino  Masculino
- 4) Curso(s) de Graduação: \_\_\_\_\_
- 5) Universidade  onde  cursou  graduação: \_\_\_\_\_
- 6) Pós-graduação:  Não  Sim Qual(ais) \_\_\_\_\_
- 7) Tempo de atuação profissional (anos/meses) \_\_\_\_\_
- 8) Tempo de atuação em saúde mental (não inclui CAPS) \_\_\_\_\_
- 9) Tempo de atuação no CAPS \_\_\_\_\_
- 10) Número de vínculo empregatício (inclui CAPS):  
 1  2  3  Outro \_\_\_\_\_
- 11) Tipo de contrato no CAPS:  
 Efetivo  Comissionado  Outro. Qual(is) \_\_\_\_\_
- 12) Treinamento ou formação específica para atuar no CAPS:  
 Não  Sim. Qual(is) \_\_\_\_\_  
Se sim:  Antes de ingressar no CAPS  Após ingressar no CAPS
- 13) Educação permanente oferecida em saúde mental pela SMS:  
 Não  Sim Se sim, áreas: \_\_\_\_\_

**OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!**

# ANEXOS

## ANEXO 01 -PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAI EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Pesquisador:** JULIANA PAULA BALESTRA SOARES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54488416.9.0000.5083

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Goiás - UFG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.609.785

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa desenvolvido no programa de mestrado em ensino da saúde da UFG. Trata-se de estudo qualitativo com metodologia de grupo focal e amostra de 36 profissionais que trabalham nos caps do município de Goiânia.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Investigar as competências necessárias para os profissionais de saúde que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Objetivos específicos: Identificar as competências existentes na literatura. Identificar as competências necessárias para atuar nos CAPS a partir do ponto de vista dos profissionais da saúde;

Comparar as competências identificadas pelos profissionais de saúde que atuam nos CAPS com as competências estabelecidas pelas Políticas Nacionais e referências disponíveis;

Construir uma "Matriz de competências com os profissionais de saúde que atuam nos CAPS" de acordo com análise documental e o ponto de vista dos profissionais.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos para os participantes

- Constrangimento e/ou incômodo do pesquisado em ter dificuldade ou não saber A A

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.609.785

deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para abril de 2017.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_631671.pdf	20/05/2016 12:47:59		Aceito
Outros	carta_encaminhamento.docx	20/05/2016 12:47:09	JULIANA PAULA BALESTRA SOARES	Aceito
Outros	anuencia.pdf	20/05/2016 12:46:24	JULIANA PAULA BALESTRA SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_juliana.pdf	20/05/2016 12:45:49	JULIANA PAULA BALESTRA SOARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Juliana_Soares_.docx	24/03/2016 10:23:48	JULIANA PAULA BALESTRA SOARES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_JULIANA_BALESTRA.docx	24/03/2016 09:32:20	JULIANA PAULA BALESTRA SOARES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_juliana.docx	23/03/2016 12:42:07	JULIANA PAULA BALESTRA SOARES	Aceito
Cronograma	cronograma_cep.jpeg	23/03/2016 12:37:23	JULIANA PAULA BALESTRA SOARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisador.jpeg	22/03/2016 21:28:38	JULIANA PAULA BALESTRA SOARES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 28 de Junho de 2016

Assinado por:  
**João Batista de Souza**  
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com

## ANEXO 02- DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Superintendência de Administração e Gestão de Pessoas**  
**Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas**  
**Escola Municipal de Saúde Pública**

### **DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

**PROTOCOLO:** EMSP/SMS 13.2016

**TÍTULO DA PESQUISA:** Competência profissional em Saúde Mental na Atenção Primária

Objetivo Geral	Investigar as competências necessárias para os profissionais de saúde que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
Pesquisadora Responsável	Esp. Juliana Paula Balestra Soares
Orientadora	Dra. Edna Regina Silva Pereira
Período de coleta	Junho a agosto 2016
Instituição	UFG- Faculdade de Medicina/ Curso: Mestrado Profissional Ensino em Saúde (MEPES)
Natureza	Mestrado

Após análise do projeto de pesquisa acima citado, a Secretaria Municipal de Saúde informa a viabilidade de execução do mesmo junto às unidades de saúde. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades no presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela inseridos, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Entretanto, a execução deste projeto dependerá da aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa, mediante apresentação do parecer ético consubstanciado junto à Escola Municipal de Saúde Pública. Ressaltamos que os princípios ético-legais devem ser seguidos, conforme a Resolução CNS 466/2012.

Goiânia, 16 de maio de 2016.



Cristiane Oliveira Cavalcanti de Albuquerque Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia  
Portaria 027/2014

Escola Municipal de Saúde Pública  
Avenida T 10, q. 107, l. 09, n. 1.030, Setor Bueno – Goiânia – GO – CEP 74.223-060. Fone: (62) 3524-8268. E-mail:  
[nucleopesquisa.emsp@gmail.com](mailto:nucleopesquisa.emsp@gmail.com)

## ANEXO 03 - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

### **Forma e preparação de manuscritos**

**Formato:** Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

**Estrutura:** Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço completo (rua, cidade, CEP, estado, país).

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, os gráficos e tabelas também devem estar inseridos no texto original.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, todas as imagens também devem estar inseridas no texto original.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de três autores, deve ser citado o primeiro, seguido de "et al.". Exemplo: Martins et al. (2014) ou (Martins et al., 2014).

**Referências:** Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as

normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor.

## ANEXO 04- SUBMISSÃO À REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

### Preview

**From:** saudesoc@usp.br  
**To:** jupbs@hotmail.com  
**CC:** jupbs@hotmail.com, ersp13@gmail.com, jlima\_fen@yahoo.com.br  
**Subject:** Saúde e Sociedade - Manuscript ID SAUSOC-2017-0932  
**Body:** 30-Nov-2017

Prezado(a) Prof. soares:

Seu artigo intitulado "Competência Profissional na Saúde: Uma Revisão Integrativa" foi enviado com sucesso e aguarda avaliação na Saúde e Sociedade.

Sua manuscript ID é SAUSOC-2017-0932.

Por favor mencione sua ID em quaisquer futuras correspondências para facilitar a identificação.

O status do seu manuscrito também pode ser verificado a qualquer momento no seu Author Center após fazer login em <https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>.

Agradecemos a submissão.

Cordialmente,  
Saúde e Sociedade Editorial Office

**Date Sent:** 30-Nov-2017

### REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

Competência Profissional na Saúde: Uma Revisão Integrativa
Journal: Saúde e Sociedade
Manuscript ID SAUSOC-2017-0932
Type: Critical Review of Literature
Keyword: formação profissional, competência profissional, saúde

## ANEXO 5 - NORMAS PARA REVISTA INTERFACE

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação pública, artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo. A submissão de manuscritos é feita apenas online, pelo sistema Scholar OneManuscripts. Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

### FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS SEÇÕES.

Dossiê - textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos.

Texto de abertura: até seis mil palavras;

Textos dos debatedores: até mil palavras;

Réplica: até mil palavras.

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Livros - publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses - descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até quinhentas palavras. Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação - textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves - notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras). Nota: na contagem de palavras do texto, incluem-se quadros e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível no link [http://issuu.com/revista.interface/docs/autorizacaoautor\\_revista\\_miriam\\_15\\_](http://issuu.com/revista.interface/docs/autorizacaoautor_revista_miriam_15_).

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em "Author Center" e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações no texto: As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Exemplo: Segundo Teixeira<sup>1,4,10-15</sup> Nota importante: as notas de rodapé passam a ser

identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo: "Os 'Requisitos Uniformes' (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM." 1 c) Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo

destacado do texto (um enter antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, em espaço simples, fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas, sem itálico, terminando na margem direita do texto. Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo: Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...]. Exemplo: Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver.

## REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>). As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo. A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências: Dar um espaço após ponto. Dar um espaço após ponto e vírgula. Dar um espaço após dois pontos. Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.